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 Jose Franco Lopez | FECHA DE INTERVENCIÓN: |
| **DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA** | |
| NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR/A: Maria Alba Diaz | |

| PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL | PROFESIÓN | TELÉFONO DE CONTACTO |
| Yarly Yajaira Acosta | PSICOLOGO/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 | Ninguna siempre es lo mismo en la casa |
| 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 | tratan de complacer |
| ¿Siente que su discapacidad afecta su autoestima y las relaciones con los demás? Explique su respuesta | lo relacion con los demas me es Dificil salir de casa |
| ¿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 siempre con respeto |
| ¿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 | un almuerzo. un Compartir |
| ¿Afrontan las situaciones difíciles en la familia? Explique su respuesta | Siempre estan ahi. |
| ¿Cuándo hay alguna dificultad en la familia, la pueden resolver? Explique su respuesta | Si y Sino ayudan Para buscar ayud |

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 | Lo normal |
| ¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su dia a dia? Explique su respuesta | Por la enfermedad no es facil el Movimiento. |
| ¿Tiene algún interés en participar en alguna actividad o deporte? Explique su respuesta | Como si no se puede Salir de asa |
| **REDES DE APOYO EMOCIONAL** | |
| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
| ¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia? Explique su respuesta | Amigos que visitan |
| Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia? Explique su respuesta | La Pareja E hijo |
| **AUTOCUIDADO** | |
| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
| Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente? Explique su respuesta | En ocasiones |
| Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con mas facilidad? Explique su respuesta | algunas veces |
| ¿Se siente más irritable de lo habitual? Explique su respuesta | No Siempre una que otro da |
| ¿Siente que ha comido mucho más o muchos menos de lo que deberia durante las últimas semanas? Explique su respuesta | Normal |
| Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia? Explique su respuesta | Salidas continuas al baño |
| ¿Asiste o ha asistido a procesos de psicoterapia? ¿Siente que este proceso ha mejorado su calidad de vida? Explique su respuesta | Ninguno |
| ¿Hay situaciones que le generen preocupaciones constantes? Explique su respuesta | La enfermedad |
| ¿Realiza actividades que contribuyan a su bienestar emocional, en los cuales comparto con un circulo social o familiar? Explique su respuesta | cuando le visitan los amigos |
| **ESTADO EMOCIONAL** | |
| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
| ¿Ha llegado a sentir que es una carga para los demás? Explique su respuesta | En ocasiones se preocupa |
| ¿Se considera asi mismo(a) como alguien valioso(a)? Explique su respuesta | una buena Persona. |

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 | una buena persona y Padre |
| ¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución? Explique su respuesta | La enfermedad He deterora |
| ¿Se siente triste la mayor parte del día? Explique su respuesta | NO. Siempre. |
| ¿Se siente desmotivado/a frente su futuro? Explique su respuesta | algunas ocasiones por Sentirse Enfermo. |
| ¿Sus pensamientos la mayor parte del día son negativos o positivos? Explique la respuesta | Positivos |
| ¿Qué le motiva a vivir? Explique su respuesta | La familia. |
| ¿Piensa constantemente sobre las cosas que le suceden? Explique su respuesta | NO Siempre. |
| ¿Cuáles son las emociones que experimenta frente a situaciones que le generen dificultad? Explique su respuesta | enojo, tristeza |

Conclusión de la escala aplicada:
Aunque su estado de discapacidad es complejo ha Sabido Sobrellevar la situación, y busca pensar en otras cosas que no se ha su enfermedad en las areas evaluadas. entornofamiliar sobre sale percibiendo que su Familiares un gran apoyo. que Fortalecen las demas areas.

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? | 1 |
| 7 | ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar? | 2 |
| 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? | 2 |
| 11 | ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar? | |
| 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? | 2 |
| 14 | ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar? | 4 |
| 15 | ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? | 2 |
| 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? | 4 |
| 21 | ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace? | 3 |
| 22 | En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar? | 1 |
| | TOTAL: | 38 |

**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 pronto que se esta mas en la casa |
| ¿Qué emociones le produce tener a cargo el cuidado de la persona con discapacidad?, Explique su respuesta | Ninguna, NORmal ocasiones irritabilidad. |
| ¿Si hay un menor en la familia, cómo lo involucran en las actividades con la persona con discapacidad? Explique su respuesta | NO hay. |
| ¿Distribuyen las funciones de cuidado entre los integrantes del núcleo familiar? Explique su respuesta | hermanos. |

**Conclusión de la escala aplicada:**

en la escala que Nos permite evaluar la carga de Cuidador Su Resultado es nulo para evidenciar Sobrecarga sin embargo se le educa en la importancia del cuidado ya que existen factores de riesgo presentes.

NOMBRE COMPLETO
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA
REGISTRO PROFESIONAL

Powered by CamScanner