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 GRACIELA MEJIA SUCRE				**FECHA DE INTERVENCIÓN:** **14/07/2025**	
TIPO DE DOCUMENTO	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:24528755**			
EDAD: 50 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO:3226012150**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL __X_
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR **SINDY TATIANA MEVAREGAMA MEJIA**			**PARENTESCO: HIJA**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:1057758819**		
EDAD: 29 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3226012150**				

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**	**321 725 43 04**

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?	SOLO MI HIJA, MI ESPOSO TRABAJA Y MIS OTROS HIJOS ESTUDIAN
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	VOY A LA IGLESIA LOS DOMINGOS
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	SI, LE CUENTO A MIS HIJOS

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 ESTÁN AHÍ 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?	SE ME OLVIDA DONDE GUARDO LAS COSAS O LAS COSAS QUE HAGO A VECES
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día?	NO, EN OCASIONES ME CUESTA UN POCO MÁS HACER LAS COSAS POR EL DOLOR EN LOS PIES, PERO YO LAS HAGO SOLA
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	SI, CUANDO VOY AL PUEBLO ESTOY CON LA GENTE DE LA IGLESIA Y CON LOS VECINOS
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	SOLO VOY A LA IGLESIA
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	EN OCASIONES, NO SIEMPRE
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	NO, NO HAY
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	EN OCASIONES PORQUE SIENTO DOLOR EN LOS PIES Y NO ME DEJA DORMIR BIEN
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	SI, POR EL DOLOR DE LOS PIES
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	CUANDO ESTOY BIEN DE SALUD, ESTOY FELIZ
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	CUANDO ME DA LA ENFERMEDAD NO ME DAN MUCHAS GANAS DE COMER
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	A VECES, EL DOLOR NO ME DEJA DORMIR BIEN
Sufre de alguna enfermedad asociada a la salud mental (¿Depresión, Ansiedad, Alzheimer?	NO ME HAN DICHO
ESTADO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Has llegado a sentir que es una carga para los demás?	SI, YO HAGO COSAS SOLA, PERO NO TANTAS COMO ANTES
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	SI, YO PUEDO HACER VARIAS COSAS
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	HAY UNOS QUE SI, OTROS QUE NO
¿Se siente triste la mayor parte del día?	SI ME SIENTO TRISTE CUANDO ESTOY MAL DE SALUD

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**	

Conclusión de la escala aplicada:
GRACIELA, DE 50 AÑOS, MANIFIESTA UN ESTADO DE ÁNIMO TRISTE, RELACIONADO CON SU CONDICIÓN DE SALUD (DIABETES), LA CUAL LE GENERA DOLOR EN LOS PIES, AFECTANDO SU APETITO Y SU DESCANSO. AUNQUE CUENTA CON EL ACOMPAÑAMIENTO DE SUS HIJOS, REALIZA SOLA Y CON DIFICULTAD LAS ACTIVIDADES DEL DIARIO VIVIR. REFIERE UNA BUENA RELACIÓN CON ELLOS. SE RECONOCE GRADO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, ASISTIENDO LOS FINES DE SEMANA A MISA EN BELALCÁZAR, DONDE CONVERSA CON OTRAS PERSONAS. A PESAR DE ESTOS APOYOS, PERCIBE UN BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO LIMITADO, DETERMINADO POR EL DOLOR, LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO Y DEL APETITO, ASÍ COMO POR EL ESFUERZO QUE IMPLICA MANTENERSE FUNCIONAL EN MEDIO DE SU CONDICIÓN.

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?	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?	2
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	2
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	4
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?	1
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	1
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?	1
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	2
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	3
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	3
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?	3
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	2
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	3
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:		43

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 CALIFICACIÓN DE SINDY ARROJADA EN EL ZARIT CORRESPONDE A 43, LO QUE INDICA AUSENCIA DE SOBRECARGA. A NIVEL EMOCIONAL, SE EVIDENCIAN ALGUNOS INDICIOS DE CANSANCIO Y PREOCUPACIÓN, PROPIOS DE LAS RESPONSABILIDADES DE CUIDADO, PERO NO SUFICIENTES PARA AFECTAR DE MANERA SIGNIFICATIVA SU ESTADO DE ÁNIMO. LA PERCEPCIÓN DE BIENESTAR SE MANTIENE RELATIVAMENTE ESTABLE, CON CAPACIDAD PARA GESTIONAR LAS EXIGENCIAS DEL CUIDADO SIN COMPROMETER SU SALUD NI SU VIDA PERSONAL. EN CUANTO A LAS RELACIONES FAMILIARES, SE OBSERVA UN VÍNCULO FUNCIONAL Y UNA PERCEPCIÓN DE APOYO, LO CUAL CONTRIBUYE A LA ADAPTACIÓN DE SU ROL COMO CUIDADORA.

ESCALAS DIRIGIDAS A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Sufre alguna enfermedad como Diabetes, hipertensión u otro	SOY DIABETICA Y TENGO PRESION ALTA
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	TENGO EL AZUCAR ALTA Y ME DICEN QUE DEBO COMER ALGUNOS ALIMENTOS COMO VERDURA, POQUITO ARROZ Y TOMARME LOS MEDICAMENTOS
¿Cómo considera que es su estado de salud?	ME SIENTO ENFERMA, DEBIL, REGULAR

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**	

¿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 PLATANO, HUEVO
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	
¿Consume los medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	NO SIEMPRE, A VECES NO ME LO TOMO
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	NO VOY MUY SEGUIDO

Conclusión de la escala aplicada:

MARIA GRACIELA SE ENCUENTRA EN UN ESTADO DE SALUD EVIDENTEMENTE AFECTADO DEBIDO A LAS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS, MANIFESTANDO SINTOMAS CONSTANTES COMO FATIGA, CANSANCIO, MAREO, DOLOR EN LOS PIES Y DIFICULTADES PARA LA VISION. LLAMA LA ATENCION EN SU CASO, QUE AUNQUE NO TIENE DIFICULTADES ECONOMICAS PARA ACCEDER A LOS ALIMENTOS O A LOS SERVICIOS DE SALUD, EXISTE CIERTA INDIFERENCIA Y POCO COMPROMISO POR EL CUIDADO DE LAS MISMAS. MANIFIESTA TOMARSE EL MEDICAMENTO A VECES, NO ASISTE A CONTROLES MEDICOS REGULARES PARA LLEVAR EL CONTROL DE SU SALUD Y DESCONOCE LO QUE SON LOS HABITOS SALUDABLES, ESTOS FACTORES REPRESENTAN UN RIESGO LATENTE PARA SU BIENESTAR.

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?	NO, PORQUE NO ESTOY TODO EL TIEMPO CON ELLA, PERO SI LE EXPLICO COMO SE LOS TOMA
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI ME SIENTO BIEN PARA CUIDARLE, AUNQUE NO ESTOY TODO EL TIEMPO CON ELLA
Su familiar ¿requiere ayuda para movilizarse o realizar acciones de autocuidado?	NO ELLA HACE TODO SOLA
¿Cuál es la condición de salud que tiene su familiar que requiere apoyo?	TIENE DIABETES Y COMO NO SE TOMA LOS MEDICAMENTOS JUICIOSA SE DESCOMPENSA MUY SEGUIDO

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**	

¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	YO ESTOY TODAS LAS TARDES CON ELLA Y LOS FINES DE SEMANA
¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	HACE 4 AÑOS QUE TIENE LA DIABETES
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	NO SOLAMENTE YO, MIS HERMANOS ESTUDIAN
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	VOY AL MEDICO CUANDO MI HIJA ME DICE PERO A MI NO ME GUSTA
¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	NO TENGO NADA HASTA EL MOMENTO
¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	SI CUANDO ESTOY ENFERMA
¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	SIENTO DOLOR DE CABEZA Y DOLOR EN LA ESPALDA
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	NO, TODO ES POR EL TRABAJO

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

SINDY TATIANA POR SU PARTE EJERCE SU ROL COMO CUIDADORA PRINCIPAL DE SU MADRE, SIN EMBARGO MANIFIESTA NO SER LA UNICA HIJA, LO CUAL ,SUMADO A QUE LA SEÑORA GRACIELA REALIZA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SIN AYUDA, REPRESENTA UN FACTOR POSITIVO PARA SINDY RESPECTO A LA PERCEPCION DE CARGA POR SER CUIDADORA. POR OTRA PARTE, SINDY NO PRESENTA DIAGNOSTICOS ESPECIFICOS, PERO SI UNAS MOLESTIAS FISICAS ASOCIADAS PRINCIPALMENTE A SUS ACTIVIDADES LABORALES; AUNQUE ASISTE AL MEDICO DE MANERA REACTIVA, NO SE IDENTIFICAN ACTIVIDADES DE AUTO CUIDADO QUE FAVOREZCAN EL MANTENIMIENTO DE SU SALUD.

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 LA EVOLUCIÓN DE LA EDAD, ES UNA ETAPA DONDE YA NO ESTA LA JUVENTUD, COMO UN BEBE ADULTO, LLEGAN LAS ENFERMEDADES
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	SON IMPORTANTES PORQUE SON LOS FUNDADORES, CON CONOCIMIENTOS, LOS PILARES DE LA COMUNIDAD

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 FLOR DE JAMAICA, LAUREL Y MENTA PARA UNA BEBIDA, HOJA DE GUAYABA

CONCLUSION GENERAL:

Importancia del rol familiar en el bienestar de la persona mayor: Los hijos de Graciela, en especial su hija, tienen un rol fundamental para su bienestar, estos son aquellos que la apoyan y cuidan con respecto a su salud física y mental.
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 reconocen sus hijos como recursos. Se reconoce la asistencia a misa como recurso comunitario.

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

Criterio de canalización: Maria Graciela refiere que los síntomas asociados a la diabetes cada vez son más fuertes, menciona dolor en los pies como "si estuvieran entumecidos" también dice sentir picazón en los mismos. Por su parte, comenta molestia en la vista "Como si estuviera nublado"

Institución a la cual se canaliza: ESE Hospital San José de Belalcázar

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

Nombre: MARIA GRACIELA MEJIA SUCRE
Numero de documento: 24528755

Área o ruta a la que se canalizó: Medicina general.

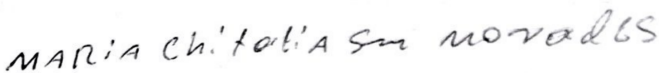
Isabella Naranjo López

ISABELLA NARANJO LÓPEZ
1002592858
PSICÓLOGA
294795

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**	



MANUELA MURILLO LONDOÑO
1057759923
FISIOTERAPEUTA
1057759923



MARIA CHITALIA SUCRE MORALES
24528207
AGENTE COMUNITARIO