RBC SALUD MENTAL							
NOMBRE: **CELIA ROSA RIOS SERNA**						**FECHA DE INTERVENCIÓN:** **02 JUNIO 2025**	
TIPO DE DISCAPACIDAD	VISUAL ____	MENTAL __**X**_	COGNITIVA ___	AUDITIVA ___	SORDOCEGUERA __X_	MÚLTIPLE ___	FÍSICA ___
DIAGNÓSTICO	**ESQUIZOFRENIA**						
TIPO DE DOCUMENTO	RC ___	TI ___	CC __**X**_	**NÚMERO DE DOCUMENTO** 25137877			
EDAD: 71	**TELEFONO DE CONTACTO:** 3207313882						
DIRECCION:	**VEREDA MOSCOVITA**				**ZONA:**	URBANA ___	RURAL __X_

DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA				
NOMBRE DEL CUIDADOR ALEXANDER RIOS SERNA				**PARENTESCO: HIJO**
TIPO DE DOCUMENTO	RC ___	TI ___	CC __X_	**NÚMERO DE DOCUMENTO:** 9835085
EDAD: 42	**TELEFONO DE CONTACTO:** 3207313882			

PROFESIONAL (ES) QUE REALIZAN LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL (ES)	**PROFESIÓN**	**TELÉFONO DE CONTACTO**
Farly Yajaira Acosta Pérez	PSICOLOGA	**3137501501**

TIPO DE INTERVENCIÓN REALIZADA	
Primera visita: Aplicación de escalas	**X**
Segunda visita: plan de recomendaciones	
Tercera visita: seguimiento	
Visita de cierre	

HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN E.S.E.	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO	

AUTORIZACIÓN PROCESO DE INTERVENCIÓN E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Delia Rosa Rios Serna identificado (a) con documento de identidad N° 25137877 de Samaná, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en psicología Karen Yajaira Acosta P. de la ESE Hospital Sagrado Corazón para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales y dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar.

También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. - Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Norcasia Caldas el día 02 del mes de junio del año 2025 Para constancia se firma la conformidad

Firma del profesional

Firma del usuario

Conclusión de la escala aplicada:
SRQ:

Se realiza aplicación de la escala en paciente con Dx epilepsia, con ayuda de su cuidador se aplica cuestionario el cual arrojo que no presenta ningún riesgo para el cual permite identificar, pero si es importante el brindar herramientas de apoyo que fortalezcan su bienestar en su salud mental.

ESCALAS DIRIGIDAS AL PACIENTE.

PROFESIONAL DEL AREA SOCIAL

TAMIZAJE SRQ
(Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	/	
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?		X
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?	/	X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22 ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		X
23 ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24 ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	X	X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	X	X
26 ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que usted estaba tomando demasiado alcohol?		X
27 ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28 ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29 ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30 ¿Alguna vez le ha parecido que usted tomaba demasiado?		✓

Farly Yajaira acosta Pérez
65796429
PSICOLOGO
T.P: 286984

No quizo firmar mas debido a un Parkinson que padece

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

UDAMIFE

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

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

Total: 6

Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.

CC BY NC SA

Continúa al reverso

X. ALEXANDROS

Conclusión de la escala aplicada:
Test de sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit) :
De acuerdo a la escala que se le realizo a la cuidadora la señor alexander ríos serna rios, los resultados reflejados con un total de 6 puntos indicando una ausencia de carga, sin embargo se brindara herramientas de intervención que permitan mitigar en futuros sobrecarga.

Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DOMINIOS E ITEMS DE LA FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DOMINIOS	Nº DE LA PREGUNTA	PREGUNTA	VARIABLE	PUNTUACIÓN	
Adherencia al tratamiento	1	Periodicidad de controles	Mensual	1	
			Trimestral	1	
			Semestral	2	
			Anual	2	
			Sin controles	2	
	2	Tratamiento farmacológico	SI	1	
			NO	2	
	3	Toma los medicamentos a la hora indicada	SI	1	
			NO	2	
	4	Cuando los síntomas desaparecen, suspende el tratamiento	SI	2	
			NO	1	
	5	Para que siga el tratamiento, es necesario que otros le recuerden que debe tomarlo	SI	2	
			NO	1	
	6	Frecuencia de toma de medicamentos	Diario	1	
			Semanal	2	
			Ninguno	2	
	7	¿El paciente tiene conocimiento de su tratamiento farmacológico?	SI	1	
			NO	2	
Discapacidad a nivel personal y emocional	8	Cuidado de sí mismo	Aseo personal e higiene	SI	1
				NO	2
			Responsable de su alimentación	SI	1
				NO	2
			Responsable de la toma de medicamentos	SI	1
				NO	2
			Responsable de asistir a controles y citas medicas	SI	1
				NO	2
			Controles odontológicos	SI	1
				NO	2
			Controles oftalmológicos	SI	1
				NO	2
			Otros controles médicos	SI	1
				NO	2
	9	Actividades significativas	Tiene manejo del tiempo libre	SI	1
				NO	2
			Asiste a proceso de capacitación o formación	SI	1
				NO	2
			Hace actividad física y/o deporte	SI	1
				NO	2

			Fortalecimiento de la parte espiritual	SI	1
				NO	2
			Tiene hábito de lectura	SI	1
				NO	2
			Participa en celebración de fechas especiales	SI	1
				NO	2
			Asiste o participa de alguna organización	SI	1
				NO	2
			Tiene habilidades manuales o artísticas	SI	1
				NO	2
	10	Perdida de la capacidad de respuesta emocional	Se aleja	SI	2
				NO	1
			Busca a la persona más cercana	SI	1
				NO	2
			Llora constantemente	SI	2
				NO	1
			Se frustra	SI	2
				NO	1
			Se dirige a alguna institución para buscar ayuda	SI	1
				NO	2
			Golpea los objetos	SI	2
				NO	1
			Golpea a otras personas	SI	X
				NO	1
			Se causa lesiones	SI	2
				NO	1
			Se siente solo y desamparado	SI	2
				NO	1
			Encuentra soluciones	SI	1
				NO	2
			Sale de su casa	SI	1
				NO	2
			Se siente una carga para su familia	SI	2
				NO	1
			Ideación suicida	SI	2
				NO	1
			La ideación suicida ha estado presente en el último año	SI	2
				NO	1
			Redes de apoyo diferentes al grupo familiar	SI	1
				NO	2
	11	Rol a nivel parental	Pautas de crianza	SI	1
				NO	2
			Autoridad	SI	1
				NO	2
			Autonomía	SI	1
				NO	2
			Sobre protección	SI	2
				NO	1
			Relación	SI	2

Discapacidad en el funcionamiento familiar. Deficiencias de la participación en:			amalgamada	NO	1
	12	Rol a nivel familiar	Fuerte	SI	1
				NO	2
			Estrecha	SI	1
				NO	2
			Conflictiva	SI	2
				NO	1
			Distante	SI	2
				NO	1
	13	Rol a nivel marital	Aprenden a manejar los conflictos y las diferencias	SI	1
				NO	2
			Hay manejo del estrés entre ambos	SI	1
				NO	2
			Hay respeto	SI	1
				NO	2
			Comunicación	SI	1
				NO	2
			Vida sexual activa	SI	1
				NO	2
Discapacidad Social	14	Poco contacto significativo con las personas	El paciente cuenta con una grupo de amigos	SI	1
				NO	2
			Ve televisión (va al cine)	SI	1
				NO	2
			Sale de paseo	SI	1
				NO	2
			Tiene Hobbies	SI	1
				NO	2
			Sale de compras	SI	1
				NO	2
	15	Relaciones con la red de apoyo	Conflictiva	SI	2
				NO	1
			Participativa	SI	1
				NO	2
			Apática	SI	2
				NO	1
Discapacidad laboral	16	Trabaja actualmente	SI	1	
			NO	X	
	17	Nivel de satisfacción laboral	Satisfecho	SI	1
				NO	2
			Insatisfecho	SI	2
				NO	1
	18	Desempeño laboral	Rinde adecuadamente en su trabajo	SI	1
				NO	2
			Le gusta el trabajo que desempeña	SI	1
				NO	2
			Es ágil	SI	1
				NO	2
	19	Relación con los jefes y superiores	Buena	SI	1
				NO	2
			Mala	SI	2
				NO	1
			Comunicativa	SI	1
				NO	2
			Acata ordenes	SI	1
				NO	2
	20	Relación con los	Unida	SI	1

Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

		compañeros del trabajo		NO	2
			Ayuda mutua	SI	1
				NO	2
			Comunicativa	SI	1
				NO	2
			Tensa	SI	2
				NO	1
			Discusiones y peleas	SI	2
				NO	1
	21	Labores del hogar	Colabora en las diferentes actividades del hogar	SI	X
				NO	2
			Aporta económicamente al hogar	SI	1
				NO X	2

PUNTUACIÓN FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR

RIESGO	PUNTUACIÓN
ALTO	
MEDIO	
BAJO	

48

PROFESIONAL

TP: 286984

FIRMA O HUELLA DEL PARTICIPANTE