	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: Luis enrique Bermudez	FECHA DE INTERVENCIÓN:
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR/A: Etelvina Ballesteros Bermudez	

PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	PROFESIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO
Farly Yajaira 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 psicologia 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	Ninguna Estan Siempre con su pareja en casa
Cuando tiene algun problema o esta triste ¿le cuenta a tu familia? Explique su respuesta	La esposa
¿Siente que su familia apoya las cosas que le gustan? Explique su respuesta	en lo que ellos puedan
¿Siente que su discapacidad afecta su autoestima y las relaciones con los demás? Explique su respuesta	Poca vida social, al no poder salir de casa.
¿Siente que algún miembro de su familia tiene acciones de acoso, comparaciones destructivas, lesiones fisicas 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	Compartir un almuerzo llegan de visita
¿Afrontan las situaciones dificiles en la familia? Explique su respuesta	Siempre Colaboran
¿Cuándo hay alguna dificultad en la familia, la pueden resolver? Explique su respuesta	ayudan a mejorar la situacion

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	Algunas veces
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día? Explique su respuesta	debido a la movilidad imposible de las piernas se le dificulta
¿Tiene algún interés en participar en alguna actividad o deporte? Explique su respuesta	
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia? Explique su respuesta	La Mayor Tiempo estoy AQUÍ debido a la discapacidad
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia? Explique su respuesta	Con la esposa que es su Compañera
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente? Explique su respuesta	algunas veces
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad? Explique su respuesta	si cada dia Me siento Mas Cansado
¿Se siente más irritable de lo habitual? Explique su respuesta	lo normal
¿Siente que ha comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas? Explique su respuesta	Mui poco
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia? Explique su respuesta	alguna veces
¿Asiste o ha asistido a procesos de psicoterapia? ¿Siente que este proceso ha mejorado su calidad de vida? Explique su respuesta	en ningun Momento.
¿Hay situaciones que le generen preocupaciones constantes? Explique su respuesta	La Condicion y. No estar activo para ganar un peso
¿Realiza actividades que contribuyan a su bienestar emocional, en los cuales comparto con un círculo social o familiar? Explique su respuesta	Pocas veces
ESTADO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Ha llegado a sentir que es una carga para los demás? Explique su respuesta	A veces Pienso de esta manera
¿Se considera así mismo(a) como alguien valioso(a)? Explique su respuesta	Si Porque la gente Me cuida

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 OORAZON
VIGENCIA 2025

¿Qué lo hace sentir orgulloso de si mismo? Explique su respuesta	el aprecio de mi familia
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución? Explique su respuesta	algunos si
¿Se siente triste la mayor parte del dia? Explique su respuesta	de ninguna manera
¿Se siente desmotivado/a frente su futuro? Explique su respuesta	a veces se ve incierto
¿Sus pensamientos la mayor parte del dia son negativos o positivos? Explique la respuesta	Positivos
¿Qué le motiva a vivir? Explique su respuesta	Mi familia y el amor de Dios
¿Piensa constantemente sobre las cosas que le suceden? Explique su respuesta	solo las deja pasar
¿Cuáles son las emociones que experimenta frente a situaciones que le generen dificultad? Explique su respuesta	ira tristeza.

Conclusión de la escala aplicada:
en cada area evaluada nos puede referir algunas Necesidades en cuanto al aspecto Entorno Familiar se puede denotar ausencias de una red de apoyo principal pues se encuentra con su pareja. y algunos primos lejanos, sin embargo su parte emocional es muy portalecida pues considera de gran apoyo a su pareja.

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

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?	3
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	2
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?	2
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	3
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	2
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?	3
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?	2
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	4
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 mas 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?	2
	TOTAL:	32

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	Nora salian de casa
¿Qué emociones le produce tener a cargo el cuidado de la persona con discapacidad?, Explique su respuesta	bienestar poder ayudar
¿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	Solo estan la pareja.

Conclusión de la escala aplicada:
Segun los resultados no indican sobrecarga significativa en el cuidador, esto significa que el cuidador le da Manejo adecuado a sus responsabilidades que conllevan al cuidado del paciente.

Jenny Yuliana A

NOMBRE COMPLETO
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA
REGISTRO PROFESIONAL

Powered by CamScanner