PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DEPARTAMENTAL 2025

REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD

TEST SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (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	Respuesta 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?	X				
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:	36				

Resultado

- **Si usted tiene una puntuación menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga.**
- **Puntuaciones entre 47-55 indican sobrecarga leve**
- **Puntuaciones mayores de 55 indican sobrecarga intensa.**

Si tiene puntuaciones superiores a 47, necesita por tanto modificar de forma urgente su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes. En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.

Powered by CamScanner

	FORMATO	Codigo: F-SSD-589
	REGISTRO DE ASISTENCIA PIC	Versión: 01
		Fecha: 25/09/2024
		Pagina: 1 de 1

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL QUINDIO

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

FECHA: 28-Nov-2025 MUNICIPIO: Circasia. LUGAR: Cra 11 #10-13 B/ Mercedes HORA INICIO: 3:35 p.m. HORA FINAL: 4:20 p.m.

ENTORNO: Comunitario TECNOLOGIA: RBC INTERVENCION: Escuela Zonf RESPONSABLE: Katherine Arrazt Lepy Pona

Item	NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO				N° IDENTIFICACION	TELEFONO	EDAD	Enfoque de genero			Momento curso de vida							Seguridad social					Enfoque diferencial				Enfoque derechos humanos								FIRMA O HUELLA
		Tarjeta de identidad	Cedula de ciudadania	Documento de extranjero	Permiso permanencia				Mujer	Hombre	Intersexual	Primera Infancia (0-5 años)	Infancia (6-11 años)	Adolescencia (12-17 años)	Juventud (18-28años)	Adultez (29-59 años)	Vejez (60 años y mas)	Contributivo	Subsidiado	Especial	Sin afiliacion	EPS	Orientación sexual LGTBI / OSIGED	Comunidad indigena	Comunidad ROM (Gitanos)	NARP (Negros, Afro, Palenqueros, Raizales)	Discapacidad	Victima del conflicto armado	Desmovilizado, Reinsertado o Reintegrado	Adolescente con responsab. penal	Mujer cabeza de hogar	Habitante de calle y/o en calle	Migrante (Regular o irregular)	
1	Luz Miriam Paracharque		X			25023842	3022363	52	X							X			X			Nuevaeps												Miriam Paracharque
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
								TOTAL																											

Con la firma del presente documento autorizo de manera libre, previa y expresa para que la Secretaria de Salud Departamental del Quindio, recaude, almacene y disponga de los datos personales incorporados en el presente documento, en cualquier medio, para el debido cumplimiento de los fines y propósitos de la aplicación de las normas del servicio público, de conformidad a la ley 1581 de 2012. Consulte la política de protección de datos personales en la página web de la Gobernacion del Quindio https://quindio.gov.co/

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Hugo Ferney Toro Muñoz	Revisado por: Hugo Ferney Toro Muñoz	Aprobado por: Carlos Alberto Gomez Chacon
Cargo: Director Tecnico Prevencion, Vigilancia y Control de Factores de Riesgo	Cargo: Director Tecnico Prevencion, Vigilancia y Control de Factores de Riesgo	Cargo: Secretario de Salud

Powered by CamScanner