

#### PLAN DE CUIDADOS A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA.

FAMILIA										
CARPETA F	AMILIAR			SE	CTOR					
TIPO DE RI	ESGO			I						
IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR										
Nombre	Nombre Ficha									
		<u> </u>	- N		<u> </u>		1	1.6	T =	
RUT			F. Nacimiento			Edad		Sexo	F	М
	ı									
Patología	S									
crónicas										
SI/NO										
¿Cuáles?										
Dinassián					T-145-					
Dirección					Teléfor	10				
FACTORES	S PROTECTORE	s								
TACTORE	, no recrone									
FACTORES	S DE RIESGO									
FVALUAC	ONES DE CARO	A DELCU	JIDADOR (ZARIT)							
	101120 DE 071110	371 BLE CO	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,							
Foobo	Dive	<b>.</b>	Observasia							
Fecha	Pun	taje	Observacio	nes						

PROBLEMAS B-P-S-F	OBJETIVOS/RESULTADOS	ESTRATEGIAS/ACTIVIDADES/MEDICAMENTOS	CALENDARIZACIÓN	RESPONSABLES	RECURSOS A MOVILIZAR	ACE INTERVI	ENCIÓN
						SI	NO
							-
							<u> </u>
OBSERVACION	IES						
		_					

Nombre y firma del representante del Equipo de Salud

Nombre y firma representante de la Familia

#### Anexo 2.



## **FUNCIONES DEL CUIDADOR**

Las personas que realicen la función de "Cuidador" deben suscribir mediante un documento los "Compromisos" que adquieren.

- ➤ El Cuidador debe ser capacitado por el Equipo de Salud respectivo, con el propósito de detectar condiciones de riesgo en el entorno del paciente y educar al Cuidador y Familia para la modificación de ésta, ofreciendo alternativas de enfrentamiento en cuanto a los cuidados que debe brindar.
- ➤ El Cuidador deberá tener salud compatible para ejecutar su labor comprometida y frente a faltas en su labor, el equipo re evaluará su continuidad en el Programa.
- Se sugiere que cada Cuidador tenga a su cargo no más de tres personas si es familiar. En caso que el cuidado lo realice una persona ajena al grupo familiar, se sugiere tener como máximo dos personas a su cargo. Si se presenta una situación distinta a la descrita anteriormente, el Equipo de Salud deberá evaluar la situación e informar a la Subsecretaría de Redes.
- ➤ El Cuidador deberá estar presente en las visitas domiciliarias integrales y/o en la visitas con fines de seguimiento y tratamiento que realice el Equipo de Salud; de lo contrario, se informará a encargado de Programa del establecimiento de Atención Primaria -quién evaluará la continuidad de condición de Cuidador- y al Servicio de Salud respectivo. Esta situación se deberá informar mensualmente al nivel central —en caso que sea necesario-.
- ➤ El Cuidador debe ser incluido en las actividades que el Equipo de Salud realice, tanto en actividades de capacitación como de auto-cuidado y realizar el registro asociado a esta actividad, ya que se solicitará en cada corte de evaluación.
- Ante cualquier cambio de domicilio, el Cuidador debe informar oportunamente al Equipo de Salud y Establecimiento, para los efectos que estime pertinente.



## **INSTRUCTIVO PARA CUIDADORES**

NOMB	RE DEL USUARIO (Persona Dependiente):
NOMB	RE DEL CUIDADOR/A:
Son fur	nciones del cuidador:
✓	Participar en las reuniones y capacitaciones que el equipo de salud programe.
✓	Mantener contacto y comunicación permanente con el equipo de salud.
✓	Informar al equipo de salud en caso de cambio de comuna de residencia, rehabilitación o fallecimiento de la persona dependiente.
✓	Señalar facilitadores u obstaculizadores en el desempeño de sus actividades como cuidador/a.
✓	Tener salud compatible, para desempeñar las funciones de cuidador/a.
✓	Mantener a su cargo como cuidador (a) no más de tres pacientes si es familiar del paciente; en caso que el cuidado lo realice una persona ajena al grupo familiar solo podrá tener a su cargo como máximo dos pacientes.
✓	En caso de ausentarse el cuidador(a), señalar a un cuidador(a) suplente que asuma los compromisos anteriormente señalados.
✓	En caso, que el cuidador(a) no cumpla con las funciones señaladas en el Programa de Atención de Personas con Dependencia Severa, el equipo de salud deberá evaluar la continuidad del cuidador(a) y la suspensión del pago mensual.
Nombr	e y Firma Responsable Equipo de Salud Nombre y Firma Cuidador (a)

#### Anexo 4.



## **CARTA DE COMPROMISO DEL CUIDADOR**

En	a	dede	201 ,
уо,			
Rut N°	, de nacionalidad chi	lena, estado civil	, de profesión o
actividad	, domiciliado	en	comuna
de, decla	ro lo siguiente:		
PRIMERO: Que soy la pe	ersona que se encarga	a del cuidado personal de	
		, Rut N°	, quien es beneficiario
del Programa de Atención	Domiciliaria de Perso	nas con Dependencia Severa	, del Ministerio de Salud, que
desarrolla el Servicio de Sa	alud con	la Municipalidad de	
SEGUNDO: Que, en esa	calidad, me comprom	eto a efectuar el cuidado o	de la persona a mi cargo de
acuerdo con las guías e	instrucciones que se	me señale por el Equipo d	e Salud del Centro de Salud
		y de la capacitación c	que se me dé para ello.
TERCERO: Que, recibiré e	l pago mensual de <b>\$ 2</b>	24.251 (veinticuatro mil dosc	cientos cincuenta y un pesos)
que se me ha asignado,	a través de la Munic	ipalidad de Paredones en l	os días y lugares que se me
indique.			
CUARTO: Que estoy cons	sciente que dicho pag	go lo recibo como apoyo po	or la función que cumplo de
cuidar a la persona indica	ida anteriormente, po	r lo que, si dejara de cuidar	lo (por cambio de comuna o
falleciera), dejo de tener	derecho al mismo. P	or esto, me comprometo a	informar inmediatamente al
Centro de Salud frente a la	as situaciones antes se	ñaladas.	
QUINTO: Que proporcion	aré a los funcionarios	del Centro de Salud los da	tos que me soliciten sobre el
beneficiario a mi cargo en	relación con su condi	ción de salud y los cuidados	que recibe, y que otorgaré las
facilidades para la realizac	ión de las visitas domi	ciliaria integrales y de seguir	niento.
	(Firm	na Cuidador/a)	

SALUD



## **MANDATO**

Fecha							
Comparece				, chil	ena/o, cédu	la de ident	tidad
Nº		, beneficia	aria/o del Progra	ma "Atencić	on Domiciliari	a de Personas	con
Dependencia	Severa",	del	Ministerio	de	Salud,	domicilia	da/o
en			, comuna	de		, expone:	
PRIMERO: La	Municipalidad	de Pare	dones, Median	te Decreto	o Exento	Nº,	de
fecha	oto	rga a	el/la Sr/a				
	, Subsidio e	n dinero p	por un monto d	de \$ 24.25	1 (veinticuatr	o mil doscie	entos
cincuenta y un	pesos) desde e	l mes de.	del	2014, par	a cancelar a	el/la cuidad	lor/a
Sr/a							,
cédula de identid	lad №		, por	concepto de	e cuidado de	una persona	con
Discapacidad Seve	era.						
<b>SEGUNDO:</b> Por e	el presente doc	umento el	/ la Sr/a			, viei	ne a
conferir mandato	a la Municipalida	ad para qu	e una vez certific	ado el cuida	ido hacia mi p	ersona se car	ncele
directamente		а		el/la		cuidad	or/a,
Señor/a							
FIDAAA CUUDADA	D/A FIDAAA DENS			EIDA 4 A		T. FOLUDO D.	
FIRMA CUIDADOF	K/A FIKIVIA BENEI	FICIARIO/A		FIRIVIA I	KEPKESENTAT	E EQUIPO DE	

#### Anexo 6.



## Entrevista sobre la Carga del Cuidador

(Zarit y Zarit, 1982)1

#### I. Datos de Identificación del Interesado:

Apellidos							
Nombre							
Rut	Fecha Nac.	Edad					
II. Datos de Identificación del <u>c</u>	II. Datos de Identificación del <u>cuidador/a</u> :						
Apellidos							
Nombre							
Teléfono	E - mail						
Dirección							
Fecha Eval.							

#### III. Entrevista

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 que frecuencia se siente Vd. 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.

#### **0**: Nunca 1: Rara vez **2**: Algunas veces **3**: Bastantes veces **4**: Casi siempre

	Pregunta al cuidador		F	recuencia		
1.	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	①	2	3	4
2.	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	0	①	2	3	4
3.	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4.	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	①	2	3	4
5.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	①	2	3	4

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Adaptado por Izal, M. y Montorio, I. (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En T. Del Ser y J. Peña (eds.). Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: Prous

6.	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7.	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8.	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	①	2	3	4
9.	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10.	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	①	2	3	4
11.	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	①	2	3	4
12.	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	①	2	3	4
13.	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14.	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1)	2	3	4
15.	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	①	2	3	4
16.	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1)	2	3	4
17.	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	①	2	3	4
19.	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar	0	1	2	3	4
20.	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21.	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1)	2	3	4
22.	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

TOTAL:	

Grado de sobrecarga según puntaje:					
Sin Sobrecarga :	0 a 46 pts.				
Sobrecarga Leve :	47 a 55 pts.				
Sobrecarga Intensa:	56 a 88 pts.				

IV. [	Datos	de l	dentificación	del	profesional	Informante:
-------	-------	------	---------------	-----	-------------	-------------

Nombre informante		
Institución	Fecha informe	
	 FIR	RMA

#### Anexo 7



# ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (Abreviada)

N°	Puntuación para cada respuesta	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	Bastantes veces (4)	Casi siempr e (5)
1	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
2	Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
3	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
4	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
5	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
7	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

• Ausencia de sobrecarga: ≤16 puntos

• Sobrecarga intensa: ≥17 puntos

## **ACTA DE TALLERES A CUIDADORES**



### PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS DEPENDENCIA SEVERA

FECHA:	LUGAR	R:							
HORA INICIO:	HORA TÉRMINO:	N° ASISTENTES							
(Se adjunta listado de asistencia)									
N° TOTAL DE PERSONAS DEPENDIENTES EN EL CENTRO DE SALUD:									
PROFESIONAL RESPONSABLE:									
TEMAS DE CAPACITA	ACIÓN	RESPONSABLE							
PUNTOS TRATADOS Y/O ACUERDOS TOMADOS:									
1									
2									
3									
NOMBRE, PROFESIÓN Y FIRMA DE LOS FUNCIONARIOS PARTICIPANTES:									
1									
2									
3									



## **TALLERES AL CUIDADOR**

NOMBRE DEL CUIDADOR(A):			_
FICHA CLINICA:	CARPETA FAMILIAR:		
TALLED	FFCUA	DECDONCADIE	
TALLER	FECHA	RESPONSABLE	
Autocuidado del cuidador, manejo del estrés.			
Alimentación saludable en el cuidador.			
Cuidados posturales en el cuidador.			
Alimentación saludable en la persona con dependencia.			
Prevención de úlceras por presión en			
la persona con dependencia.			
Prevención de accidentes y caídas en			
la persona con dependencia.			
Primeros auxilios			
Confort y movilización de la persona con dependencia.			
Manejo de conductas difíciles en la persona con dependencia.			