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: LETICIA SUCRE MORALES					**FECHA DE INTERVENCIÓN: 14/07/2025**
TIPO DE DOCUMENTO	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 24528215**			
EDAD: 58 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3146376993**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL _X__
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR: FERNANDA GONZALEZ			**PARENTESCO: HIJA**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO:1007737705**		
EDAD:25 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3146376993**				

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 HIJA
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	NINGUNA, CASI SIEMPRE ESTOY EN LA CASA
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	SI, LE CUENTO A MI HIJA, ELLA ME APOYA
¿Siente que su familia apoya las cosas que le	NO, YO CASI NO HAGO COSAS QUE ME GUSTAN,

gustan?	HAGO LAS COSAS DE TODOS LOS DÍAS
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, EN OCASIONES SE ME OLVIDAN UNAS COSAS, PERO NO MUCHO
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día?	SI, A MI ME CUESTA MUCHO ANDAR, PERO YO TRATO DE HACER MIS COSAS
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	NO, SIEMPRE ESTOY CON MI FAMILIA
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	NINGUNA, SIEMPRE ESTOY ACA
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	NO, SOLO MI HIJA ME AYUDA
¿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?	NO, DUERMO PERO ME SIENTO CANSADA
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	SI, ME CUESTA MUCHO MOVERME ESO ME CANSA MUCHO
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	NO, LO NORMAL, SIEMPRE HE SIDO TRANQUILA
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	SI, CASI NO ME DAN GANAS DE COMER
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	SI, YO ME DESPIERTO MUCHO CUANDO ESTOY DORMIDA
Sufre de alguna enfermedad asociada a la salud mental (¿Depresión, Ansiedad, Alzheimer?	NADA CONFIRMADO
ESTADO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Has llegado a sentir que es una carga para los demás?	SI, PORQUE NECESITO QUE ESTEN MUY PENDIENTES DE MI
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	A VECES ME SIENTO IMPORTANTE, OTRAS NO
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	SI, MUCHOS PROBLEMAS SON DIFÍCILES
¿Se siente triste la mayor parte del día?	EN OCASIONES SI ME SIENTO TRISTE

Conclusión de la escala aplicada:

LETICIA MUESTRA ACTITUD COLABORADORA FRENTE A LA ENTREVISTA. MANIFIESTA ESTADO DE ÁNIMO TRISTE, DIFICULTADES PARA CONCILIAR Y MANTENER EL SUEÑO. TAMBIÉN REFIERE TENER OLVIDOS OCASIONALES; SIN EMBARGO, NO AFECTAN SU DÍA A DÍA. LETICIA LOGRA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL DIARIO VIVIR CON MUCHA DIFICULTAD. DICE EXPERIMENTAR UN DOLOR GENERALIZADO EN LAS PIERNAS. SE SIENTE CANSADA Y PREOCUPADA CON RESPECTO A SU FUTURO Y EL DE SU FAMILIA. LETICIA COMENTA ASISTIR A LOS SERVICIOS DE SALUD; SIN EMBARGO, AÚN NO SE ENCUENTRA CAUSA APARENTE DE SU MALESTAR.
ACTUALMENTE SE ENCUENTRA BAJO EL CUIDADO DE SU HIJA.
DEBIDO AL DOLOR EN SUS PIERNAS Y LAS DIFICULTADES ECONÓMICAS QUE ATRAVIESA SU FAMILIA, LETICIA PERCIBE UNA BAJA CALIDAD DE VIDA, LLEGANDO A AFECTAR SU SALUD MENTAL. RELACIONES FAMILIARES: MENCIONA BUENA RELACIÓN CON SU HIJA, SUS HERMANAS Y SOBRINAS. NO SE IDENTIFICAN RECURSOS A NIVEL COMUNITARIO.

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?	3
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	2
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	3

	amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	4
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	3
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?	3
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?	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?	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?	3
TOTAL:		48

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 APLICACIÓN DE LA ESCALA ZARIT ARROJÓ UNA PUNTUACIÓN DE 48, LO QUE INDICA PRESENCIA DE SOBRECARGA LIGERA. FERNANDA SE DESEMPEÑA COMO CUIDADORA PRINCIPAL DE SU MADRE, LETICIA. DURANTE LA ENTREVISTA, EXPRESA SENTIRSE CANSADA, ESTRESADA Y EMOCIONALMENTE AGOTADA FRENTE A LAS DEMANDAS PROPIAS DEL ROL DE CUIDADO. MANIFIESTA ADEMÁS PREOCUPACIÓN POR LA SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR, YA QUE LOS RECURSOS CON LOS QUE CUENTAN RESULTAN INSUFICIENTES PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DEL HOGAR. A ESTO SE SUMA SU ROL ACTIVO EN EL CUIDADO DE SU HIJO, LO QUE INCREMENTA SU NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y DESGASTE. EN ESTE CONTEXTO, FERNANDA REFIERE UNA PERCEPCIÓN DE BAJA CALIDAD DE VIDA, LA CUAL SE VE REFLEJADA EN AFECTACIONES TANTO FÍSICAS COMO MENTALES. RELACIONES FAMILIARES: FERNANDA DICE TENER UNA BUENA RELACIÓN CON SU MADRE, SUS TÍAS Y PRIMAS.

ESCALAS DIRIGIDAS A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	RESPUESTAS

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**	

Sufre alguna enfermedad como Diabetes, hipertensión u otro	NO TENGO NADA POR AHORA
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	NO, HACE MUCHO TIEMPO ME SIENTO MAL, ME DUELEN LAS PIERNAS, PERO NO SE POR QUÉ
¿Cómo considera que es su estado de salud?	ME SIENTO MAL, CON DESALIENTO, ME DUELEN LAS PIERNAS
¿Sabe usted que son hábitos saludables? Puede indicar algunos	NO SE QUE SON
¿Usted fuma o consume alcohol?	NO FUMO, NO TOMO
¿Cuáles son los alimentos que consume regularmente?	CUANDO ME DA HAMBRE COMO ARROZ, SOPA, PAPA, PLATANO
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	NO SE QUE COSAS PUEDO MEJORAR
¿Consume los medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	SI, CUANDO TENGO MEDICAMENTOS ME LOS TOMO
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	SI, VOY AL MEDICO SIEMPRE QUE PUEDO

Conclusión de la escala aplicada:

LETICIA PRESENTA UN ESTADO DE SALUD FRÁGIL CON SÍNTOMAS COMO DOLOR EN LAS PIERNAS, HINCHAZÓN Y FATIGA CONSTANTE, QUE COMO MANIFIESTA, NO HA SIDO POSIBLE ENCONTRAR UN DIAGNOSTICO O CAUSA PROBABLE, SIN EMBARGO, ESTO AFECTA SU FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA. AUNQUE NO TIENE ENFERMEDADES CRÓNICAS CONFIRMADAS, SU DESCONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS SALUDABLES Y LA FALTA DE CONTROLES MÉDICOS REGULARES PODRÍAN AGRAVAR SU CONDICIÓN. SU DIETA ES LIMITADA (ARROZ, SOPA, PAPA, PLÁTANO), LO QUE INDICA POSIBLES DEFICIENCIAS NUTRICIONALES. SU RED DE APOYO ES REDUCIDA, DEPENDIENDO CASI EXCLUSIVAMENTE DE SU HIJA FERNANDA, Y NO PARTICIPA EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS O SOCIALES, LO CUAL SUMADO A LOS FACTORES CONTEXTUALES Y CULTURALES QUE LA RODEAN, LIMITA SUS OPORTUNIDADES DE SOCIALIZACIÓN Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

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, YO LE DOY LOS MEDICAMENTOS CUANDO LOS TIENE
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI CLARO, YO ESTOY SIEMPRE PENDIENTE DE ELLA, ME SIENTO BIEN PARA CUIDARLE
Su familiar ¿requiere ayuda para movilizarse o realizar acciones de autocuidado?	NO, ELLA CAMINA SOLA, SE BAÑA SOLA, COME SOLA

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**	

¿Cuál es la condición de salud que tiene su familiar que requiere apoyo?	ELLA LLEVA VARIOS AÑOS MUY ENFERMA, PERO TODOS LOS EXAMANES LE SALEN BIEN. SE SIENTE MAL, SIN ALIENTOS, CON LOS PIES HINCHADOS
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	TODO EL TIEMPO ESTOY YO CON ELLA EN LA CASA
¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	HACE CASI 4 AÑOS ESTOY CUIDANDOLA
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	SI A VECES MIS HERMANAS ME COLABORAN Y OTRA FAMILIA
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	YO SI VOY AL MEDICO
¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	NO, NO ESTOY ENFERMA DE NADA
¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	CUANDO ESTOY ENFERMA SI
¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	NO, ME SIENTO NORMAL. NO TENGO DOLOR DE NADA
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	NO, YO ME SIENTO NORMAL

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

FERNANDA EN ESTE MOMENTO ES LA CUIDADORA PRINCIPAL DE SU MADRE, YA QUE SUS HERMANAS SON QUIENES INTENTAN CONSEGUIR EL SUSTENTO PARA TODOS, LO QUE GENERA UNA CARGA CON PREOCUPACIONES ESPECÍFICAS COMO LA DEPENDENCIA ECONÓMICA, EL TEMOR POR EL FUTURO DE SU MADRE Y LA FALTA DE TIEMPO PARA SÍ MISMA. AUNQUE AFIRMA SENTIRSE CAPACITADA PARA CUIDAR A LETICIA, SU DEDICACIÓN EXCLUSIVA Y LA AUSENCIA DE APOYO CONTINUO DE OTROS FAMILIARES PODRÍAN AFECTAR SU SALUD FÍSICA Y EMOCIONAL A LARGO PLAZO.

A PESAR DE NO REPORTAR ENFERMEDADES ACTUALES, EL ESTRÉS CRÓNICO ASOCIADO AL CUIDADO PODRÍA MANIFESTARSE POSTERIORMENTE. SU ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ES LIMITADO, Y AUNQUE RECIBE AYUDA OCASIONAL DE HERMANAS, NO CUENTA CON RESPALDO INSTITUCIONAL O COMUNITARIO. SU SITUACIÓN ECONÓMICA PRECARIA, AGRAVA LA PRESIÓN SOBRE SU ROL COMO CUIDADORA.

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 CUANDO EL TIEMPO PASA, NOS VOLVEMOS VIEJOS Y ENFERMOS.

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**	

¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	SON IMPORTANTES PORQUE SON SABIOS, TRASMITEN CONOCIMIENTOS ENTRE GENERACIONES
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 BAÑOS Y BEBIDAS CON ARAHUACA, PRONTO ALIVIO, ACETAMINOFÉN (PLANTAS MEDICINALES)

CONCLUSION GENERAL:
Importancia del rol familiar en el bienestar de la persona mayor: Fernanda desempeña un papel fundamental como cuidadora principal de su madre, Leticia. su presencia y acompañamiento cotidiano no sólo garantizan la atención de las necesidades básicas de la persona mayor, sino que también representan un sostén emocional
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: Su hija, hermanas y sobrinas se identifican como recursos familiares. 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

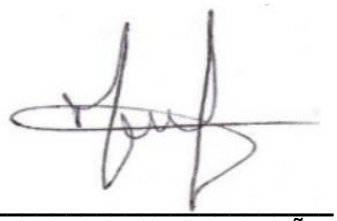
Nombre: N/A
Numero de documento: N/A

Área o ruta a la que se canalizó: N/A

Isabella Naranjo López

ISABELLA NARANJO LÓPEZ
1002592858
PSICÓLOGA
294795

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**	



MANUELA MURILLO LONDOÑO
1057759923
FISIOTERAPEUTA
1057759923

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES
24528207
AGENTE COMUNITARIO