Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONA MAYOR Y CUIDADOR/A** **ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR** **CONTRATO: 150.25.4.03.76** **VIGENCIA 2025**	

DATOS DE LA PERSONA MAYOR					
NOMBRE DE LA PERSONA MAYOR: MARIA OTILIA SUCRE GUAQUIRAMA				**FECHA DE INTERVENCIÓN:** **14/07/2025**	
TIPO DE DOCUMENTO	CC __X_	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 24529433**			
EDAD: 74 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3116014970**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL _X__
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR **KONI YULIANA BEDOYA MEJIA**			**PARENTESCO: NIETA**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 1057757056**		
EDAD: 18 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3116014970**				

PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	**PROFESIÓN**	**TELÉFONO DE CONTACTO**
Isabella Naranjo López	**PSICÓLOGA**	**300 538 6421**
Manuela Murillo Londoño	**FISIOTERAPEUTA**	**3134585383**
Maria Chitalia Sucre	**AGENTE COMUNITARIO**	**321 724 4304**

TIPO DE INTERVENCIÓN REALIZADA	
Primera visita: Aplicación de escalas	**X**
Segunda visita: plan de recomendaciones	
Tercera visita: seguimiento	

ESCALA DIRIGIDA A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL DEL AREA SOCIAL

Responda las siguientes preguntas relacionadas al área psicosocial de la manera más amplia que sea posible, evitando respuestas de SI o NO en medida que la persona pueda o se encuentre dispuesta a contestar.

ENTORNO FAMILIAR	
PREGUNTAS	**RESPUESTA**
¿Hay integrantes de su familia que estén pendientes de usted?	MI NIETA Y MI HIJA
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	A VECES SALGO A CAMINAR
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	SI YO LES CUENTO CUANDO ESTOY TRISTE

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONA MAYOR Y CUIDADOR/A** **ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR** **CONTRATO: 150.25.4.03.76** **VIGENCIA 2025**	

¿Siente que su familia apoya las cosas que le gustan?	SI, ELLOS SIEMPRE ESTÁN CONMIGO
HABITOS DE VIDA DIARIA	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Ha sentido dificultades para concentrarse cuando realiza sus actividades diarias o siente que ha perdido en algunas ocasiones la memoria?	SI SE ME OLVIDA DONDE DEJO LAS COSAS
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día?	SI HAGO TODO SOLA
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	VECINOS Y AMIGOS NO, SOLO VIENEN FAMILIARES
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	NO HAGO NADA MÁS CON OTRAS PERSONAS, SOLO CON MI HIJAS Y NIETOS
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	SI MI NIETA Y MI HIJA ME ESCUCHAN
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	NO, NO SÉ SI HAYA
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	SI DUERMO TODA LA NOCHE, LOS DOLORES LOS SIENTO EN EL DIA
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	SI ME SIENTO CANSADA
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	SI ME SIENTO MALGENIADA
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	NO ME DAN GANAS DE COMER MUCHO
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	NO MUCHO, DUERMO CASI TODA LA NOCHE
Sufre de alguna enfermedad asociada a la salud mental (¿Depresión, Ansiedad, Alzheimer?	NO QUE SEPA
ESTADO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Has llegado a sentir que es una carga para los demás?	NO ME SIENTO ASI
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	SI, SOY IMPORTANTE PORQUE HAY PERSONAS QUE ME QUIEREN
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	ES DIFÍCIL SOLUCIONARLO, ENTONCES NO
¿Se siente triste la mayor parte del día?	SI, ABURRIDA DE SENTIRME ENFERMA, DE LOS DOLORES

Conclusión de la escala aplicada:

MARÍA OTILIA MANIFIESTA ESTADO DE ÁNIMO TRISTE Y SENSACIÓN DE CANSANCIO CONSTANTE. DURANTE LA ENTREVISTA REFIRIÓ DOLENCIAS FÍSICAS FRECUENTES, PRINCIPALMENTE EN LA CABEZA Y LAS PIERNAS, ASÍ COMO DISMINUCIÓN DEL APETITO, LO QUE AFECTA SU BIENESTAR GENERAL. MENCIONA SENTIRSE AFLIGIDA POR NO PODER REALIZAR LAS ACTIVIDADES QUE SOLÍA HACER EN EL PASADO, LO QUE IMPACTA SU ESTADO EMOCIONAL Y SU PERCEPCIÓN DE UTILIDAD PERSONAL. A NIVEL FAMILIAR, CUENTA CON EL APOYO DE SU HIJA Y SU NIETA, QUIENES ESTÁN PRESENTES EN SU CUIDADO, REFIERE SOSTENER UNA BUENA RELACIÓN CON ELLAS. LA PRESENCIA FAMILIAR LE BRINDA UN SOPORTE FRENTE A LAS DIFICULTADES QUE EXPERIMENTA. DADO LO ANTERIOR, LA ENTREVISTADA REFLEJA UNA PERCEPCIÓN DE BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO DISMINUIDO, EN UN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD FUNCIONAL Y DEPENDENCIA PARCIAL DE SU RED DE APOYO FAMILIAR.

ESCALA DIRIGIDA AL CUIDADOR/A DE LA PERSONA MAYOR PROFESIONAL DEL AREA SOCIAL

TEST ZARITH

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 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?	1
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	2
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	1
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	2
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?	4

8	¿Siente que su familiar depende de usted?	3
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	2
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	1
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	2
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	2
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?	1
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?	2
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?	2
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?	2
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?	1
TOTAL:		40

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.

Conclusión de la escala aplicada:

LA PUNTUACIÓN OBTENIDA POR KONI FUE DE 40 PUNTOS, LO QUE LA UBICA EN AUSENCIA DE SOBRECARGA. KONI ES UNA DE LAS CUIDADORAS DE MARÍA OTILIA Y RECIBE APOYO DE OTROS FAMILIARES EN EL CUIDADO DE SU ABUELA, LO QUE CONTRIBUYE A ALIVIAR SU RESPONSABILIDAD. AUNQUE KONI REPORTA SENTIR QUE SU ABUELA SOLICITA MÁS AYUDA DE LA QUE REALMENTE NECESITA Y QUE EXISTE CIERTA DEPENDENCIA, ESTOS FACTORES NO SE TRADUCEN EN UN ESTRÉS EXCESIVO. MANIFIESTA PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO DE MARÍA OTILIA Y DIFICULTADES ECONÓMICAS PARA CUBRIR LOS GASTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO. KONI REFIERE UNA BUENA RELACIÓN CON SU ABUELA Y NO EXPRESA SENTIMIENTOS SIGNIFICATIVOS DE AGOBIO, PÉRDIDA DE CONTROL O AFECTACIÓN GRAVE DE SU SALUD. SU CARGA, SI BIEN EXISTENTE, SE CONSIDERA MANEJABLE GRACIAS AL APOYO FAMILIAR.

ESCALAS DIRIGIDAS A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	RESPUESTAS

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONA MAYOR Y CUIDADOR/A ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR CONTRATO: 150.25.4.03.76 VIGENCIA 2025**	

Sufre alguna enfermedad como Diabetes, hipertensión u otro	TENGO PRESION ALTA, CATARATAS. DIABETES
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	ME DUELE MUCHO LA CABEZA Y LOS OJOS, LAS PIERNAS Y ME HINCHO
¿Cómo considera que es su estado de salud?	MI SALUD ES REGULAR, NO ME SIENTO CASI TODO EL TIEMPO
¿Sabe usted que son hábitos saludables? Puede indicar algunos	NO SE QUE SON
¿Usted fuma o consume alcohol?	NO FUMO NI TOMO LICOR
¿Cuáles son los alimentos que consume regularmente?	COMO SOPAS, CREMAS, MUCHO LIQUIDO
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	ME GUSTARIA COMER MAS Y MEJOR
¿Consume los medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	SI, CUANDO LOS TENGO ME LOS TOMO
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	SI, VOY DONDE EL MEDICO

Conclusión de la escala aplicada:

MARIA OTILIA PRESENTA UN ESTADO DE SALUD FRÁGIL, CON MÚLTIPLES CONDICIONES CRÓNICAS NO CONTROLADAS, MANIFESTANDO DIFERENTES SINTOMAS QUE SUGIEREN UN MANEJO INADECUADO DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE. DICE TOMARSE LOS MEDICAMENTOS ALGUNAS VECES SIEMPRE Y CUANDO ESTÉN DISPONIBLES. SU DIETA BASADA EN SOPAS EVIDENCIA UN PATRÓN ALIMENTARIO INSUFICIENTE, CON POCO APORTE NUTRICIONAL. EL DESCONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS SALUDABLES Y LA LIMITADA CAPACIDAD PARA MEJORAR SU ALIMENTACIÓN, REFLEJAN BARRERAS EDUCATIVAS Y SOCIOECONÓMICAS QUE AFECTAN SU AUTOCUIDADO. A PESAR DE ASISTIR OCASIONALMENTE AL MÉDICO, LA PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS Y LA FALTA DE SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO INDICAN UNA BRECHA EN EL ACCESO A ATENCIÓN INTEGRAL.SE EVIDENCIA UNA REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE SU CAPACIDAD FUNCIONAL DEBIDO AL DOLOR, LA FATIGA CONSTANTE Y LAS COMPLICACIONES VISUALES, LO QUE LIMITA SU INDEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA.

ESCALAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR/A DE LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Administra a su familiar medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	SI YO LE DOY LOS MEDICAMENTOS CUANDO LOS TIENE
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI, PORQUE ELLA HACE SUS COSAS SOLA, YO SOLO LA ACOMPAÑO
Su familiar ¿requiere ayuda para movilizarse o realizar acciones de autocuidado?	NO ELLA CAMINA SOLA

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONA MAYOR Y CUIDADOR/A ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR CONTRATO: 150.25.4.03.76 VIGENCIA 2025**	

¿Cuál es la condición de salud que tiene su familiar que requiere apoyo?	TIENE MUCHO DOLOR, ESTA MUY GRANDE Y ENFERMA
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	SIEMPRE QUE ESTOY EN MI CASA LA CUIDO
¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	HACE 8 MESES MAS O MENOS
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	SI, YO VIVO CON MI MAMA Y MIS HERMANOS, A VECES ME AYUDAN
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	SI, YO VOY AL MEDICO
¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	NADA, NO SUFRO DE NADA
¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	SI, CUANDO ME ENFERMO
¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	SI, ME SIENTO CANSADA, ME DUELE LA CABEZA
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	NO, NINGUNA

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

AUNQUE KONI QUE ES LA CUIDADORA PRINCIPAL REFIERE NO TENER DIAGNÓSTICOS MÉDICOS, PRESENTA SÍNTOMAS DE CANSANCIO, NO ASOCIADOS AL CUIDADO DE SU ABUELAS SINO MÁS BIEN A CARGAS DOMESTICAS. EL NIVEL DE DEPENDENCIA DEL FAMILIAR ES MARCADO, YA QUE A PESAR DE QUE REALIZA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE MANERA INDEPENDIENTE, SI REQUIERE ACOMPAÑAMIENTO PARA ALGUNAS COSAS, Y ESTO CONLLEVA A LA CUIDADORA A TRANSITAR CON UNA SOBRECARGA FÍSICA Y EMOCIONAL POR EL CUIDADO DE SU ABUELA.A PESAR DE ASISTIR AL MÉDICO DE MANERA REACTIVA, NO SE IDENTIFICAN ESTRATEGIAS PREVENTIVAS PARA SU PROPIO BIENESTAR. SE DESTACA LA NECESIDAD DE FORTALECER REDES DE APOYO FAMILIAR PARA EVITAR EL DESGASTE PROGRESIVO DE LA CUIDADORA Y PROMOVER HÁBITOS DE AUTOCUIDADO.LA SITUACIÓN ACTUAL, AUNQUE MANEJABLE, REQUIERE MONITOREO CERCANO PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN LA SALUD DE KONI Y ASEGURAR LA SOSTENIBILIDAD DEL CUIDADO.

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR/A Y A LA PERSONA MAYOR POR AGENTE COMUNITARIO

¿Desde su experiencia cultural cuál es el concepto que tienen de vejez?	ES CUANDO UNA PERSONA NO ESTÁ JOVEN,, APARECEN ENFERMEDADES Y DIFICULTADES
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	LA VEJEZ ES PARTE DE LA VIDA, ES ALGO NORMAL QUE DEBEMOS ACEPTAR

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONA MAYOR Y CUIDADOR/A** **ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR** **CONTRATO: 150.25.4.03.76** **VIGENCIA 2025**	

Desde su experiencia cultural cuales son los cuidados que propios que utiliza su familia en relación con la persona mayor. (Describir lo indicado por la familia)	UTILIZAMOS BEBIDAS DE FLOR DE JAMAICA, PEPA DE AGUACATE Y OTRAS PARA CONTROLAR LAS ENFERMEDADES DE MI MAMA

CONCLUSION GENERAL:

Importancia del rol familiar en el bienestar de la persona mayor: El rol familiar es fundamental para el bienestar de María Otilia, ya que el apoyo y la compañía de sus familiares le brindan seguridad emocional, facilitan su cuidado diario y ayudan a mantener su calidad de vida.
Introducción al concepto de envejecimiento activo y saludable: Al indagar por la percepción que se tiene sobre envejecimiento activo y saludable, los participantes manifestaron no tener conocimiento sobre el tema.
Identificación de recursos familiares, vecinos y comunitarios: Se reconoce a su nieta e hija como recursos. No se identifican recursos a nivel comunitario.

¿Fue necesario realizar canalización a la persona con mayor y/o su cuidador/a?: Si___ No__X__

Criterio de canalización: N/A

Institución a la cual se canaliza: N/A

¿Quién fue la persona que requirió canalización? Indicar el nombre de la persona mayor o cuidador/a que requirió la canalización

Nombre: N/A
Numero de documento: N/A

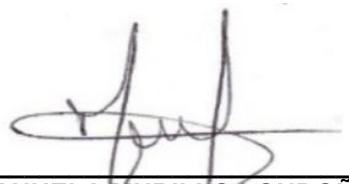
Área o ruta a la que se canalizó: N/A

Isabella Naranjo López

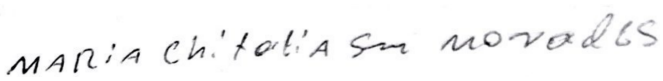
_____

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONA MAYOR Y CUIDADOR/A** **ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR** **CONTRATO: 150.25.4.03.76** **VIGENCIA 2025**	

ISABELLA NARANJO LÓPEZ
1002592858
PSICÓLOGA
294795



MANUELA MURILLO LONDOÑO
1057759923
FISIOTERAPEUTA
1057759923



MARIA CHITALIA SUCRE MORALES
24528207
AGENTE COMUNITARIO