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 GONZALEZ BAQUIAZA					**FECHA DE INTERVENCIÓN: 14/07/2025**
TIPO DE DOCUMENTO	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:75158628**			
EDAD: 55 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3217254304**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL _X__
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR CELINA DEIGRAMA LAMUNDIA			**PARENTESCO: ESPOSA**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 24529266**		
EDAD: 54 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 7254304**

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 Y YA
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	NINGUNO, SIEMPRE SE HACE LO MISMO
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	SI, YO CUENTO COMO ME SIENTO

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**	

¿Siente que su familia apoya las cosas que le gustan?	SI, MI ESPOSA SIEMPRE ME APOYA
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?	DE VEZ EN CUANDO SE ME OLVIDAN COSAS
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día?	NO, YO TODO LO PUEDO HACER SOLO
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	CON ALGUNOS VECINOS
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	NOS PONEMOS A CONVERSAR UN RATO
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	SI, YO LES CUENTO O ELLOS ME PREGUNTAN QUE ME PASA
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	LA VERDAD NUNCA HE ESCUCHADO SOBRE PROGRAMAS
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	NO, PORQUE SIENTO DOLOR EN EL CUERPO
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	SI, MANTENGO MÁS CANSADO
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	SI, ESTOY MÁS MALGENIADO
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	ESTOY COMIENDO NORMAL, COMO SIEMPRE
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	SI, EL DOLOR ME DESPIERTA
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 SÉ
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	SI, CLARO, YO ME SIENTO IMPORTANTE
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	A VECES HAY SOLUCIONES, HAY OTRAS QUE NO
¿Se siente triste la mayor parte del día?	ALGUNAS VECES, NO SIEMPRE

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 MANIFIESTA ESTADO DE ÁNIMO EUTÍMICO. REFIERE DIFICULTADES PARA DORMIR Y PRESENTA OLVIDOS OCASIONALES. MANIFIESTA SENTIR DOLOR CORPORAL, LO QUE LE GENERA AGOTAMIENTO; SIN EMBARGO, INDICA QUE CUMPLE CON SUS OBLIGACIONES DIARIAS CON NORMALIDAD. EL ENTREVISTADO ES EL ÚNICO RESPONSABLE DEL SOSTENIMIENTO ECONÓMICO DEL HOGAR. EXPRESA QUE, AUNQUE TRABAJA, EL DINERO NO ES SUFICIENTE PARA CUBRIR TODAS LAS NECESIDADES, LO QUE LE GENERA PREOCUPACIÓN Y UNA PERCEPCIÓN DE BAJA CALIDAD DE VIDA. TIBERIO RECONOCE UN GRAN APOYO EN SU ESPOSA, QUIEN ES SU CUIDADORA PRINCIPAL, Y MANIFIESTA MANTENER UNA BUENA RELACIÓN CON ELLA.

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?	3
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 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?	3
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	3
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	3
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su	1

	familiar?	
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?	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?	1
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?	4
TOTAL:		45

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 OBTENIDA FUE DE 45, LO QUE UBICA A CELINA EN AUSENCIA DE SOBRECARGA. DURANTE LA ENTREVISTA, SE MOSTRÓ CON UN ESTADO DE ÁNIMO EUTÍMICO; SIN EMBARGO, REFIERE SENTIRSE FATIGADA DEBIDO A LA LABOR CONTINUA DE CUIDADO HACIA SU ESPOSO, QUIEN PRESENTA DOLOR CORPORAL. ESTA SITUACIÓN HA REPERCUTIDO EN SU ESTADO FÍSICO, MANIFESTANDO SÍNTOMAS DE MALESTAR CORPORAL Y UNA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE DETERIORO EN SU ESTADO DE SALUD. TAMBIÉN, EXPRESA PREOCUPACIÓN FRENTE A LA SITUACIÓN ECONÓMICA DEL HOGAR, DADO QUE LOS INGRESOS ACTUALES RESULTAN INSUFICIENTES PARA CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. EN ESTE CONTEXTO, LA ENTREVISTADA REPORTA UNA PERCEPCIÓN DISMINUIDA DE SU BIENESTAR GENERAL. A PESAR DE ELLO, IDENTIFICA UNA RED DE APOYO SIGNIFICATIVA EN SUS VECINAS, QUIENES LE BRINDAN ACOMPAÑAMIENTO. RELACIONES FAMILIARES: SEÑALA MANTENER UNA BUENA RELACIÓN CON SU ESPOSO, LO QUE FACILITA SU ROL COMO CUIDADORA.

ESCALAS DIRIGIDAS A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Sufre alguna enfermedad como Diabetes, hipertensión u otro	NO NADA DE ESO, SOLO ME DUELE LA ESPALDA Y LA CADERA HACE VARIOS AÑOS
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	NO SE NADA
¿Cómo considera que es su estado de salud?	ME SIENTO REGULAR, ESE DOLOR A VECES ME DA MUY FUERTE Y NO PUEDO TRABAJAR
¿Sabe usted que son hábitos saludables? Puede indicar algunos	NO SE QUE SON
¿Usted fuma o consume alcohol?	NO TOMO NI FUMO

¿Cuáles son los alimentos que consume regularmente?	COMEMOS ARROZ, CALDOS, HUEVO
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	NO SE QUE PUEDO HACER
¿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 VOY AL MEDICO

Conclusión de la escala aplicada:
TIBERIO PRESENTA UN ESTADO DE SALUD FRÁGIL, CARACTERIZADO POR DOLOR CRÓNICO NO DIAGNOSTICADO EN ESPALDA Y CADERA, QUE LIMITA SU MOVILIDAD Y CAPACIDAD LABORAL. SU DESCONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS SALUDABLES Y LA AUSENCIA DE CONTROLES MÉDICOS REFLEJAN UNA BARRERA CRÍTICA EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD, AGRAVADA POR SU PERCEPCIÓN CULTURAL DE LA VEJEZ COMO UNA ETAPA DE DEPENDENCIA. ADICIONAL A ESTO, CUENTA UNICAMENTE CON EL APOYO DE SU ESPOSA, QUE ES QUIEN TRABAJA EVENTUALMENTE, PARA BUSCAR EL SUSTENTO DE LAS NECESIDADES BASICAS COMO LA ALIMENTACION, LO CUAL LO LLEVA A UN ESTADO NUTRICIONAL BAJO.

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. A VECES PASTAS PARA EL DOLOR
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI, YO SOY LA QUE ESTA CON EL SIEMPRE
Su familiar ¿requiere ayuda para movilizarse o realizar acciones de autocuidado?	NO, EL SE MUEVE SOLO Y HACE SUS COSAS
¿Cuál es la condición de salud que tiene su familiar que requiere apoyo?	YA ESTA VIEJO Y NO PUEDE TRABAJAR MUCHO
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	YO ESTOY CON EL ACA EN LA CASA SIEMPRE
¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	HACE COMO 6 AÑOS QUE EMPEZO MUY ENFERMO
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	A VECES MI HIJA NOS DA LA MANO
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	YO NO VOY AL MEDICO
¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	NO, NO SUFRO DE NADA

¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	NO ME HAN DICHO NADA
¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	SI, A VECES ME DUELEN LAS MANOS
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	NO, HACE MUCHO TIEMPO TENGO EL DOLOR

Conclusiones según las respuestas del cuidador:
CELINA ENFRENTA UNA CARGA DE CUIDADO MODERADA, CON SÍNTOMAS DE ESTRÉS Y CANSANCIO FÍSICO (DOLOR EN MANOS), PERO SIN LLEGAR AÚN A UNA SOBRECARGA INTENSA. SU DEDICACIÓN EXCLUSIVA AL CUIDADO DE TIBERIO Y LA FALTA DE REDES FORMALES DE APOYO INCREMENTAN SU RIESGO DE DESARROLLAR SÍNDROME DEL CUIDADOR. AUNQUE SE SIENTE CAPACITADA, DESCONOCE ESTRATEGIAS PARA MANEJAR SU PROPIO BIENESTAR Y NO ACCEDE A SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS, ESTO SUMADO A LAS DIFICULTADES ECONÓMICAS Y NUTRICIONALES, AFECTAN DIRECTAMENTE SU SALUD Y 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?	EN LA VEJEZ SE ESTA CANSADO, ENFERMO, ESPERANDO LO QUE OTROS HAGAN POR UNO Y YA NO SIRVE UNO TANTO PARA TRABAJAR
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	SI SON IMPORTANTES, PORQUE LLEGAN LAS AYUDAS ECONOMICAS DEL GOBIERNO
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)	HACEMOS BEBIDAS DE RUDA, HARAPACA

CONCLUSIÓN GENERAL:

Importancia del rol familiar en el bienestar de la persona mayor: Celina, esposa de Tiberio, tiene un rol fundamental en el cuidado de su esposa, ya que es la única cuidadora frente a las necesidades de Tiberio. Ambos representan un apoyo para el otro, lo que se manifiesta en una buena relación.
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.

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**	

Identificación de recursos familiares, vecinos y comunitarios: Se reconocen los vecinos como red de apoyo ante las problemáticas que emergen.

¿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

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**	

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES
24528207
AGENTE COMUNITARIO