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	Puntuación				
		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:	43				

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
QUINDIO	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: 30-Julio-2025 MUNICIPIO: Circasia LUGAR: Carrera 9na #4-51 Barrio Niza Santa HORA INICIO: 10:52 am HORA FINAL: 11:58 am

ENTORNO: Comunitario TECNOLOGIA: RBC INTERVENCION: Escala de Zarit RESPONSABLE: Katherine Arenas H - Leidy Sofia Bano

Item	NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO: Tarjeta de identidad	Cedula de ciudadanía	Documento de extranjero	Permiso permanencia	N° IDENTIFICACION	TELEFONO	EDAD	Enfoque de genero: Mujer	Hombre	Intersexual	Momento curso de vida: 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)	Seguridad social: Contributivo	Subsidiado	Especial	Sin afiliacion	EPS	Enfoque diferencial: Orientación sexual LGTBI /OSIGED	Comunidad Indígena	Comunidad ROM (Gitanos)	NARP (Negros, Afro, Palenqueros, Raizales)	Enfoque derechos humanos: Discapacidad	Victima del conflicto armado	Desmovilizado, Reincorporado o Reintegrado	Adolescente con responsab. penal	Mujer cabeza de hogar	Habitante de calle y/o en calle	Migrante (Regular o Irregular)	FIRMA O HUELLA
1	Yised Viviana Agudelo M		X			1094922972	3104679281	33	X							X	X				Sanidad					X							
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 publico, 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 Fernev Toro Muñoz	Revisado por: Hugo Fernev 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