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: ANA ROSA OGARI GONZALEZ					**FECHA DE INTERVENCIÓN: 14/ 07/ 2025**
TIPO DE DOCUMENTO	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 29466739**			
EDAD: 84 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3217254304**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL _X__
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR: RUBIELA OGARI			**PARENTESCO: SOBRINA**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:24529033**		
EDAD: 57 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 SOBRINA Y UNA HIJA DE MI SOBRINA
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	NO, NO SUELO HACER MUCHAS ACTIVIDADES POR FUERA
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	SI, YO DIGO QUE ME SIENTO TRISTE POR LA SITUACIÓN ECONÓMICA
¿Siente que su familia apoya las cosas que le gustan?	NO, NO HAGO COSAS QUE ME GUSTEN

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**	

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 ALGUNAS COSAS Y SE ME OLVIDA COSAS QUE HABLO
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día?	HAGO MIS COSAS SOLA
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	NO, SOLO CUENTO CON MI SOBRINA
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	NINGUNA, SIEMPRE ESTOY EN LA CASA
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	SI, MI SOBRINA ME ACOMPAÑA CUANDO ESTOY ABURRIDA O AMARGADA
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	NO HAY GRUPOS EN EL MICROTERRITORIO
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	SI, YO DUERMO TODA LA NOCHE Y DESCANSO
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	ÚLTIMAMENTE ME SIENTO MÁS CANSADA, DESANIMADA
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	NO, ESTOY NORMAL, TRANQUILA
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	COMO LO QUE HAYA, SI HAY POQUITO COMO POQUITO
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	NO, DUERMO TODA LA NOCHE
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, YO TAMBIEN HAGO COSAS SOLA
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	SI, PORQUE YO PUEDO HACER VARIAS COSAS
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	SI, LOS PROBLEMAS SON DIFÍCILES DE SOLUCIONAR
¿Se siente triste la mayor parte del día?	NO, ME SIENTO NORMAL, COMO TRANQUILA

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:
ENTREVISTADA DE 84 AÑOS, MUESTRA ACTITUD COLABORADORA, ESTADO DE ÁNIMO EUTÍMICO, REFIERE FALLAS LEVES EN LA EVOCACIÓN DE CIERTOS RECUERDOS RECIENTES; SIN EMBARGO, NO AFECTA SU FUNCIONALIDAD. REFIERE PATRÓN DE SUEÑO ADECUADO, SIN DIFICULTADES PARA CONCILIAR O MANTENER EL MISMO. ANA ROSA VIVE CON SU ESPOSO DE EDAD AVANZADA; ESTOS ESTÁN AL CUIDADO DE RUBIELA, UNA SOBRINA. ANA ROSA DICE ESTAR PREOCUPADA POR LA SITUACIÓN ECONÓMICA DE SU HOGAR, YA QUE ESTOS DEPENDEN DE LO QUE SU CUIDADORA LOGRE PROVEERLES. LO ANTERIOR, SUMADO A DIFERENTES DOLENCIAS CORPORALES, NO LE PERMITE DESARROLLAR SU VEJEZ CON BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA. RELACIONES FAMILIARES: MANIFIESTA TENER UNA BUENA RELACIÓN CON SU ESPOSO Y SU NIETA. NO SE IDENTIFICARON REDES DE APOYO EXTENSAS.

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?	3
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	4
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	1
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?	4
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?	1
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?	3
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	3
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:		42

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 CORRESPONDE A 42, LO QUE UBICA A RUBIELA EN AUSENCIA DE SOBRECARGA. RUBIELA ES LA ÚNICA CUIDADORA DE ANA ROSA Y SU ESPOSO. ESTA MENCIONA SENTIRSE PREOCUPADA POR LA SITUACIÓN ECONÓMICA DE LA FAMILIA; RUBIELA DEBE PROVEER ECONÓMICAMENTE NO SOLO A SU FAMILIA, TAMBIÉN A SU TÍA ANA ROSA Y SU ESPOSO. LO ANTERIOR GENERA EN LA CUIDADORA ESTRÉS Y CANSANCIO, ADEMÁS DE UNA PROFUNDA PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO DE SUS FAMILIARES. RUBIELA REFIERE BAJA CALIDAD DE VIDA, LO QUE AFECTA SU BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO.
RELACIONES FAMILIARES: REFIERE BUENA RELACIÓN CON ANA ROSA Y SU ESPOSO.

ESCALAS DIRIGIDAS A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Sufre alguna enfermedad como Diabetes, hipertensión u otro	NO, SOLO ME DUELE EL PECHO, SIENTO QUE ME AHOGO Y ME DUELEN LAS PIERNAS
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	NO SE MUCHO, SOLO TOMO MEDICAMENTOS SI TENGO PARA EL DOLOR
¿Cómo considera que es su estado de salud?	ME SIENTO ENFERMA, A VECES ES DIFICIL CAMINAR PORQUE SIENTO DOLOR
¿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?	COMO ARROZ, CARNE, HUEVO, PAPA, PLATANO. SOPAS, PASTAS

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**	

¿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?	SI, TOMO MEDICAMENTOS CUANDO TENGO PARA EL DOLOR
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	SI, YO VOY AL MEDICO CUANDO PUEDO

Conclusión de la escala aplicada:
ANA ROSA PRESENTA UN ESTADO DE SALUD FRÁGIL, CON SÍNTOMAS COMO DOLOR EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR Y DOLOR EN LAS PIERNAS, LO QUE SUGIERE POSIBLES PROBLEMAS CARDIOVASCULARES O MUSCULOESQUELÉTICOS. AUNQUE NO TIENE DIAGNÓSTICOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS COMO DIABETES O HIPERTENSIÓN, SU FALTA DE CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS SALUDABLES Y SUS ESCASOS RECURSOS PARA ADQUIRIR ALIMENTOS DE CALIDAD, LA LLEVAN A UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN CARBOHIDRATOS, LO CUAL PODRÍA AUMENTAR EL RIESGO DE DESARROLLAR ESTAS CONDICIONES CRONICAS

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?	SI, CUANDO TIENE MEDICAMENTOS YO LE RECUERDO QUE DEBE TOMARSELOS
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI, YO ME SIENTO CAPAZ DE ESTAR CON ELLA
Su familiar ¿requiere ayuda para movilizarse o realizar acciones de autocuidado?	NO, ELLA HACE TODO SOLA, CON DIFICULTAD PERO LO HACE
¿Cuál es la condición de salud que tiene su familiar que requiere apoyo?	TIENE UNA LIMITACION PARA MOVERSE PORQUE LE DUELEN MUCHO LOS PIES
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	ESTOY POR RATOS ACA CON ELLA, CUANDO NO ESTOY TRABAJANDO SIEMPRE ESTOY PENDIENTE
¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	HACE 2 AÑOS MAS O MENOS QUE SE FUERON SUS HIJOS
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	NO ME SIENTO CANSADA, PERO SOY LA UNICA QUE PUEDE ESTAR PENDIENTE DE ELLA
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	SI, VOY AL MEDICO SI PUEDO CADA MES
¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	NINGUNO, NO TENGO ENFERMEDADES
¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	SI, HAGO TODO LO QUE EL MEDICO ME DICE

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**	

¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	SI TENGO NORMALMENTE DOLOR EN LAS PIERNAS
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	NO, LO QUE SIENTO ES POR MI TRABAJO

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

RUBIELA ASUME EL ROL DE CUIDADORA PRINCIPAL DESDE HACE DOS AÑOS, CON DEDICACIÓN EXCLUSIVA A ANA ROSA. AUNQUE AFIRMA SENTIRSE CAPAZ, SE EVIDENCIA UNA CARGA LEVE, CON PREOCUPACIONES ESPECÍFICAS COMO LA DEPENDENCIA ECONÓMICA Y LA PERCEPCIÓN DE QUE ANA ROSA DEPENDE DE ELLA. ADEMÁS, PRESENTA DOLOR EN LAS PIERNAS, POSIBLEMENTE ASOCIADO AL ESTRÉS FÍSICO DEL CUIDADO Y SU TRABAJO.

SU RED DE APOYO ES LIMITADA, YA QUE ES LA ÚNICA CUIDADORA DISPONIBLE. AUNQUE NO REPORTA ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS, EL CANSANCIO FÍSICO Y LA FALTA DE RESPIRO PODRÍAN AFECTAR SU SALUD A LARGO PLAZO.

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 EL PASO NATURAL DEL TIEMPO, TODOS LLEGAMOS ALLA; LO TRISTE ES VER COMO NOS VAMOS ENFERMANDO
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	ES IMPORTANTE, ELLOS TIENEN CONOCIMIENTO QUE NOS PUEDEN ENSEÑAR
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)	UTILIZAMOS BEBIDAS O BAÑOS DE ANAMU, ANISILLO(PLANTAS MEDICINALES) PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR.

CONCLUSIÓN GENERAL:

Importancia del rol familiar en el bienestar de la persona mayor: Rubiela, la sobrina de Ana rosa, cumple un rol fundamental como cuidadora, está se encuentra al tanto de suplir las necesidades de sus familiares.
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: No se identificaron 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

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