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: TIBERIO JEGARI OGARI				**FECHA DE INTERVENCIÓN:** **14/07/2025**	
TIPO DE DOCUMENTO	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:10192031**			
EDAD: 74 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3122370312**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL __X_
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR **IRENE NIAZA GONZALEZ**			**PARENTESCO: NUERA**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:1057759265**		
EDAD: 28 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**	**3134585383**
Maria Alitalia 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?	MIS HIJOS, MI NUERA, MI ESPOSA Y MIS NIETOS.
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	NADA, SOLO SALGO A TRABAJAR CUANDO PUEDO
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	SI LES CUENTO A MIS HIJOS

¿Siente que su familia apoya las cosas que le gustan?	SI, ELLOS ESTAN PARA MI
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?	NO, ESTOY BIEN DE LA MEMORIA Y LA ATENCIÓN
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día?	NO, YO PUEDO HACER TODO SOLO
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	NO, SIEMPRE ESTOY CON ELLOS
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	NADA, SIEMPRE ESTOY CON MI FAMILIA
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	SI, HABLO CON MIS HIJOS
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	NO, NO CREO QUE HAYA
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	A VECES ME CUESTA DORMIR EN LA NOCHE
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	SI ME SIENTO CANSADO, POR ESO NO SOY CAPAZ DE TRABAJAR
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	UN POQUITO, ULTIMAMENTE MAS
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	COMO DE TODO, ME DA MUCHA HAMBRE
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	SI, A VECES DUERMO APENAS A LAS 4 DE LA MAÑANA
Sufre de alguna enfermedad asociada a la salud mental (¿Depresión, Ansiedad, Alzheimer?	NO ME HAN DICHO NADA
ESTADO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Has llegado a sentir que es una carga para los demás?	NO, MIS HIJOS SIEMPRE APOYAN
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	SI ME SIENTO IMPORTANTE, AÚN HAGO COSITAS POR AHÍ
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	EN ESTE MOMENTO NO TENGO PROBLEMAS, TAL VEZ ALGUNOS DE SALUD, ESOS SI TIENEN SOLUCIÓN
¿Se siente triste la mayor parte del día?	DE VEZ EN CUANDO ME SIENTO TRISTE Y TENGO CON QUIEN HABLAR

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: TIBERIO, DE 74 AÑOS, SE MOSTRÓ TRANQUILO Y COLABORADOR DURANTE LA ENTREVISTA. MANIFIESTA SENTIRSE CANSADO, ASOCIADO A SU EDAD, Y PADECE DOLORES OCASIONALES EN EL CUERPO, LO QUE LIMITA SU FUNCIONAMIENTO DIARIO. A NIVEL EMOCIONAL, REPORTA SENTIMIENTOS DE TRISTEZA OCASIONAL, RELACIONADOS CON LA PÉRDIDA DE FAMILIARES, LO QUE IMPACTA SU BIENESTAR ANÍMICO. A NIVEL ECONÓMICO, REFIERE DIFICULTADES QUE GENERAN PREOCUPACIÓN Y PODRÍAN AGRAVAR SU SITUACIÓN EMOCIONAL. EN CUANTO A LAS RELACIONES FAMILIARES, DESTACA UNA BUENA VINCULACIÓN CON SUS HIJOS, ESPOSA, NIETOS Y NUERA, LO CUAL REPRESENTA UN SOPORTE IMPORTANTE PARA SU BIENESTAR GENERAL. A PESAR DE LAS LIMITACIONES FÍSICAS Y EMOCIONALES, TIBERIO MANTIENE UNA RED FAMILIAR SÓLIDA QUE LE BRINDA APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO. DADO LO ANTERIOR, EL ENTREVISTADO PRESENTA UN BIENESTAR EMOCIONAL MODERADO, PERO CON FACTORES DE RIESGO, ESPECIALMENTE EN EL ÁMBITO DE LA SALUD FÍSICA Y EL APOYO PSICOSOCIAL.

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?	1
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?	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?	2
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	4
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?	1
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1
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?	1
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?	1
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	2
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	1
TOTAL:		32

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 DE 32 EN LA ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT INDICA AUSENCIA DE SOBRECARGA. IRENE REFLEJA UNA BUENA ADAPTACIÓN A SU ROL, MANTENIÉNDOSE ESTABLE EMOCIONALMENTE Y SIN MOSTRAR SIGNOS DE CANSANCIO EXTREMO. AUNQUE MANIFIESTA ALGUNAS PREOCUPACIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA DE SU FAMILIAR Y EL FUTURO, ESTAS NO HAN GENERADO UN IMPACTO NEGATIVO SIGNIFICATIVO EN SU SALUD, SU VIDA PERSONAL O SUS RELACIONES. SE EVIDENCIA UN BUEN MANEJO DE LAS DEMANDAS DIARIAS, ASÍ COMO UNA RELACIÓN FAMILIAR POSITIVA QUE FUNCIONA COMO RED DE APOYO. ESTOS ELEMENTOS CONTRIBUYEN A SU BIENESTAR GENERAL Y LE PERMITEN CUIDAR CON RESPONSABILIDAD, SIN DESCUIDARSE A SÍ MISMA. SE SUGIERE FOMENTAR EL AUTOCUIDADO Y FORTALECER LOS ESPACIOS PERSONALES Y FAMILIARES QUE LE PERMITEN MANTENERSE EN EQUILIBRIO.

ESCALAS DIRIGIDAS A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Sufre alguna enfermedad como Diabetes, hipertensión u otro	TENGO PRESION ALTA, PERO TOMO MEDICAMENTOS
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	SI, ME TENGO QUE TOMAR LAS PASTAS PARA MANTENER CONTROLADO
¿Cómo considera que es su estado de salud?	EN ESTE MOMENTO ME SIENTO BIEN DE SALUD
¿Sabe usted que son hábitos saludables? Puede indicar algunos	SI, TIENEN QUE VER CON LA SALUD PARA ESTAR BIEN

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**	

¿Usted fuma o consume alcohol?	HACE 2 MESES NO FUMO, Y TOMO LICOR DE VEZ EN CUANDO
¿Cuáles son los alimentos que consume regularmente?	COMO ARROZ, PLATANO, HUEVO, LO QUE ME DEN
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	QUIERO RECUPERARME DE LOS DOLORES
¿Consume los medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	SI, ME TOMO LOS MEDICAMENTOS QUE ME MANDAN
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	YO VOY AL MEDICO SIEMPRE QUE ME TOCA LAS CITAS

Conclusión de la escala aplicada:

EL PACIENTE PRESENTA UNA ENFERMEDAD CRONICA DE BASE CONTROLADA FARMACOLÓGICAMENTE, CON ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONOCIMIENTO BÁSICO SOBRE SU MANEJO, AUNQUE CON LIMITACIONES EN LA COMPRENSIÓN INTEGRAL DE HÁBITOS SALUDABLES.REFIERE UN ESTADO DE SALUD ESTABLE ACTUAL, PERO PERSISTE EL DESEO DE MEJORAR SÍNTOMAS INESPECÍFICOS , SUGIRIENDO POSIBLES COMORBILIDADES NO EXPLORADAS. SU DIETA ES IRREGULAR, CON DEPENDENCIA DE DISPONIBILIDAD, LO QUE PODRÍA AFECTAR EL BALANCE NUTRICIONAL Y EL CONTROL METABÓLICO A LARGO PLAZO. AUNQUE HA REDUCIDO EL TABAQUISMO Y CONSUME ALCOHOL OCASIONALMENTE, ESTOS FACTORES REPRESENTAN RIESGOS MODIFICABLES PARA SU SALUD CARDIOVASCULAR. ASISTE A CONTROLES MÉDICOS PROGRAMADOS, DEMOSTRANDO COMPROMISO CON EL SEGUIMIENTO CLÍNICO.

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, EL SE LOS TOMA SOLO
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI CLARO, YO ME SIENTO BIEN PARA ESTAR PENDIENTE DE EL. AUNQUE EL TODAVIA HACE MUCHAS COSAS SOLO
Su familiar ¿requiere ayuda para movilizarse o realizar acciones de autocuidado?	NO, CAMINA SOLO, SE BAÑA, COME, ETC
¿Cuál es la condición de salud que tiene su familiar que requiere apoyo?	COMO ESTA MAYOR ESTOY PENDIENTE DE EL, DE LO QUE NECESITE
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	MIENTRAS ESTOY ACA CON EL, ESTOY PENDIENTE

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 11 AÑOS QUE VIVO ACA
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	SI CLARO, LOS HIJOS, NIETOS, ESPOSA ESTAN PENDIENTES TAMBIEN
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	SI, VOY AL MEDICO CUANDO ME SIENTO MAL
¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	NO TENGO NADA
¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	SI, 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

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

IRENE QUIEN ES LA CUIDADORA PRINCIPAL, NO REPORTA CONDICIONES MÉDICAS DIAGNOSTICADAS NI SÍNTOMAS DE CANSANCIO ASOCIADOS AL CUIDADO, SOLO BRINDA UN APOYO DE SUPERVISIÓN A TIBERIO QUE MANTIENE AUTONOMÍA EN ACTIVIDADES BÁSICAS. EL CUIDADO SE CARACTERIZA POR SER PREVENTIVO Y DE ACOMPAÑAMIENTO. SU ENFOQUE DE SALUD ES REACTIVO, LO QUE SUGIERE LA NECESIDAD DE PROMOVER CONTROLES PREVENTIVOS PARA MANTENER SU BIENESTAR A LARGO PLAZO. LA SITUACIÓN ACTUAL REFLEJA UN EQUILIBRIO ADECUADO ENTRE LA INDEPENDENCIA DEL PACIENTE Y LA RED DE APOYO FAMILIAR, DESTACÁNDOSE COMO UN MODELO DE CUIDADO SOSTENIBLE.

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?	LA VEJEZ ES ALGO INEVITABLE, SIEMPRE VA A LLEGAR
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	LAS PERSONAS MAYORES NOS ENFERMAMOS, YA NO PODEMOS TRABAJAR MUCHO
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)	A VECES UTILIZAMOS ALGUNAS PLANTAS PARA HACER BEBIDAS O POMADAS

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 GENERAL

Importancia del rol familiar en el bienestar de la persona mayor: Tiberio cuenta con una red de apoyo extensa, se reconoce a su nuera, hijos, esposa y nietos recursos.

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 identifica a su familia como recurso. no se identifican recursos a nivel comunitario.

¿FUE NECESARIO REALIZAR CANALIZACIÓN A LA PERSONA CON MAYOR Y/O SU CUIDADOR/A?: SI_X__ NO____

CRITERIO DE CANALIZACIÓN: TIBERIO MANIFIESTA DOLORES EN EL CUERPO Y NO TENER MEDICAMENTOS PARA QUE DISMINUYAN.

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: TIBERIO JEGARI OGARI
NUMERO DE DOCUMENTO:10192031

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

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES
24528207
AGENTE COMUNITARIO