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: CARLOTA ARCILA SUCRE					**FECHA DE INTERVENCIÓN:** **14/07/2025**
TIPO DE DOCUMENTO	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:42022131**			
EDAD: 74 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO:3122370312**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL __X_
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR **MARLYN TATIANA ALVAREZ OGARI**			**PARENTESCO: NUERA**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:1056642020**		
EDAD:21 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3122370312**				

PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	**PROFESIÓN**	**TELÉFONO DE CONTACTO**
Isabella Naranjo López	**PSICÓLOGA**	**300 538 6421**
Manuela Murillo Londoño	**FISIOTERAPEUTA**	**313 458 5383**
Maria Chitalia Sucre	**AGENTE COMUNITARIO**	**321 725 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 NUERA Y MI ESPOSO
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	NO HAGO NADA MÁS QUE LAS COSAS DE LA CASA Y TRABAJAR

Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	SI LE CUENTO A MI ESPOSO
¿Siente que su familia apoya las cosas que le gustan?	
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?	NO, YO HAGO TODO SOLA
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	NO, YO SIEMPRE ESTOY CON MIS HIJAS Y NIETOS
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	NO HAGO NADA MÁS
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	SI MI ESPOSO ME ESCUCHA
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	NO, YO SIEMPRE ESTOY EN LA CASA
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	NO, CASI NO DUERMO DE NOCHE
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?	NO, ME SIENTO MÁS TRISTE QUE ENOJADA
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	A VECES NO ME DAN MUCHAS GANAS DE COMER
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	ME DESPIERTO COMO A MEDIA NOCHE Y LUEGO DUERMO A LAS 4
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?	NO ME SIENTO ASI, YO HAGO MUCHAS COSAS
¿Se considera a si mismo(a) como alguien	SI ME SIENTO IMPORTANTE, YO TEJO Y

valioso(a)?	HAGO ARTESANIAS
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	MUCHOS NO TIENEN
¿Se siente triste la mayor parte del día?	NO, SOLAMENTE CUANDO PIENSO EN FAMILIARES QUE YA NO ESTÁN

Conclusión de la escala aplicada:
CARLOTA SE MUESTRA TRANQUILA Y COLABORADORA DURANTE LA ENTREVISTA. TIENE 74 AÑOS Y MANIFIESTA QUE, AUNQUE REALIZA SUS ACTIVIDADES DE MANERA AUTÓNOMA, LO HACE CON DIFICULTAD DEBIDO AL DOLOR EN LOS PIES. A NIVEL EMOCIONAL, REFIERE EPISODIOS OCASIONALES DE TRISTEZA RELACIONADOS CON LA PÉRDIDA DE SERES QUERIDOS Y LA SITUACIÓN ECONÓMICA DEL HOGAR. PRESENTA DIFICULTADES PARA CONCILIAR Y MANTENER EL SUEÑO, LO QUE PODRÍA ESTAR INCIDIENDO EN SU BIENESTAR GENERAL. AUNQUE ENFRENTA ESTAS DIFICULTADES, CUENTA CON EL APOYO DE SU NUERA, ESPOSO E HIJOS, CON QUIENES REFIERA MANTENER UNA BUENA RELACIÓN. EN ESTE SENTIDO, SU RED DE APOYO FAMILIAR SE PERCIBE COMO UN FACTOR PROTECTOR QUE CONTRIBUYE A SU ESTABILIDAD EMOCIONAL Y FUNCIONAL.

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?	1
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?	3
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?	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?	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?	3
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	3
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?	4
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	1
TOTAL:		46

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:
MARLYN OBTUVO UN TOTAL DE 46 PUNTOS EN LA ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT, LO QUE INDICA UNA SOBRECARGA LIGERA. TIENE 21 AÑOS Y SE MOSTRÓ TRANQUILA Y COLABORADORA DURANTE LA ENTREVISTA. ES LA CUIDADORA PRINCIPAL DE CARLOTA Y, ADEMÁS, DESEMPEÑA SU ROL COMO MADRE, CUIDANDO TAMBIÉN DE SUS HIJOS. EL RESULTADO OBTENIDO REFLEJA LA PRESENCIA DE CANSANCIO Y CARGA EMOCIONAL ASOCIADA A LA MULTIPLICIDAD DE RESPONSABILIDADES QUE ASUME. AUNQUE SU SALUD FÍSICA Y SU VIDA SOCIAL NO SE ENCUENTRAN GRAVEMENTE COMPROMETIDAS, MANIFIESTA PREOCUPACIÓN POR LA SITUACIÓN ECONÓMICA, INSEGURIDAD SOBRE SU DESEMPEÑO COMO CUIDADORA Y UNA SENSACIÓN DE DEPENDENCIA POR PARTE DE SU FAMILIAR. MANIFIESTA UNA BUENA RELACIÓN CON SU SUEGRA, CARLOTA.

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	SI, TENGO LA PRESION ALTA
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	NO, SOLO SE QUE ME DUELE LOS PIES
¿Cómo considera que es su estado de salud?	ME SIENTO MUY ENFERMA DE LOS PIES, ME DUELEN MUCHO, MUY REGULAR
¿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 SOPA, ARROZ, HUEVO
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	ESTAR MEJOR DE SALUD PARA ESTAR MAS CONTENTA
¿Consume los medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	SI, YO ME LOS TOMO CUANDO LOS TENGO
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	VOY AL MEDICO CUANDO ME TOCA

Conclusión de la escala aplicada:

CARLOTA PRESENTA UN ESTADO DE SALUD ESTABLE, PERO DETERIORADO SEGURAMENTE ASOCIADO A LAS CARGAS LABORALES LLEVADAS DURANTE TANTOS AÑOS. NO HAY UNA PERDIDA IMPORTANTE DE LA FUNCIONALIDAD, PUES AUN PUEDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SIN ASISTENCIA Y COMPLETAMENTE INDEPENDIENTE, ADEMAS DE ELLO, AUN REALIZA OBJETOS QUE PROVIENEN DE SU ARTE PARA AYUDAR A SU SUSTENTO ECONOMICO Y EL DE SU FAMILIA; SIN EMBARGO, AL SER ESTOS INSUFICIENTES, SE VE INMERSA EN UNA SITUACION PRECARIA PARA LA ADQUISICION DE ALIMENTOS BASICOS Y DE CALIDAD

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, ELLA SOLA SE LOS TOMA
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI, YO PUEDO CUIDARLA BIEN
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?	ESTA MUY VIEJA, LE DUELEN MUCHO LOS PIES
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	CUANDO ESTOY ACA, ESTOY PENDIENTE DE ELLA

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**	

¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	HACE 6 AÑOS QUE VIVO ACA
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	NO HAY MAS PERSONAS QUE ESTEN PENDIENTES DE ELLA. SUS HIJOS TRABAJAN TODO EL TIEMPO
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	NO HAGO EJERCICIO NI VOY AL MEDICO A CITAS
¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	NO ESTOY ENFERMA DE NADA
¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	CUANDO ESTOY ENFERMA SI
¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	NO SIENTO NADA
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	NO, HASTA EL MOMENTO QUE NO

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

MARLYN ES LA ACOMPAÑANTE DE DOÑA CARLOTA CASI TODO EL TIEMPO, SIN EMBARGO ES EVIDENTE QUE NO RECIBE UNA CARGA NI FISICA NI EMOCIONAL ASOCIADA A SU CUIDADO, RESALTANDO EL HECHO DE QUE DOÑA CARLOTA ES COMPLETAMENTE INDEPENDIENTE PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INCLUSO REALIZA AUN ALGUNAS ARTESANIAS COMO MEDIO DE ADQUISICION DE RECURSOS ECONOMICOS. DE ESTA MANERA, SE ENTIENDE QUE MARLYN GOZA DE BUENA SALUD, SIN EMBARGO, HAY FACTORES IMPORTANTES A INTERVENIR COMO LA PREVENCION DE ENFERMEDADES POR MEDIO DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y EL ESTADO NUTRICIONAL QUE PUEDE PRESENTAR POR LA ESCASEZ DE RECURSOS ECONOMICOS

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?	CUANDO YA NO SE DEFIENDEN SOLOS, HAY QUE ESTAR PENDIENTE DE ELLOS
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	SON IMPORTANTES PORQUE TIENEN MÁS EXPERIENCIA
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)	USAMOS HIERBABUENA Y OTRAS PLANTAS MEDICINALES PARA EL DOLOR.

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**	

CONCLUSION GENERAL:
Importancia del rol familiar en el bienestar de la persona mayor: El esposo de carlota, hijos y nuera representan una ayuda fundamental para su bienestar físico y emocional. 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: El esposo de carlota, hijos y nuera se identifican como recursos familiares. no se identifican recursos a nivel contextual.

¿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

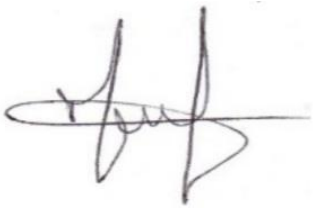
Nombre: N/A
Numero de documento: N/A

Área o ruta a la que se canalizó: N/A

Isabella Naranjo López

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

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES
24528207
AGENTE COMUNITARIO