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: JUAN JOSE GONZALEZ BAQUIAZA				**FECHA DE INTERVENCIÓN: 14/07/2025**	
TIPO DE DOCUMENTO	CC __X_	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 10079159**			
EDAD: 72 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3217254304**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL _X_
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR **MARIA OLIVA CARDONA MORALES**			**PARENTESCO: ESPOSA**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 42022319**		
EDAD: 71 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**	**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?	SI, MI ESPOSA. DE VEZ EN CUANDO VIENE UNA NIETA
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	NINGUNA, PERMANEZCO EN LA CASA
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	NO, NO LE CUENTO A NADIE

¿Siente que su familia apoya las cosas que le gustan?	NO, NO ME SIENTO APOYADO, CADA UNO ESTA EN LO SUYO
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?	EN OCASIONES SE ME OLVIDAN ALGUNAS COSAS, NO RECUERDO DONDE PONGO LAS COSAS. TAMBIÉN ME DISTRAIGO A RATOS
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día?	NO, YO HAGO LAS COSAS DE LA VIDA NORMALES
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	NO, TODO EL TIEMPO ESTOY SOLO CON MI ESPOSA
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	NADA, ACA MANTENGO EN LA CASA
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	ALGUNAS VECINAS VIENEN A VISITAR
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	NO, NO SÉ SI HAY PROGRAMAS ACÁ
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	NO, NO PUEDO DESCANSAR POR EL DOLOR FÍSICO
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	SI, TODO EL TIEMPO ME SIENTO CANSADO
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	NO, NORMAL, COMO TODOS LOS DÍAS
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	AHORA ESTOY COMIENDO MAS POQUITO
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	SI, ME CUESTA PODER QUEDARME DORMIDO
Sufre de alguna enfermedad asociada a la salud mental (¿Depresión, Ansiedad, Alzheimer?	NO CONFIRMADO
ESTADO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Has llegado a sentir que es una carga para los demás?	NO, ME SIENTO NORMAL
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	NO, VALIOSO NO, SOY NORMAL
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	SI, MUCHOS PROBLEMAS SON DIFÍCILES DE QUE SE RESUELVAN
¿Se siente triste la mayor parte del día?	SI, ABURRIDO, CANSADO

Conclusión de la escala aplicada:

JUAN JOSÉ MANIFIESTA UN ESTADO DE ÁNIMO TRISTE. REFIERE DIFICULTADES PARA CONCILIAR EL SUEÑO, PROBLEMAS DE MEMORIA Y LIMITACIONES PARA MANTENER LA ATENCIÓN POR PERIODOS PROLONGADOS. EXPRESA SENTIR DOLOR GENERALIZADO EN EL CUERPO, ADEMÁS DE PRESENTAR UNA CAPACIDAD AUDITIVA REDUCIDA. DURANTE LA ENTREVISTA, SE EVIDENCIA UNA PROFUNDA PREOCUPACIÓN POR LA SITUACIÓN ECONÓMICA DEL HOGAR, YA QUE, DEBIDO A SU EDAD AVANZADA Y A SUS DOLENCIAS FÍSICAS, NO LE ES POSIBLE TRABAJAR. POR ESTA RAZÓN, DEPENDE COMPLETAMENTE DE LA CARIDAD O DE LA COLABORACIÓN DE SU NIETA. COMO RESULTADO DE SU CONDICIÓN DE SALUD Y DE LAS LIMITACIONES ECONÓMICAS, JUAN JOSÉ PERCIBE UNA BAJA CALIDAD DE VIDA. RELACIONES FAMILIARES: VIVE CON SU ESPOSA, QUIEN ES SU ÚNICA CUIDADORA. LA RELACIÓN ENTRE AMBOS SE DESCRIBE COMO CONFLICTIVA, MARCADA POR DISCUSIONES FRECUENTES.

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?	3
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	1
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	3

	amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	3
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	4
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	4
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	4
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	4
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?	3
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?	5
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?	2
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	4
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?	2
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?	4
TOTAL:		62

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 ARROJADA ES DE 62, LO QUE INDICA UNA SOBRECARGA INTENSA. MARÍA OLIVA MANIFIESTA SENTIRSE CANSADA Y PREOCUPADA POR LA SITUACIÓN DE SU ESPOSO, JUAN JOSÉ, ASÍ COMO POR LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DEL HOGAR, YA QUE, DEBIDO A LA EDAD DE AMBOS, NINGUNO CUENTA CON UN EMPLEO FORMAL. MARÍA OLIVA ELABORA ARTESANÍAS COMO MEDIO PARA BUSCAR EL SUSTENTO; SIN EMBARGO, REFIERE QUE ESTA LABOR SE TORNA MUY COMPLEJA, YA QUE, DEBIDO A SU DOLOR EN LAS ARTICULACIONES, SE FATIGA CON RAPIDEZ. ES LA ÚNICA CUIDADORA DE JUAN JOSÉ Y EXPRESA QUE LA CONVIVENCIA SE HA VUELTO DIFÍCIL, DADO QUE SU ESPOSO PRESENTA COMPORTAMIENTOS IRASCIBLES, CON BAJA ASERTIVIDAD Y DIFICULTADES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS DE FORMA ADAPTATIVA.

ESCALAS DIRIGIDAS A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Sufre alguna enfermedad como Diabetes, hipertensión u otro	TENGO LA PRESION ALTA

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**	

¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	NO SE MUCHO
¿Cómo considera que es su estado de salud?	ME SIENTO REGULAR
¿Sabe usted que son hábitos saludables? Puede indicar algunos	NO SE QUE SON
¿Usted fuma o consume alcohol?	CIGARRILLO ALGUNAS VECES
¿Cuáles son los alimentos que consume regularmente?	COMEMOS FRIJOL, PAPA, PLATANO, CARNE, HUEVO
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	NO SE QUE PUEDO HACER PARA MEJORAR
¿Consume los medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	NO TOMO MEDICAMENTOS
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	NO, POR DIFICULTADES ECONÓMICAS. ES MUY DURO SALIR DE ACA

Conclusión de la escala aplicada:

JUAN JOSE SE ENCUENTRA EN UN ESTADO DE SALUD REGULAR Y NO TIENE UN CONTROL SOBRE SUS ENFERMEDADES POR LA DIFICULTAD PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD,TANTO POR EL LUGAR EN EL QUE VIVEN DONDE ESTAN ALEJADOS DEL CENTRO DE ATENCION MAS CERCANO, COMO POR LA DIFICULTAD PARA DESPLAZARSE HASTA ALLI; LA SITUACION ECONOMICA ES COMPLICADA PORQUE VIVE UNICAMENTE CON SU CUIDADORA, LA CUAL EVENTUALMENTE PUEDE TRABAJAR PARA LOGRAR ADQUIRIR ALGUNOS ALIMENTOS BASICOS, DE MANERA QUE SU NUTRICION NO ES MUY BUENA. LA SUMATORIA DE ESTOS FACTORES FISICOS, ECONOMICOS Y CULTURALES AFECTAN CLARAMENTE SU SALUD Y CALIDAD DE VIDA.

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 NO TOMA MEDICAMENTOS PARA NADA
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI, YO LO CUIDO Y TRABAJO TAMBIEN A VECES PARA PODER SOSTENERNOS
Su familiar ¿requiere ayuda para movilizarse o realizar acciones de autocuidado?	NO, EL SE MUEVE Y HACE TODO SOLO
¿Cuál es la condición de salud que tiene su familiar que requiere apoyo?	YA ESTA VIEJO Y ENFERMO, NO PUEDE TRABAJAR
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	YO ESTOY TODO EL TIEMPO CON EL ACA
¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	HACE COMO 3 AÑOS QUE ESTA SIN TRABAJO QUE YO ESTOY CUIDANDOLO

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**	

Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	NO TENEMOS MAS FAMILIA ACA, A VECES VIENE UNA NIETA Y YA
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	NO VOY MUY SEGUIDO, ES DIFICIL SALIR DE ACA
¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	TENGO ARTRITIS Y ME DUELEN MUCHO LOS HUESOS
¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	NO ME HAN DICHO NADA DE ESO
¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	SI ME SIENTO CANSADA, ME DUELEN LAS RODILLAS, LA ESPALDA Y LAS MANOS MUCHO
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	NO, HACE MUCHO TIEMPO QUE SIENTO ESOS DOLORES

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

MARIA OLIVA ES LA UNICA CUIDADORA DE JUAN JOSE Y SU ESTADO DE SALUD ACTUAL, YA DETERIORADO POR LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS, LIMITAN DE MANERA IMPORTANTE SU CAPACIDAD PARA PROVEER Y SUPLIR LAS NECESIDADES BASICAS DE LOS DOS; DE ESTA MANERA, SE VE INMERSA EN DIFICULTADES ECONOMICAS, ALIMENTARIAS Y CONTEXTUALES QUE AFECTAN SU SALUD Y SU CALIDAD DE VIDA.

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 ESTA RELACIONADA CON PERDIDA DE LA MEMORIA Y PERDIDA DE FUNCIONALIDAD
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	SON IMPORTANTES POR SU SABIDURIA Y LA CONSERVACION DE SU ARTE
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)	VAMOS AL MEDICO TRADICIONAL PARA HACER REMEDIOS CON PLANTAS

CONCLUSIÓN GENERAL:

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**	

Importancia del rol familiar en el bienestar de la persona mayor: El rol de María Oliva para el bienestar de Juan José resulta fundamental, ya que ella es la única cuidadora. María Oliva, su esposa está al tanto de su bienestar.
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 reconoce a una nieta como recurso, ya que eventualmente apoya a María Oliva con las labores del cuidado. Por su parte, también se reconocen algunos vecinos como red de apoyo para la familia.

¿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
PROFESIONAL EN PSICOLOGIA
294795

MANUELA MURILLO LONDOÑO
1057759923

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**	

FISIOTERAPEUTA
1057759923

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES
24528207
AGENTE COMUNITARIO