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: SINFORIANO GONZALEZ MARIN				**FECHA DE INTERVENCIÓN:** **14/07/2025**	
TIPO DE DOCUMENTO	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 4349894**			
EDAD: 78 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3217254304**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL _X__
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR CONSUELO GONZALEZ TRUJILLO			**PARENTESCO:**HIJA		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 24529624**		
EDAD: 43 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, UNA HIJA Y YA
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	NINGUNA, SIEMPRE ESTOY ACA EN MI CASA
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	NO, NO LE CUENTO A NADIE COMO ME SIENTO

¿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?	EN OCASIONES SE ME OLVIDAN ALGUNAS COSAS, NO MUCHAS
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día?	NO, YO PUEDO HACER TODO SÓLO
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	NO, SIEMPRE ESTOY ACÁ CON MI HIJA
¿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 ME PREGUNTAN, PERO YO NO DIGO NADA, PREFIERO QUEDARME CALLADO
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	POR ACÁ NO CONOZCO NINGÚN GRUPO DE ESOS
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	ME CUESTA DORMIR, SOLO DUERMO 3 O 4 HORAS EN EL DIA
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	SI, A VECES ME SIENTO CANSADO DE ESTAR QUIETO
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	NO, NO SOY MALGENIADO
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	COMO NORMAL, LO QUE HAYA, SI NO HAY, NO COMO
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	SI, ME DESPIERTO CONSTANTEMENTE Y DUERMO POQUITO
Sufre de alguna enfermedad asociada a la salud mental (¿Depresión, Ansiedad, Alzheimer?	NO, HASTA DONDE YO SÉ
ESTADO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Has llegado a sentir que es una carga para los demás?	SI, PIENSO MUCHO EN ESO CUANDO NO DUERMO
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	NO ME SIENTO IMPORTANTE
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	NO SÉ, TAL VEZ SI ME AYUDAN ALGUNO SE RESUELVA
¿Se siente triste la mayor parte del día?	SI, MANTENGO TRISTE Y PENSANDO EN COMO COMPRAR MERCADO PARA COMER

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:

SINFORIANO MANIFIESTA UN ESTADO DE ÁNIMO TRISTE, DIFICULTADES PARA CONCILIAR EL SUEÑO Y UNA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE SÍ MISMO RELACIONADA CON SU FALTA DE CONTRIBUCIÓN ECONÓMICA AL HOGAR. EXPRESA SENTIMIENTOS DE CULPA Y DE CARGA HACIA SU HIJA, QUIEN ES SU ÚNICO APOYO TANTO EN SU CUIDADO, COMO EN LO ECONÓMICO. LO ANTERIOR INCIDE EN UNA LIMITADA EXPRESIÓN EMOCIONAL, YA QUE PREFIERE NO MANIFESTAR SU TRISTEZA PARA NO PREOCUPARLA. A NIVEL SOCIAL, SINFORIANO REFIERA NO SALIR DE CASA NI PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE OCIO, LO CUAL CONTRIBUYE A SU AISLAMIENTO Y AGRAVA SU ESTADO EMOCIONAL. LA PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD, ASOCIADA A LA IMPOSIBILIDAD DE TRABAJAR Y SENTIRSE ÚTIL, REPRESENTA UNA FUENTE CONSTANTE DE MALESTAR Y FRUSTRACIÓN PARA ÉL. EN RELACIÓN CON EL ÁREA FAMILIAR, VIVE ÚNICAMENTE CON SU HIJA, QUIEN ASUME LAS FUNCIONES DE CUIDADO Y SOSTÉN DEL HOGAR. MANIFIESTA UNA BUENA RELACIÓN CON ELLA. DADO LO ANTERIOR, LA PERCEPCIÓN DE BIENESTAR DE SINFORIANO SE ENCUENTRA COMPROMETIDA, TANTO EN LO EMOCIONAL COMO EN LO SOCIAL, CON EVIDENCIA DE UN ESTADO DE ÁNIMO TRISTE, SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD Y AISLAMIENTO.

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?	1
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?	2
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?	1
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	4
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?	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?	5
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?	1
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?	2
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?	2
TOTAL:		41

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:

AUNQUE CONSUELO PRESENTA UNA PUNTUACIÓN DE 41 EN ZARIT (SIN SOBRECARGA CLÍNICA), EXPRESA CANSANCIO FÍSICO Y EMOCIONAL TRAS AÑOS COMO ÚNICA CUIDADORA Y SOSTÉN ECONÓMICO DE SU PADRE. SU ESTADO EMOCIONAL REFLEJA AGOTAMIENTO, PREOCUPACIÓN Y UNA PERCEPCIÓN DISMINUIDA DE BIENESTAR. NO REPORTA REDES DE APOYO FAMILIAR, LO QUE AUMENTA SU SENSACIÓN DE CARGA Y SOLEDAD EN EL ROL DE CUIDADO.

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, NADA DE ESO. MANTENGO UN DOLOR EN EL BRAZO DERECHO(TIENE UNA AMPUTACION)
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	NO, SOLO ME DUELE. A VECES TOMO BEBIDAS PARA EL DOLOR PERO NADA DE MEDICAMENTOS
¿Cómo considera que es su estado de salud?	ME SIENTO REGULAR DE SALUD
¿Sabe usted que son hábitos saludables? Puede indicar algunos	NO SE LO QUE SON
¿Usted fuma o consume alcohol?	FUMO CIGARRILLO, 3 VECES EN EL DIA. HACE 28 AÑOS NO TOMO LICOR
¿Cuáles son los alimentos que consume regularmente?	COMEMOS ARROZ, SOPAS, LENTEJAS
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	NADA, NO SE QUE PUEDO MEJORAR
¿Consume los medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	NO TOMO MEDICAMENTOS PARA NADA
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	NO VOY DONDE EL MÉDICO, NO TENEMOS MANERA DE IR HASTA ALLA.

Conclusión de la escala aplicada:

SINFORIANO, PRESENTA UN ESTADO DE SALUD FRÁGIL CON MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL, AGRAVADOS POR SU CONDICIÓN DE VIDA EN UNA ZONA RURAL CON RECURSOS LIMITADOS. TIENE UN DOLOR CRÓNICO EN EL BRAZO AMPUTADO, MANEJADO CON REMEDIOS CASEROS SIN SUPERVISIÓN MÉDICA. HÁBITOS NOCIVOS COMO EL CONSUMO DEL CIGARRILLO Y ALIMENTACIÓN POCO VARIADA, LO QUE SUGIERE POSIBLES DEFICIENCIAS NUTRICIONALES. ADICIONAL A ESTO, NO RECIBE ATENCIÓN MÉDICA REGULAR DEBIDO A DIFICULTADES ECONÓMICAS Y GEOGRÁFICAS, DESCONOCE HÁBITOS SALUDABLES Y NO SIGUE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS. SE EVIDENCIA UNA SUMATORIA DE FACTORES QUE IMPACTAN NEGATIVAMENTE SU BIENESTAR.

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 TOMA NINGUN MEDICAMENTO
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI, YO SOY QUIEN ESTA SIEMPRE CON EL
Su familiar ¿requiere ayuda para movilizarse o realizar acciones de autocuidado?	NO,EL HACE TODO SOLO. SE BAÑA, SE VISTE, COME SOLO
¿Cuál es la condición de salud que tiene su familiar que requiere apoyo?	PERDIO UNA MANO HACE MUCHO TIEMPO Y TAMBIEN POR SU EDAD YA NO TRABAJA
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	TODO EL TIEMPO ESTOY CON EL, MIENTRAS ESTOY EN LA CASA

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**	

¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	SIEMPRE, YO SIEMPRE HE ESTADO CON EL. HACE MUCHO TIEMPO QUE PERDIO LA MANO Y YA NO PUEDE TRABAJAR MAS ENTONCES HA SIDO MAS DIFICIL
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	NO, MIS HERMANOS ESTAN LEJOS Y NO ME AYUDAN
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	SI, VOY A CONTROLES CUANDO ME DAN CITA O CUANDO ESTOY ENFERMA
¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	NINGUNO, NO SUFRO DE NADA
¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	SI, CUANDO ESTOY ENFERMA
¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	SI CLARO, SI ME SIENTO CANSADA. PERO NO SIENTO QUE ME DUELA NADA
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	NO. YO CREO QUE ES POR EL TRABAJO A VECES

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

CONSUELO QUE ES LA CUIDADORA PRINCIPAL DE SINFORIANO, ENFRENTA DESAFÍOS CRÍTICOS QUE PODRÍAN AFECTAR SU CAPACIDAD DE CUIDADO A LARGO PLAZO. AUNQUE NIEGA ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS, REPORTA CANSANCIO CONSTANTE, NO RECIBE APOYO DE OTROS FAMILIARES LO QUE AUMENTA SU SENSACIÓN DE SOLEDAD EN EL CUIDADO; SE VE INMERSA TAMBIÉN EN UN ESTADO NUTRICIONAL INSUFICIENTE, YA QUE SU SUSTENTO DEPENDE DE LO QUE ELLA PUEDA CONSEGUIR CON TRABAJO Y ÉSTE NO ES ESTABLE. ESTA ESCASEZ DE RECURSOS ECONÓMICOS, TAMBIÉN CONLLEVA A UN ACCESO LIMITADO A SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS Y ASI MISMO AL DETERIORO DE SU SALUD.

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 ALGO MALO, YA LLEGAN LAS ENFERMEDADES
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	ES ALGO NORMAL, ES PARA DONDE TODOS VAMOS
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)	USAMOS BEBIDAS DE LIMON CON HOJAS DE MATARATON PARA EL DOLOR

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**	

CONCLUSION GENERAL:

Importancia del rol familiar en el bienestar de la persona mayor: Consuelo, cumple el papel de única cuidadora de Sinforiano, esta es fundamental para su bienestar, emocional, físico y 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: Su hija es un recurso. 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

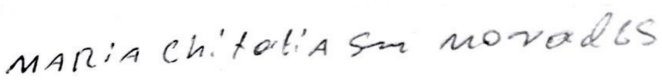
Isabella Naranjo López

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
24528207
AGENTE COMUNITARIO