

UW Caregiver Stress Scale 8 + 2-Item Short Form V. 2.0©

Instrucciones: Por favor, seleccione la respuesta que mejor describa cómo se siente **habitualmente** con respecto a sus responsabilidades como cuidador. Por **cuidados** nos referimos a atender a un/a niño/a o niños/as menores de 18 años y toda la situación que ello comporta. Nos referimos a proporcionar ayuda y apoyo (normalmente no remunerado y ofrecido por el/la padre/madre o tutor/a) para satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas o de desarrollo. Al seleccionar sus respuestas, tenga en cuenta cómo el hecho de atender a un/a niño/a o niños/as afecta a todas las áreas de su vida.

	En absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1. ¿En qué medida se ha visto afectada su economía debido a los cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le resulta difícil conseguir un buen descanso nocturno debido a los cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Le resulta difícil encontrar tiempo para estar con sus amigos debido a los cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se siente siempre "de guardia" debido a los cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le resulta difícil atender sus propias necesidades debido a los cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le resulta difícil hacer las actividades que le gustan debido a los cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
7. En un día normal, ¿con qué frecuencia se siente agobiada/o por los cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Con qué frecuencia se siente socialmente aislada/o debido a los cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	N/A, no trabajo actualmente	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
9. ¿Con qué frecuencia debe ausentarse del trabajo debido a los cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	N/A No tengo pareja	En absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
10. ¿En qué medida los cuidados dificultan la relación con su pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>