

ENCUESTA PARA CARACTERIZACIÓN Y REGISTRO DE CUIDADORES

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

SECUENCIA	PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA
1	Nombre completo	
2	Barrio	Listado
3	Edad	
4	Sexo	Hombre Mujer
5	Identidad de genero	Cisgénero Transgénero Intersexual Queer Genero fluido Binario
6	Orientación sexual	Heterosexual Gay Bisexual Lesbiana
7	De acuerdo con su cultura, rasgo físico es o se reconoce como:	Indígena Raizal Rom/Gitano Afrodescendiente Negro Mestizo Ninguno Otro
8	Numero de hijos	
9	Ocupación	Blower y/o peinado Manicure y pdeicure Trenzado, cejas y pestañas Gastronomía/Repoteria Confecciones
10	Grado de educación	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Técnico Tecnólogo Universitario Posgrado Ninguno
11	Estado Civil	Casada Unión Libre Soltera Viuda

12	Estrato	1 2 3 4
13	Tipo de familia	Nuclear Extensa Incompleta
14	Régimen	Contributivo Subsidiado Especial
15	EPS	Mutualser Coosalud NuevaEPS Cajacopi Sura Sanitas Policía o Armada Nacional
16	Numero de personas en el hogar	

II. ACTIVIDADES DE CUIDADO

17	¿Cuántas personas cuida actualmente?	1 2 3 4
18	¿A cuál de los siguientes grupos pertenece la persona que usted cuida actualmente?	Niña o niño en primera infancia (0 a 5 años) Adolescente Adulto mayor de 60 años Persona con discapacidad Personas con trastornos mentales Otro ¿Cuál?
19	En caso de ser cuidador de persona con discapacidad, indica el tipo:	Física Auditiva Cognitiva Visual Múltiple Otro ¿Cuál? No aplica
20	Su labor de cuidado es	Remunerado No remunerado
21	¿Cuánto tiempo lleva dedicado al cuidado?	0 a 6 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 2 a 5 años 5 a 10 años Mayor a 10 años

22	¿Cuántas horas al día desempeña como cuidador?	
23	¿Cuál es el parentesco con la persona a quien cuida?	Hija/o Padre o madre Hermana/o Esposa/o Tía/o Sobrina/o Otro ¿Cuál? No aplica
24	¿Cuál es la razón principal por la cual usted realiza la labor de cuidado?	Era la única persona disponible Por decisión familiar Iniciativa propia Porque lo solicitó la persona que cuida No responde No sabe
25	El tipo de cuidado que usted presta a la persona	En tareas domésticas En otras actividades como salir a la calle hacer compras, ir al médico En cuidados personales: bañarlo, vestirlo, comer Cuidados especializados de ayuda: manejo de sondas equipos médicos y terapias Otros
26	¿Ha recibido formación y/o capacitación para el cuidado?	Si No

Comentado [NM1]: La persona encuestada, puede seleccionar varias opciones

III. SALUD DEL CUIDADOR

27	En general, ¿Diría usted que su salud en los últimos 30 días ha sido?	Mejor Igual Peor
28	Comparando su salud actual con la de hace un año. Usted diría que ahora su salud es:	Mejor Igual Peor
29	En comparación con otras personas de su edad. Diría usted que su salud está:	Mejor Igual Peor
30	Alguna vez, ¿ha recibido orientación psicológica?	Si No

Comentado [NM2]: Preguntas 30-31-32 se indaga la autopercepción de los cuidadores sobre su estado de salud

31	¿En el último año ha ido a revisión por medico general?	Si No
32	¿En el último año se ha realizado citología?	Si No
33	¿En los últimos dos años se ha realizado mamografía?	Si No No aplica

IV. ORGANIZACIONES Y/O GRUPOS DE CUIDADO

34	¿Pertenece algún grupo organizado, organización o red cuidadores ?	Si No
35	Si la respuesta anterior es afirmativa (si), ¿Cuál es el nombre del grupo organizado, organización o red cuidadores ?	
36	¿Pertenece o lidera algún grupo organizado o red cuidado comunitario ?	Si No
37	Si la respuesta anterior es afirmativa (si), ¿Cuál es el nombre del organizado o red de cuidado comunitario ?	

V. ESCALA ZARIT (NIVEL SOBRECARGA DEL CUIDADOR)

Secuencia	Pregunta	Nunca 0	Casi nunca 1	A veces 2	Bastantes veces 3	Casi siempre 4
1	¿Cree que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades en su trabajo o familia?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?					
8	¿Cree que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					

Comentado [NM3]: De acuerdo al puntaje, esta escala nos indica el nivel de sobrecarga del cuidador:
 -No hay sobrecarga
 -Sobrecarga leve o moderada.
 -Sobrecarga intensa.

11	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?					
12	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?					
14	¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?					
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Cree que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					