Alcaldía de Neira	**ACTA No. 1**	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ NEIRA - CALDAS

NOMBRE DE LA REUNIÓN: RBC PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD

CIUDAD Y FECHA: Neira 17/05/2026	**HORA DE INICIO: 8:00 A.M**	**HORA FIN: 8:30 A.M**
LUGAR: Domicilio de la persona	**Diana Paola Murillo**	

TEMAS:

1. Valoración de enfermería a persona con discapacidad
2. Evaluación del cuidador/a y núcleo familiar
3. Aplicación de escalas de valoración
4. Identificación de acceso a RIAS
5. Detección de riesgos en salud y necesidades de cuidado

OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN:

Realizar intervención de enfermería mediante la aplicación de escalas de valoración, con el fin de identificar el estado de salud de la persona con discapacidad, condiciones del cuidador/a y del núcleo familiar, evaluando el acceso a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud (RIAS) y detectando necesidades y riesgos que requieran intervención.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Durante la visita domiciliaria, el profesional de enfermería realizó valoración integral a la persona con discapacidad, teniendo en cuenta condiciones físicas, estado general de salud, adherencia a tratamientos y necesidades de cuidado.

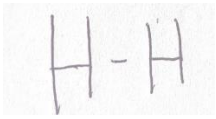
Se aplicaron escalas de valoración que permitieron identificar el nivel de dependencia, condiciones del cuidador/a principal y dinámica del núcleo familiar. Se evaluaron prácticas de cuidado en el hogar, condiciones higiénico-sanitarias y factores de riesgo presentes.

Asimismo, se indagó sobre el acceso a servicios de salud y vinculación a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud (RIAS), identificando posibles barreras de acceso y oportunidades de mejora en la atención.

CONCLUSIONES

Desde enfermería, la intervención permitió identificar necesidades de cuidado prioritarias en la persona con discapacidad, así como factores de riesgo en el entorno familiar. Se evidencian oportunidades de fortalecimiento en el acceso a RIAS y en la educación al cuidador, siendo necesario continuar con seguimiento y acompañamiento para mejorar la calidad del cuidado en el hogar.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Seguimiento de enfermería domiciliario 2. Educación en salud al cuidador 3. Gestión de acceso a servicios de salud	**Enfermero** **Hemerson Herrera**	
➢ **REGISTRO FOTOGRAFICO** ➢ 		



FIRMA PROFESIONAL

Alcaldía de Neira	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC ESCALA DE VALORACIÓN	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ

ESCALA DE VALORACIÓN INTEGRAL

Persona con Discapacidad y Núcleo Familiar

I. Datos Generales

- Nombre del usuario: Dana Paola Murilla
- N° Identificación: 1053872773
- Fecha de valoración: 11/05/2026
- Profesional responsable: Hemerson Herrera

II. Valoración de la Discapacidad

Tipo de discapacidad (marcar):

- ☐ Física
- ☐ Sensorial (visual/auditiva)
- ☒ Cognitiva
- ☐ Psicosocial
- ☐ Múltiple

Grado de discapacidad:

- ☐ Leve
- ☐ Moderada
- ☐ Severa

A. Funcionalidad (Actividades de la Vida Diaria - AVD)

Actividad	Independiente (2)	Requiere ayuda (1)	Dependiente (0)
Alimentación	☒	☐	☐
Higiene personal	☒	☐	☐
Vestido	☑	☐	☐
Movilidad	☑	☐	☐
Uso del baño	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 10 /10

Scanned with CamScanner

B. Comunicación y Cognición

Ítem	Adecuado (2)	Limitado (1)	No funcional (0)
Comprensión	☒	☐	☐
Expresión	☒	☐	☐
Orientación	☒	☐	☐
Memoria	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 8 /8

C. Participación Social

Ítem	Activa (2)	Parcial (1)	Nula (0)
Integración familiar	☒	☐	☐
Participación comunitaria	☑	☐	☐
Actividades recreativas	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 6 /6

III. Valoración del Núcleo Familiar

A. Composición Familiar

- Número de integrantes: ___
- Tipo de familia:

☒ Nuclear: Familia conformada por padres e hijos.

☐ Extensa: Incluye además de padres e hijos, otros familiares como abuelos, tíos o primos.

☐ Monoparental: Familia integrada por uno de los padres y sus hijos.

☐ Reconstituida: Familia formada después de una nueva unión de pareja, donde uno o ambos miembros tienen hijos de relaciones anteriores.

B. Dinámica Familiar

Scanned with CamScanner

Alcaldía de Neira	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC ESCALA DE VALORACIÓN	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ

Ítem	Adecuado (2)	Regular (1)	Deficiente (0)
Comunicación	☒	☐	☐
Apoyo emocional	☒	☐	☐
Resolución de conflictos	☒	☐	☐
Roles definidos	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 8 /8

C. Apoyo al Cuidador

Ítem	Sí (2)	A veces (1)	No (0)
Cuenta con red de apoyo	☒	☐	☐
Recibe descanso (respiro)	☒	☐	☐
Conocimiento del cuidado	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 6 /6

D. Condiciones Socioeconómicas

Ítem	Adecuado (2)	Regular (1)	Deficiente (0)
Vivienda	☒	☐	☐
Ingresos	☒	☐	☐
Acceso a salud	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 6 /6

IV. Interpretación de Resultados

- **Discapacidad (Total: /24).** 19–24: Funcionalidad conservada, 13–18: Dependencia moderada, 0–12: Alta dependencia
- **Núcleo Familiar (Total: /20).** 16–20: Funcionalidad familiar adecuada, 10–15: Riesgo familiar, 0–9: Disfunción familiar.

H-H

FIRMA PROFESIONAL

Erika Viviana Coimonc J.

FIRMA CUIDADOR

Scanned with CamScanner

ESCALA DE SOBRECRAGA DE CUIDADOR DE ZARIT

	Pregunta	Nunca	Rara vez	Alguna veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	X				
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	X				
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras resposabilidades (trabajo, familia)?	X				
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	X				
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud 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 usted?	X				
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	X				
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiarr?	X				
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustarñia debido a tener que cuidar a su familiar?	X				
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	X				
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar 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 familiar?	X				
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su 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 su familiar?	X				

Ausencia de sobrecarga	≤46
Sobrecarga ligera	47-55
Sobrecarga intensa	≥56

H-H

FIRMA PROFESIONAL

Erica Viviana Caimanal

FIRMA USUSARIO

Scanned with CamScanner