	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON VIGENCIA 2025	

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: Ana Rosa taborda de arias	FECHA DE INTERVENCIÓN:
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR/A Marina Guardo Cadavid	

PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	PROFESIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO
Yary Yajaire Acosta	PSICÓLOGO/A	3137501501

TIPO DE INTERVENCIÓN REALIZADA	
Primera visita: Aplicación de escalas	X

ESCALA DIRIGIDA A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD
PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Responda las siguientes preguntas relacionadas al área de psicología de la manera más amplia que sea posible, evitando respuestas de SI o NO. Si no responde por favor formular las preguntas al cuidador/a

ENTORNO FAMILIAR	
PREGUNTAS	RESPUESTA
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres? Explique su respuesta	Sacan de la casa "paseos"
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a tu familia? Explique su respuesta	Mis hijos
¿Siente que su familia apoya las cosas que le gustan? Explique su respuesta	algunas veces
¿Siente que su discapacidad afecta su autoestima y las relaciones con los demás? Explique su respuesta	En ocaciones por no poder realizar sola algunas Actividades
¿Siente que algún miembro de su familia tiene acciones de acoso, comparaciones destructivas, lesiones físicas y/o palabras que deterioren su estado de ánimo, que sobrepasen su dignidad o integridad personal? Explique su respuesta	Ninguno
¿Las personas del núcleo familiar realizan actividades que contribuyan a la calidad de las relaciones? Actividades de recreación, compartir fuera del hogar, otras. Explique su respuesta	espacios como cumpleaños
¿Afrontan las situaciones difíciles en la familia? Explique su respuesta	Siempre estan los hijos
¿Cuándo hay alguna dificultad en la familia, la pueden resolver? Explique su respuesta	estan unidos en las buenas y Malas

Powered by CamScanner

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS
FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS
ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON
VIGENCIA 2025

HABITOS DE VIDA DIARIA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Ha sentido dificultades para concentrarse cuando realiza sus actividades diarias? Explique su respuesta	Siente que su Memoria ya no le ayuda
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día? Explique su respuesta	Si Por la falta del Movimiento Clue se dificulta.
¿Tiene algún interés en participar en alguna actividad o deporte? Explique su respuesta	NO es Posible
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia? Explique su respuesta	Con amigos que la visitan y su Cuidadora Permanente.
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia? Explique su respuesta	Alguna veces.
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente? Explique su respuesta	es de buen dormir.
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad? Explique su respuesta	Sin hacer nada y mantiene Cansada.
¿Se siente más irritable de lo habitual? Explique su respuesta	Lo Normal alguna que otro día
¿Siente que ha comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas? Explique su respuesta	Como muy poco siempre es lo mismo
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia? Explique su respuesta	Sueño muy liviano
¿Asiste o ha asistido a procesos de psicoterapia? ¿Siente que este proceso ha mejorado su calidad de vida? Explique su respuesta	Nunca ha asistido.
¿Hay situaciones que le generen preocupaciones constantes? Explique su respuesta	Sentirse enferma Todo los dos.
¿Realiza actividades que contribuyan a su bienestar emocional, en los cuales comparto con un círculo social o familiar? Explique su respuesta	familia viene la visita.
ESTADO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Ha llegado a sentir que es una carga para los demás? Explique su respuesta	algunas Veces
¿Se considera así mismo(a) como alguien valioso(a)? Explique su respuesta	Apesar de las situaciones si

Powered by CamScanner

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS
FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS
ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON
VIGENCIA 2025

¿Qué lo hace sentir orgulloso de si mismo? Explique su respuesta	una buena Madre. esposa
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución? Explique su respuesta	de algun Lado llegara la Soluc?
¿Se siente triste la mayor parte del día? Explique su respuesta	No siempre.
¿Se siente desmotivado/a frente su futuro? Explique su respuesta	aveces que piensa en su enfermedad
¿Sus pensamientos la mayor parte del día son negativos o positivos? Explique la respuesta	positivos Pensar bien ayuda
¿Qué le motiva a vivir? Explique su respuesta	los hijos. familia.
¿Piensa constantemente sobre las cosas que le suceden? Explique su respuesta	si son para bien si
¿Cuáles son las emociones que experimenta frente a situaciones que le generen dificultad? Explique su respuesta	tristeza.

Conclusión de la escala aplicada:
Dentro de cada area evaluada se puede evidenciar que se muestran Aspectos positivos los cuales favorecen el estado emocional del paciente brindando seguridad y autocuidado.

Powered by CamScanner

ESCALA DIRIGIDA AL CUIDADOR/A DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TEST ZARITH

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten 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.

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son: 1=Nunca 2=Rara vez 3=Algunas veces 4=Bastante a menudo 5=Casi siempre

Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	1
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	1
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	1
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	1
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	1
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	1
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	1
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	1
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	1
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	1
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	1
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	1
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	1
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	1
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	1
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	1
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	1
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	1
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	1
	TOTAL:	24

Puntuación e interpretación:
Puntuación máxima de 110 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de «ausencia de sobrecarga» una puntuación inferior a 46, «sobrecarga ligera» una puntuación de 47 a 56 y «sobrecarga intensa» una puntuación superior a 56.

Powered by CamScanner

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS
FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS
ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON
VIGENCIA 2025

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL NÚCLEO FAMILIAR

¿Ha cambiado la dinámica familiar a causa del cuidado de la persona con discapacidad? Explique la respuesta	de alguna manera. si debido a los cuidados que se deben tener
¿Qué emociones le produce tener a cargo el cuidado de la persona con discapacidad?, Explique su respuesta	Satisfacción por hacer el bien
¿Si hay un menor en la familia, cómo lo involucran en las actividades con la persona con discapacidad? Explique su respuesta	———
¿Distribuyen las funciones de cuidado entre los integrantes del núcleo familiar? Explique su respuesta	Con los hijos

Conclusión de la escala aplicada:

NOMBRE COMPLETO
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA
REGISTRO PROFESIONAL

Powered by CamScanner