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: BERTILDA DEGRAMA MORALES					**FECHA DE INTERVENCIÓN:** **14/07/2025**
TIPO DE DOCUMENTO	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 24791142**			
EDAD: 68 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO:3217254304**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL _X__
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR **IRANIA ARCILA SUCRE**			**PARENTESCO: NUERA**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC __X_	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 1057758046**		
EDAD: 33 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3217254304**				

PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	**PROFESIÓN**	**TELÉFONO DE CONTACTO**
ISABELLA NARANJO LOPEZ	**PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA**	**300 538 6421**
MANUELA MURILLO LONDOÑO	**PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA**	**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?	MIS DOS HIJOS Y MI NUERA
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	NO HAGO NADA MÁS QUE ESTAR EN CASA
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	SI LES CUENTO

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?	
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?	NO ME DISTRAIGO NI SE ME OLVIDAN LAS COSAS
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día?	YO HAGO TODO SOLA Y LE COLABORO A MI FAMILIA
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	NO HABLO CON NADIE MÁS
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	NO HAGO NADA MÁS
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	NO MUCHO, ELLOS AYUDAN DE VEZ EN CUANDO
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	NO, NO SÉ SE HAYA
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	NO DUERMO BIEN, ME DESPIERTO MUCHO EN LA NOCHE CUANDO TENGO DOLOR DE CABEZA
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	SI ME SIENTO CANSADA
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	NO HE TENIDO MALGENIO
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	CASI NO ME DAN GANAS DE COMER, ME SIENTO MALUCA
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	SI DUERMO POQUITO
Sufre de alguna enfermedad asociada a la salud mental (¿Depresión, Ansiedad, Alzheimer?	NO ME HAN DICHO
ESTADO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Has llegado a sentir que es una carga para los demás?	NO YO AYUDO EN MI CASA
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	SI ME SIENTO IMPORTANTE
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	NO CREO, NO HAY QUIEN AYUDE
¿Se siente triste la mayor parte del día?	SI ME SIENTO TRISTE PENSANDO EN MIS PADRES Y MI MARIDO QUE YA NO ESTÁN

Conclusión de la escala aplicada:

BERTILDA MANIFIESTA ESTADO DE ÁNIMO TRISTE ASOCIADO A LA PÉRDIDA DE SU ESPOSO Y PADRES. PRESENTA DIFICULTADES PARA EL DORMIR, FATIGA Y DISMINUCIÓN DEL APETITO. VIVE CON SUS DOS HIJOS, CON LOS QUE MANTIENE UNA BUENA RELACIÓN Y A QUIENES REFIERE CONTARLES SUS PROBLEMAS, RECIBIENDO APOYO EMOCIONAL PUNTUAL. REALIZA DE FORMA AUTÓNOMA LA MAYOR PARTE DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS Y COLABORA EN EL HOGAR. NO PARTICIPA EN REDES DE APOYO EXTERNAS NI ACTIVIDADES SOCIALES, LO QUE CONDICIONA UN AISLAMIENTO SOCIAL. SE OBSERVA BAJO NIVEL DE BIENESTAR EMOCIONAL Y LIMITADA RED DE APOYO.

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?	1
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?	4
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?	2
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?	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?	1
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?	2
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?	1
TOTAL:		43

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 POR IRANIA FUE DE 43, LO QUE INDICA AUSENCIA DE SOBRECARGA. IRANIA, DE 33 AÑOS, ES LA CUIDADORA PRINCIPAL DE SU SUEGRA, BERTILDA, YA QUE SU ESPOSO NO PUEDE APOYAR EN EL CUIDADO. AUNQUE SE MOSTRÓ TRANQUILA DURANTE LA ENTREVISTA, EXPRESA CANSANCIO Y PREOCUPACIÓN POR LA RESPONSABILIDAD QUE ASUME. MANTIENE UNA BUENA RELACIÓN CON BERTILDA, PERO LA FALTA DE APOYO FAMILIAR PODRÍA INCREMENTAR SU ESTRÉS CON EL TIEMPO. SU BIENESTAR EMOCIONAL SE ENCUENTRA LEVEMENTE COMPROMETIDO.

ESCALAS DIRIGIDAS A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Sufre alguna enfermedad como Diabetes, hipertensión u otro	NO, ME DIJERON QUE ESTOY BIEN.
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	SOLO SIENTO UN DOLOR DE CABEZA, UNA BORRACHERA Y ME CAIGO AL PISO, PERO NO SE QUE ES LO QUE ME PASA
¿Cómo considera que es su estado de salud?	ME SIENTO BIEN DE SALUD
¿Sabe usted que son hábitos saludables? Puede indicar algunos	NO SE QUE SON
¿Usted fuma o consume alcohol?	NO FUMO NI TOMO LICOR EN ESTE MOMENTO

¿Cuáles son los alimentos que consume regularmente?	COMO ARROZ, HUEVO, AREPAS
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	NADA
¿Consume los medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	SI CUANDO ME LOS MANDAN PARA EL DOLOR
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	SI VOY A CONTROLES, CUANDO ME ENFERMO

Conclusión de la escala aplicada:

BERTILDA ACTUALMENTE REFIERE UN ESTADO DE SALUD RELATIVAMENTE BUENO, SIN EMBARGO, TIENE ALGUNOS SÍNTOMAS COMO LOS MAREOS QUE INDICAN ALGUNA CONDICION NO DIAGNOSTICADA NI CONTROLADA. ADICIONAL A ESTO LAS CONDICIONES ALIMENTARIAS TAN ESCASAS, LA PREDISPONEN A DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y UN DETERIORO A CORTO PLAZO DE SU SALUD.

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?	ELLA SE LOS TOMA SOLA
¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI, ELLA TAMBIEN HACE COSAS POR SI SOLA
Su familiar ¿requiere ayuda para movilizarse o realizar acciones de autocuidado?	A VECES PARA ALGUNAS COSAS
¿Cuál es la condición de salud que tiene su familiar que requiere apoyo?	YA TIENE MUCHA EDAD Y SIEMPRE ESTA MUY SOLA
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	SIEMPRE QUE ESTOY ACA ESTOY PENDIENTE DE ELLA
¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	2 AÑOS QUE LLEVO VIVIENDO ACA
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	SI, LOS HIJOS TAMBIEN ESTAN PENDIENTES DE ELLA, SOLO QUE ELLOS TRABAJAN
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	VOY AL MEDICO CUANDO ME SIENTO ENFERMA
¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	NO TENGO NADA

¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	SI CUANDO ESTOY ENFERMA
¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	NO TENGO NADA
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	NO

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

IRANIA POR SU PARTE, SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD, NO MANIFIESTA MOLESTIAS FISICAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA PERSONA MAYOR, RESALTANDO QUE BERTILDA A PESAR DE ALGUNAS DIFICULTADES FISICAS ES INDEPENDIENTE PARA LA MAYORIA DE SUS ACTIVIDADES. SE DESTACA QUE IRANIA NO PRACTICA UNA CULTURA PREVENTIVA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD, QUE SUMADO A LAS CONDICIONES ALIMENTARIAS PRECARIAS PODRIAN REPRESENTAR UN RIESGO PARA 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?	SE ASOCIA CON CANSANCIO Y GANAS DE MORIR
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	ES IMPORTANTE PORQUE SON SABIOS Y AHORA SE ESTAN PERDIENDO
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)	NO UTILIZO NADA DE REMEDIOS PORQUE NO HAY ACA RAMAS Y NO SE QUE SE UTILIZA

CONCLUSION GENERAL:

Importancia del rol familiar en el bienestar de la persona mayor: Sus hijos y su nuera son fundamentales para el cuidado de Bertilda. Su nuera la acompaña y la cuida.
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: Sus hijos y su nuera son recursos que se identifican. No se reconocen recursos comunitarios.

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