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: MARIELA ARCILA SUCRE					**FECHA DE INTERVENCIÓN:** **14/07/2025**
TIPO DE DOCUMENTO	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:42020672**			
EDAD: 67 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3218938512**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL _X__
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR **DEYANIRA CORDOBA ARCILA**			**PARENTESCO: HIJA**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:1114094300**		
EDAD: 27 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3218938512**				

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 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?	SOLO MI HIJA, MIS OTROS HIJOS ESTÁN LEJOS
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	NADA, SOLO ESTAMOS EN LA CASA Y MI HIJA TRABAJA
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	NO, ME QUEDO CALLADA

¿Siente que su familia apoya las cosas que le gustan?	SI ELLOS, 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?	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 ESTOY TODO EL TIEMPO EN MI CASA SOLA O CON MI HIJA
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	NADA NO HAGO NADA MÁS
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	NO, NO HABLO CON ELLOS
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	NO, NO ME MUEVO DE ACÁ
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	NO PUEDO DORMIR BIEN
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	ME SIENTO CANSADA
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	SI A VECES ME SIENTO ENOJADA
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	NO ME DAN MUCHAS GANAS DE COMER
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	SI, A VECES NO PUEDO DORMIR EN TODA LA NOCHE
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, NO ME SIENTO ASÍ
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	SI, AUN HAGO COSAS SOLA
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	SI, CON AYUDA SI
¿Se siente triste la mayor parte del día?	SI, A VECES ME SIENTO MUY 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**	

Conclusión de la escala aplicada:
MARIELA MANIFIESTA SENTIRSE CANSADA, LO CUAL SE RELACIONA CON LAS LIMITACIONES QUE LE IMPONE SU EDAD. REFIERE PODER REALIZAR LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE MANERA INDEPENDIENTE. PASA GRAN PARTE DEL TIEMPO SOLA, YA QUE SU HIJA TRABAJA Y NO LA ACOMPAÑA CONSTANTEMENTE. ESTA SITUACIÓN SE RELACIONA CON UNA PERCEPCIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL, YA QUE NO CUENTA CON AMIGOS NI EXPRESA HABER CONVERSADO SOBRE SUS PROBLEMAS, LO QUE PUEDE INCIDIR NEGATIVAMENTE EN SU BIENESTAR EMOCIONAL. A NIVEL FAMILIAR, MARIELA ES CUIDADA POR SU HIJA, CON QUIEN MANTIENE UNA RELACIÓN FUNCIONAL. DADO LO ANTERIOR, SE OBSERVAN INDICIOS DE BAJOS NIVELES DE BIENESTAR EMOCIONAL, ASÍ COMO UNA NECESIDAD DE FORTALECER SU RED SOCIAL Y ESPACIOS DE EXPRESIÓN, PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y REDUCIR SENTIMIENTOS DE SOLEDAD.

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?	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?	2
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?	1
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?	2
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	2
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?	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:		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 PUNTUACIÓN TOTAL DE DEYANIRA EN LA ESCALA ZARIT ES DE 43, LO QUE INDICA AUSENCIA DE SOBRECARGA. ESTO SUGIERE QUE A PESAR DE ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE MARIELA, DEYANIRA NO MANIFIESTA UN ESTRÉS O AGOTAMIENTO SIGNIFICATIVO EN SU ROL DE CUIDADORA. NO OBSTANTE, EXPRESA PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO DE MARIELA, ASÍ COMO UNA SENSACIÓN DE DEPENDENCIA Y DIFICULTADES ECONÓMICAS QUE PODRÍAN IMPACTAR SU BIENESTAR GENERAL. A NIVEL EMOCIONAL, DEYANIRA SE MUESTRA TRANQUILA Y COLABORADORA, LO QUE REFLEJA UNA ACTITUD POSITIVA ANTE LAS RESPONSABILIDADES QUE ASUME. SE RECOMIENDA FORTALECER EL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL PARA PREVENIR POSIBLES DIFICULTADES EMOCIONALES O DE SOBRECARGA A MEDIANO Y LARGO PLAZO.

ESCALAS DIRIGIDAS A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Sufre alguna enfermedad como Diabetes, hipertensión u otro	TENGO PRESION ALTA
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	ME DUELE MUCHO LA RODILLA Y LA ESPALDA, VOY AL MEDICO Y ALLA ME DAN PASTAS
¿Cómo considera que es su estado de salud?	ME SIENTO BIEN
¿Sabe usted que son hábitos saludables? Puede indicar algunos	NO SE QUE SON

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?	NO FUMO NI TOMO LICOR
¿Cuáles son los alimentos que consume regularmente?	COMO CALDOS
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	ALGO QUE ME CALME EL DOLOR PARA VIVIR MAS TRANQUILA
¿Consume los medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	SI CUANDO ME DAN MEDICAMENTOS ME LOS TOMO, MI NIETO ME EXPLICA COMO
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	SI YO VOY AL MEDICO CUANDO ME DAN LAS CITAS

Conclusión de la escala aplicada:

MARIELA PRESENTA UNA CONDICION CRONICA CON MANEJO FARMACOLÓGICO, EVIDENCIANDO BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, PERO CON LIMITADO CONOCIMIENTO SOBRE SU CONDICIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES. AUNQUE REFIERE SENTIRSE BIEN, EXPERIMENTA DOLOR CRÓNICO EN RODILLA Y ESPALDA QUE AFECTA SU CALIDAD DE VIDA, MANIFESTANDO NECESIDAD DE MEJOR MANEJO DEL DOLOR. SU DIETA ES RESTRICTIVA, LO QUE SUGIERE POSIBLE DEFICIENCIA NUTRICIONAL Y FACTOR DE RIESGO PARA EL CONTROL DE SU CONDICIÓN DE BASE. ASISTE A CONTROLES MÉDICOS SEGÚN PROGRAMACIÓN, PERO CARECE DE EDUCACIÓN EN AUTOCUIDADO Y PREVENCIÓN

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?	YO ESTOY PENDIENTE DE QUE SE LOS TOME
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI PORQUE ELLA HACE TODO SOLA TODAVIA
Su familiar ¿requiere ayuda para movilizarse o realizar acciones de autocuidado?	NO, CAMINA SOLA, VA AL BAÑO, ETC
¿Cuál es la condición de salud que tiene su familiar que requiere apoyo?	YA TIENE DOLORES, ESTA GRANDE Y NO PUEDE TRABAJAR MUCHO
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	SIEMPRE QUE ESTOY EN MI CASA ESTOY CON ELLA
¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	HACE 7 AÑOS
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	NO, TENGO UNA HERMANA QUE ESTA CERCA PERO NO VIENE
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	A VECES CAMINO. CUANDO ME SIENTO MAL VOY AL MEDICO

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**	

¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	NO TENGO NADA DE ENFERMEDADES AHORA
¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	CUANDO ME SIENTO ENFERMA SI
¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	NO, YO ME SIENTO NORMAL
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	NO

CONCLUSIONES SEGÚN LAS RESPUESTAS DEL CUIDADOR:

DEYANIRA QUE ES LA CUIDADORA PRINCIPAL DE MARIELA, BRINDA SUPERVISIÓN ACTIVA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A SU FAMILIAR, QUIEN CONSERVA AUTONOMÍA PARA ACTIVIDADES BÁSICAS, PERO PRESENTA LIMITACIONES FUNCIONALES ASOCIADAS A LA EDAD Y DOLOR CRÓNICO. AUNQUE LA CUIDADORA NO REPORTA CANSANCIO FÍSICO O ENFERMEDADES RELACIONADAS AL CUIDADO, LLEVA 7 AÑOS DE ATENCIÓN CONTINUA CON APOYO FAMILIAR LIMITADO, LO QUE PODRÍA GENERAR SOBRECARGA EMOCIONAL PROGRESIVA. SU AUTOCUIDADO ES BÁSICO, SIN ESTRATEGIAS PREVENTIVAS PARA MANTENER SU PROPIA 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?	CUANDO YA PASAN LOS AÑOS Y NO ESTA LA JUVENTUD
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	ES IMPORTANTE Y YA QUEDAN POCOS
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)	NO UTILIZAMOS NADA DE LA MEDICINA TRADICIONAL

CONCLUSION GENERAL:

IMPORTANCIA DEL ROL FAMILIAR EN EL BIENESTAR DE LA PERSONA MAYOR: SE RECONOCE A LA HIJA FUNDAMENTAL EN EL ROL DE CUIDADORA DE MARIELA, YA QUE ESTA ES LA ÚNICA AL TANTO DE VELAR POR SU BIENESTAR.

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**	

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 LA HIJA COMO RECURSO. 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

ISABELLA NARANJO LÓPEZ
1002592858
PSICÓLOGA
294795

MANUELA MURILLO LONDOÑO
1057759923
FISIOTERAPEUTA

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**	

1057759923

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES
24528207
AGENTE COMUNITARIO