| | | |
|---|---|---|
| Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC**<br>**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**<br>**FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS**<br>**ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS**<br>**CONTRATO: 150.25.4.0354**<br>**VIGENCIA 2025** | HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS Pensilvania-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |

| **DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD** | |
|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:** Diana Paola Jaramillo Noreña | **FECHA DE INTERVENCIÓN:** 15/04/2025 |
| **DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA** | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A** Luz Adriana Noreña Gonzales | |

| **PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN** | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE DEL PROFESIONAL** | **PROFESIÓN** | **TELÉFONO DE CONTACTO** |
| Jennyfer García Montoya | **Fisioterapia** | 3116827071 |

| **TIPO DE INTERVENCIÓN REALIZADA** | |
|---|---|
| **Primera visita: Aplicación de escalas** | **X** |

# ESCALA DIRIGIDA A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

## PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

Responda las siguientes preguntas relacionadas al área de fisioterapia 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

| **PREGUNTAS** | **RESPUESTAS** |
|---|---|
| ¿El paciente refiere o manifiesta dolor en alguna parte de su cuerpo? ¿Cuál? Explique su respuesta | No refiere dolor o molestias en alguna zona del cuerpo |
| ¿Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, Con qué frecuencia lo manifiesta? ¿Este dolor impide la realización de actividades durante su día a día? Explique su respuesta | N/A |
| ¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta | No presenta limitaciones para realizar movimientos con sus brazos o piernas |
| ¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta | No requiere de ayudas técnicas para su desplazamiento |
| ¿Posee movimiento independiente en cama? Explique su respuesta | Si, posee autonomía completa para realizar transiciones |

| | |
|---|---|
| ¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta | Si, logra la sedestación de manera independiente |
| ¿Realiza actividades de la vida cotidiana por sí solo? Explique su respuesta | Si, es independiente para realizar sus actividades diarias |
| ¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta | Refiere presentar estas conductas intelectuales desde que es una niña |
| ¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. | Realiza sentadillas y flexiones de pecho cada 3 días por 1 hora |
| ¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta? | Todo lo realiza de manera independiente |
| ¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta | Refiere trabajar cuidando a un adulto mayor en silla de ruedas |
| ¿Cuál considera que es la actividad que más le cuesta dificultad para realizar e impide su autonomía, independencia y funcionalidad? ¿Por qué? Explique su respuesta | Refiere que no presenta dificultades para realizar actividades |
| ¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta | No requiere de ayuda para realizar sus actividades |

**A continuación, se enumerarán una lista de actividades, señale con una X si las realiza o no, en caso de seleccionar NO, explique su respuesta:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **COMER** | **SI** **__X__** | **NO** **____** | **EXPLIQUE SU RESPUESTA** |
| **BAÑARSE** | **SI** **__X__** | **NO** **____** | **EXPLIQUE SU RESPUESTA** |
| **VESTIRSE** | **SI** **X** | **NO** | **EXPLIQUE SU RESPUESTA** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ASEO PERSONAL** | **SI** __X__ | **NO** ____ | **EXPLIQUE SU RESPUESTA** |
| **DEPOSICIÓN** | **SI** __X__ | **NO** ____ | **EXPLIQUE SU RESPUESTA** |
| **MICCIÓN** | **SI** __X__ | **NO** ____ | **EXPLIQUE SU RESPUESTA** |
| **USO DEL BAÑO** | **SI** __X__ | **NO** ____ | **EXPLIQUE SU RESPUESTA** |
| **TRASLADO SILLA/CAMA** | **SI** __X__ | **NO** ____ | **EXPLIQUE SU RESPUESTA** |
| **DESPLAZAMIENTO** | **SI** __X__ | **NO** ____ | **EXPLIQUE SU RESPUESTA** |
| **VESTIRSE** | **SI** X | **NO** | **EXPLIQUE SU RESPUESTA** |

**Conclusión de la escala e ítems aplicados:**

Usuaria femenina de 28 años con discapacidad intelectual, trastorno del aprendizaje y trastorno del comportamiento, quien no presenta deficiencias estructurales y funcionales, que limiten su realización de actividades o que generen restricciones en su participación, usuaria funcional y activa en sus roles sociales.

| | | |
|---|---|---|
| Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC<br>DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS<br>FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS<br>ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS<br>CONTRATO: 150.25.4.0354<br>VIGENCIA 2025** | HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS Pasivianía-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |

# ESCALA DIRIGIDA AL CUIDADOR/A DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

## PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| ¿Refiere o manifiesta dolor en alguna parte de su cuerpo? ¿Donde? Explique su respuesta | Refiere dolor en su rodilla y cadera de hemicuerpo izquierdo |
| ¿Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, con qué frecuencia lo manifiesta? ¿Este dolor impide la realización de actividades durante su día a día? Explique su respuesta | Dolor presente todos los días que no la limita para sus actividades de la vida diaria |
| ¿Presenta síntomas como calambres, hormigueos, dolor punzante, sensación de ardor en espalda, cuello o alguna de sus extremidades? ¿Con que frecuencia? Explique su respuesta | Refiere parestesias y ardor en zona cervical y espalda alta |
| ¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta | Sale a caminar 1 o 2 veces a la semana durante 1 hora |
| Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta | No necesita ayudar a su hija con la movilización |
| ¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta | No refiere sentir un deterioro físico secundario al cuidado de su hija |
| Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta | Si, se toma tiempos de descanso físico por 30 minutos o 1 hora |
| ¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta | Si, considera que realiza sus actividades de la vida diaria con una correcta postura |
| En caso de ser negativa la respuesta anterior ¿Cree que las malas posturas son las causas de sus molestias físicas? Explique su respuesta | N/A |
| ¿Las personas de su núcleo familiar sienten alguna molestia física a causa del cuidado brindado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta | No, no refieren molestias físicas secundario al cuidado de Diana |
| ¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con discapacidad? Explique su respuesta | No identifica barreras que afecten la funcionalidad y participación |

**Conclusiones según las respuestas del cuidador:**

La señora Luz Adriana Noreña Gonzales, madre y cuidadora de Diana Paola Jaramillo Noreña, presenta síntomas e indicios de desordenes musculoesqueléticos asociados a la labor, y no por consecuencia del cuidado de su hija Diana.

| | | |
|---|---|---|
| Territorial<br>Dirección Territorial de Salud de Caldas | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC**<br>**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**<br>**FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS**<br>**ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS**<br>**CONTRATO: 150.25.4.0354**<br>**VIGENCIA 2025** | HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS<br>HSJD<br>Pasoivania-Caldas<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |

| **DESARROLLO DE LA REUNIÓN** |
|---|
| La visita fue realizada en el domicilio de Diana Paola Jaramillo Noreña en donde estuvo presente durante la intervención la mamá de Diana la señora Luz Adriana Jaramillo Noreña, quien actúa como su principal cuidadora. El ambiente fue tranquilo y colaborativo, lo cual permitió un adecuado desarrollo de la sesión.<br><br>Las señoras Luz y Diana mostraron disposición e interés por la información suministrada, respondiendo de manera activa a las preguntas realizadas.<br><br>En la aplicación de la escala de valoración se identificó que la señora Diana Paola Jaramillo Noreña no presenta limitaciones físicas para la realización de sus actividades de la vida diaria, por lo cual no presenta restricciones en su participación e inclusión en sus roles sociales debido a que presenta una discapacidad intelectual por diagnóstico de trastorno del aprendizaje y del comportamiento, el cual no interfiere en su salud física<br><br>Por el lado de su cuidadora se evidenció que la señora Luz Adriana Jaramillo Noreña, presenta signos y clínica de desórdenes musculoesqueléticos focalizados en rodilla y cadera de hemicuerpo izquierdo, además de síntomas de ardor y parestesias en columna cervical que la limitan para la realización de sus actividades de la vida diaria secundario a la labor y no por el cuidado de su hija Diana, ya que el es una persona funcional en todos los campos.<br>La señora Luz refiere salir a caminar una o dos veces a la semana durante una hora y diariamente toma descansos físicos en su labor de entre 30 minutos y una hora<br>Durante la visita se brindaron recomendaciones básicas para cuidado y mantenimiento de la salud física priorizando la implementación de actividades físicas en el núcleo familiar con el fin de evitar la aparicón de enfermedades crónicas secundarias a bajos niveles de actividad física. |
| **CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES** |
| Es necesaria la implementación de estrategias enfocadas en la realización de actividad física en el núcleo familiar, para no solo impactar en la salud física, sino que también en la salud emocional potencializando las relajaciones dentro del núcleo. |



**NOMBRE COMPLETO**
**PROFESIONAL DE FISIOTERAPIA**
**REGISTRO PROFESIONAL**
**TP: 1053864166**