

ENTREVISTA DE CARGA DEL CUIDADO DE ZARIT¹ (ECC-Z)

NOMBRE: _____

FECHA: _____

INSTRUCCIONES: A continuación hay una lista de afirmaciones, que reflejan cómo pueden sentirse las personas que cuidan de alguna persona enferma. Lea cada afirmación y señale con una **X** en la columna de la derecha la opción que mejor describa **con qué frecuencia Usted se siente Ud. así**. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas.

	0 Nunca	1 Rara vez	2 Algunas veces	3 Frecuente -mente	4 Siempre
1. ¿Piensa que su familiar o paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar o paciente no tiene suficiente tiempo para Ud.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente abrumada/o por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar o paciente con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar o paciente?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadada/o cuando está cerca de su familiar o paciente?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar o paciente afecta negativamente la relación que tiene Usted con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar o paciente?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar o paciente depende de Usted?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tensa/o cuando está cerca de su familiar o paciente?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado por tener que cuidar de su familiar o paciente?	0	1	2	3	4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría por tener que cuidar de su familiar o paciente?	0	1	2	3	4

¹ Alpuche, RV., Ramos-del Río, B., Rojas, RM. & Figueroa, LC. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores informales. *Psicología y Salud*, 18(2):237-245.

	0 Nunca	1 Rara vez	2 Algunas veces	3 Frecuente -mente	4 Siempre
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar o paciente?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómoda/o al alejarse de sus amistades por tener que cuidar de su familiar o paciente?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar o paciente le considera a Usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficiente dinero para cubrir los gastos derivados del cuidado de su familiar o paciente, además de otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar o paciente por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que comenzó la enfermedad de su familiar o paciente?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar o paciente a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar o paciente?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar o paciente?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor de su familiar o paciente?	0	1	2	3	4
22. En lo general, ¿qué tanta "carga" siente por el hecho de cuidar a su familiar o paciente?	0 NINGUNA	1 POCA	2 REGULAR	3 MUCHA	4 MUCHÍIMA

OBSERVACIONES:

ENTREVISTA DE CARGA DEL CUIDADO DE ZARIT

NOMBRE: _____ FECHA: _____

FORMATO DE CALIFICACIÓN DE LA ECC-Z.		
DIMENSIONES	REACTIVOS	PUNTUACIÓN SUBTOTAL
1. Impacto del Cuidado	2/ 3/ 7/ 8/ 10/ 11/ 12/	
	14/ 16/ 17/ 18/ 19/ 22/	
2. Relaciones Interpersonales	1/ 4/ 5/ 6/ 9/ 13/	
3. Expectativas de Autoeficacia	15/ 20/ 21/	
PUNTUACIÓN GLOBAL CPC:		
NIVEL DE CARGA PERCIBIDA:		