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: ALICIA SUCRE MURILLO				**FECHA DE INTERVENCIÓN:** **14/07/2025**	
TIPO DE DOCUMENTO	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:42021905**			
EDAD: 67 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3217254304**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL __X_
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR **MOISES ALVAREZ BAQUIAZA**			**PARENTESCO: ESPOSO**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 4383118**		
EDAD: 73 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3217254304**				

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 53 83**
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 ESPOSO
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	NO HACEMOS NADA, SOLO ESTAMOS EN LA CASA
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta	NO LE CUENTO A NADIE, IGUAL YO MANTENGO

a su familia?	CONTENTA
¿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, PUEDO HACER TODO SOLA SIN PROBLEMA
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	NO, SIEMPRE ESTOY EN LA CASA
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	NINGUNA, YO MANTENGO ACA
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	NO, YO NO HABLO DE ESO
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	NO, A NINGUNO VOY
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	DUERMO BIEN TODA LA NOCHE
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	ME SIENTO A VECES CANSADA
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	NO, YO SOY TRANQUILA
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	NO ME HA DADO MUCHA HAMBRE
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	NO, DUERMO BIEN, TODA LA NOCHE
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, NUNCA ME SENTIDO ASÍ
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	SI, CLARO, YO AUN PUEDO HACER COSAS
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	ALGUNOS NO TIENEN, OTROS SI
¿Se siente triste la mayor parte del día?	NO, ME SIENTO DE BUEN ÁNIMO

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:
ALICIA MANIFIESTA UN ESTADO DE ÁNIMO EUTÍMICO, REFIRIENDO SENTIRSE BIEN Y TRANQUILA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO. NO PRESENTA DIFICULTADES PARA CONCILIAR NI MANTENER EL SUEÑO, Y AUNQUE MENCIONA OLVIDOS OCASIONALES, ESTOS NO PARECEN INTERFERIR DE MANERA SIGNIFICATIVA EN SU FUNCIONAMIENTO COTIDIANO. A PESAR DE PERCIBIRSE EN GENERAL EN BIENESTAR, COMENTA QUE CUANDO SURGE ALGUNA DIFICULTAD PERSONAL PREFIERE NO HABLARLA CON SU ESPOSO, LO QUE PODRÍA INDICAR DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN AFECTIVA.
A NIVEL FAMILIAR, ALICIA VIVE CON SU ESPOSO MOISÉS, QUIEN ASUME EL ROL DE CUIDADOR. REFIEREN UNA BUENA RELACIÓN CONYUGAL, LO QUE PARECE SER UNA FUENTE DE ESTABILIDAD Y ACOMPAÑAMIENTO EN SU VIDA DIARIA. EN TÉRMINOS GENERALES, ALICIA PERCIBE NIVELES ADECUADOS DE BIENESTAR EMOCIONAL

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?	4
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?	3
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	2
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	3
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?	3
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?	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?	3
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	4
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?	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?	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:		49

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:
EL RESULTADO DE LA ESCALA DE ZARIT FUE DE 49, ESTO REVELA UNA CARGA MODERADA EN EL CUIDADOR, EL SEÑOR MOISÉS, QUIEN, A PESAR DE TENER MÁS DE 70 AÑOS, CONTINÚA TRABAJANDO PARA SOSTENER A SU ESPOSA Y CUIDARLA. ESTA SITUACIÓN GENERA UN ESTRÉS SIGNIFICATIVO, YA QUE NO SOLO ASUME LAS RESPONSABILIDADES DEL CUIDADO DIARIO, SINO TAMBIÉN LA PRESIÓN DE SER EL ÚNICO PROVEEDOR ECONÓMICO DEL HOGAR. LA COMBINACIÓN DE CANSANCIO FÍSICO, CARGA EMOCIONAL Y FALTA DE APOYO CONTRIBUYE A UNA SENSACIÓN DE AGOTAMIENTO Y TENSIÓN CONSTANTE. AUNQUE MOISÉS DEMUESTRA UNA FUERTE VOLUNTAD DE CUMPLIR CON SU ROL, EL IMPACTO SOBRE SU SALUD, BIENESTAR PERSONAL Y VIDA SOCIAL HAN GENERADO DETERIORO EN SU CALIDAD DE VIDA.

ESCALAS DIRIGIDAS A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Sufre alguna enfermedad como Diabetes, hipertensión u otro	NO TENGO NADA DE ESO
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	TENGO ARTROSIS Y ME MANDAN MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR
¿Cómo considera que es su estado de salud?	ME SIENTO BIEN, SOLO TENGO EL DOLOR DE RODILLA
¿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 ARROZ, HUEVO, SANCOCHO.
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	NO SE QUE PUEDO MEJORAR
¿Consume los medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	NO TENGO MEDICAMENTOS EN ESTE MOMENTO
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	CUANDO TENGO MUCHO DOLOR VOY PARA QUE ME MANDEN MEDICAMENTOS

Conclusión de la escala aplicada:

ALICIA PRESENTA ACTUALMENTE UN CUADRO DE DOLOR CRONICO NO MANEJADO, SIN OTROS DIAGNOSTICOS DE COMORBILIDADES CRONICAS CONFIRMADOS. SE EVIDENCIA UN ENFOQUE DE SALUD REACTIVO, YA QUE SOLO ASISTE AL MEDICO EN MOMENTOS DE CRISIS,CUANDO EL DOLOR ESTA MUY INTENSO PARA LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS, PERO NO POSEE HERRAMIENTAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR NO FARMACOLOGICAS. ADICIONAL NO SE EVIDENCIAN CONOCIMIENTOS SOBRE LOS HABITOS SALUDABLES, LO QUE SUMADO A UNA DIETA RESTRINGIDA PODRIA REPRESENTAR UN FACTOR DE RIESGO PARA SU SALUD

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 NO TOMA MEDICAMENTOS PARA NADA
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI NOSOTROS YA ESTAMOS SOLOS Y NOS ACOMPAÑAMOS
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?	LE DUELEN MUCHO LAS RODILLA Y LE DIFICULTA UN POCO CAMINAR
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	MIENTRAS ESTOY EN LA CASA YO ESTOY PENDIENTE
¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	HACE 1 AÑO QUE LAS HIJAS SE FUERON DE LA CASA
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	TENEMOS LAS HIJAS Y NIETOS, PERO ELLOS VIVEN EN OTRA PARTE
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	NO VOY MUCHO AL MEDICO, NO ME GUSTA

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 NADA, NO SUFRO DE NADA
¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	CUANDO ESTOY ENFERMO
¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	SI ME SIENTO CANSADO POR EL TRABAJO Y ME DUELEN LOS TALONES EN ESTE MOMENTO
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	NO, NADA

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

MOISES QUIEN ES EL ACOMPAÑANTE PERMANENTE DE ALICIA CURSA CON DOLOR CRONICO NO MANEJADO CON MOLESTIAS EN LOS TALONES, PERO QUE NO ESTAN RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE SU FAMILIAR, SINO CON SUS ACTIVIDADES LABORALES; SE EVIDENCIA TAMBIEN LA FALTA DE REDES DE APOYO CERCANAS, ASI COMO LA FALTA DE CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS, LO QUE SUGIERE UNA NORMALIZACION DEL DOLOR. LAS DINAMICAS DE AUTOCUIDADO SON LIMITADAS, CON POTENCIALES DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ASOCIADAS A LOS ESCASOS RECURSOS PARA LA COMPRA DE ALIMENTOS

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 CAMBIAR, UNO YA NO PUEDE HACER COSAS SOLO, ES COMO SER UN NIÑO OTRA VEZ.
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	ELLOS TIENEN LOS CONOCIMIENTOS, SON IMPORTANTES PORQUE SABEN MUCHAS COSAS.
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)	UNO DE VEZ EN CUANDO TOMA CUALQUIER COSA, MATARRATÓN, HIERBABUENA, LO QUE HAYA POR AHÍ.

CONCLUSION GENERAL:

IMPORTANCIA DEL ROL FAMILIAR EN EL BIENESTAR DE LA PERSONA MAYOR: SE IDENTIFICA A MOISÉS, ESPOSO DE ALICIA, COMO RECURSO AL SER EL ÚNICO CUIDADOR Y PROVEEDOR ECONÓMICO.
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 MOISES COMO RECURSO FAMILIAR. NO SE IDENTIFICAN RECURSOS A NIVEL COMUNITARIO.

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**	

¿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
1057759923

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES
24528207
AGENTE COMUNITARIO