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: FLORO MEJIA GONZALEZ				**FECHA DE INTERVENCIÓN:** **14/07/2025**	
TIPO DE DOCUMENTO	CC _X__	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 4383991**			
EDAD: 75 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3117406703**				
DIRECCION:	**RESGUARDO TOTUMAL**		**ZONA:**	URBANA ___	RURAL _X__
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA					
NOMBRE DEL CUIDADOR **LILIANA MEJIA SUCRE**			**PARENTESCO: HIJA**		
TIPO DE DOCUMENTO	TI ___	CC __X_	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 24529509**		
EDAD: 40 AÑOS	**TELEFONO DE CONTACTO: 3117406703**				

PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	**PROFESIÓN**	**TELÉFONO DE CONTACTO**
Isabella Naranjo López	**PSICÓLOGA**	**300 538 6421**
Manuela Murilo 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?	MI HIJA, MIS NIETAS A VECES CON DIFICULTAD
¿Qué actividades realiza con su familia en sus tiempos libres?	NINGUNA, SIEMPRE ESTOY EN MI CASA PORQUE HACE AÑOS ME ENFERME
Cuando tiene algún problema o esta triste ¿le cuenta a su familia?	SI LE CUENTO A MI HIJA Y ELLA ME AYUDA A TOMAR DECISIONES

¿Siente que su familia apoya las cosas que le gustan?	SI, ELLAS ESTÁN PENDIENTES DE
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 OLVIDAN LAS COSAS
¿Ha tenido otras dificultades para realizar actividades en su día a día?	SI ALGUNAS COSAS LAS TENGO QUE HACER CON AYUDA DE MI HIJA
REDES DE APOYO EMOCIONAL	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Suele pasar tiempo con alguna persona aparte de su familia?	NO, SOLO ESTOY EN MI CASA YA NO TRABAJO NI HAGO NADA MAS
¿Qué actividades suele realizar con personas aparte de su familia?	NO HAGO NADA CON NADIE MAS
Cuando se siente triste o enojado ¿recibe apoyo emocional por parte de alguna persona aparte de su familia?	SI CON MI HIJA HABLO Y ELLA ME AYUDA A TOMAR DECISIONES
¿Participa de algún programa o club donde asistan otras personas mayores?	NO HAY GRUPOS ACA
AUTOCUIDADO	
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Durante el último mes ¿Siente que al dormir descansa plenamente?	NO DUERMO BIEN, ME DESPIERTO MUCHO CUANDO TENGO DOLOR
Durante el último mes ¿ha llegado a sentir que se cansa con más facilidad sin hacer ninguna actividad?	SI ME SIENTO CANSADO
¿Se siente más irritable o enojado/a de lo habitual?	NO, SOLAMENTE PIENSO MUCHO EN QUE QUIERO TRABAJAR
¿Siente que has comido mucho más o muchos menos de lo que debería durante las últimas semanas?	NO ME DAN MUCHAS GANAS DE COMER
Durante la noche ¿Se despierta con frecuencia?	ME DESPIERTO MUCHO PORQUE ME DUELEN LOS HUESOS Y EL OÍDO
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?	SI, PORQUE NO PUEDO TRABAJAR
¿Se considera a si mismo(a) como alguien valioso(a)?	NO SÉ, ALGUNAS VECES
¿Siente que la mayoría de sus problemas no tienen solución?	NO, ES MUY DIFÍCIL QUE TENGAN SOLUCIÓN
¿Se siente triste la mayor parte del día?	SI ME SIENTO TRISTE, PERO NO ME GUSTA HABLAR MUCHO CON MI FAMILIA

Conclusión de la escala aplicada:

FLORO MANIFIESTA ESTADO DE ÁNIMO TRISTE, CANSANCIO FÍSICO Y MALESTAR GENERAL RELACIONADO PRINCIPALMENTE CON DOLORES RECURRENTES EN EL OÍDO. DURANTE LA ENTREVISTA SE MUESTRA AFLIGIDO Y REFLEJA PREOCUPACIÓN POR NO PODER TRABAJAR, SITUACIÓN QUE AFECTA SU AUTOESTIMA Y PERCEPCIÓN DE UTILIDAD. REFIERE DIFICULTADES PARA DORMIR DEBIDO AL DOLOR Y PRESENTA OLVIDOS FRECUENTES, ASÍ COMO DISMINUCIÓN DEL APETITO. LO ANTERIOR SUGIERE UNA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE SU BIENESTAR FÍSICO Y EMOCIONAL.A NIVEL FAMILIAR, SE ENCUENTRA AL CUIDADO DE SU HIJA, QUIEN ASUME LA RESPONSABILIDAD PRINCIPAL DE SU ATENCIÓN, Y CUENTA CON EL APOYO OCASIONAL DE SUS NIETAS. ESTO INDICA LA EXISTENCIA DE UNA RED FAMILIAR PRESENTE. LA PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR RESULTAN RELEVANTES EN SU CONTEXTO DE CUIDADO.EN CONJUNTO, SE IDENTIFICAN SIGNOS DE MALESTAR EMOCIONAL, QUE SE SUMAN A UN ESTADO GENERAL DE VULNERABILIDAD FÍSICA, CON POSIBLE IMPACTO EN SU FUNCIONAMIENTO DIARIO Y SU CALIDAD DE VIDA.

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?	2
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?	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?	5
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?	4
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?	2
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?	2
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?	3
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	4
TOTAL:		63

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 LILIANA FUE DE 63, LO QUE INDICA UNA SOBRECARGA INTENSA EN LA LABOR DE CUIDADO. LILIANA ES LA PRINCIPAL CUIDADORA DE SU PAPÁ FLORO, ESTA MANIFIESTA SENTIMIENTOS DE AGOTAMIENTO FÍSICO Y EMOCIONAL, ASÍ COMO PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO DE SU SER QUERIDO. REPORTA QUE EL CUIDADO HA AFECTADO SU VIDA SOCIAL Y HA GENERADO LIMITACIONES ECONÓMICAS,YA QUE TUVO QUE RENUNCIAR A SU TRABAJO PARA CUIDAR A SU PADRE, ESTO IMPACTA NEGATIVAMENTE SU SALUD Y BIENESTAR GENERAL. ADEMÁS, MENCIONA SENTIRSE CANSADA POR LA DEMANDA FÍSICA DEL CUIDADO Y LA RESPONSABILIDAD ADICIONAL DE ATENDER OTROS MIEMBROS DE SU FAMILIA. LILIANA CUENTA CON UNA RED DE APOYO LIMITADA, LO QUE AUMENTA LA CARGA EMOCIONAL Y FÍSICA QUE ENFRENTA DIARIAMENTE. EN RELACIONES FAMILIARES, REFIERE MANTENER BUENA COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA, AUNQUE LA SOBRECARGA SE PERCIBE COMO UN FACTOR DE ESTRÉS SIGNIFICATIVO.

ESCALAS DIRIGIDAS A LA PERSONA MAYOR
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

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**	

PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
Sufre alguna enfermedad como Diabetes, hipertensión u otro	TENGO LA PRESION ALTA
¿Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y de los cuidados que ésta conlleva?	TENGO UNA MASA EN EL OIDO QUE NO SE VE PERO ME MOLESTA, ME DUELE MUCHO
¿Cómo considera que es su estado de salud?	ME SIENTO MUY REGULAR DE SALUD, SIENTO MUCHO DOLOR EN LA PARTE DE ATRAS DEL OIDO
¿Sabe usted que son hábitos saludables? Puede indicar algunos	NO SE QUE SON
¿Usted fuma o consume alcohol?	NO FUMO NI TOMO LICOR
¿Cuáles son los alimentos que consume regularmente?	COMO SOPAS, CREMAS, COLADAS
¿Qué aspectos le gustaría mejorar en su vida, para incrementar su bienestar emocional y físico?	NADA, NO SE QUE PODRIA MEJORAR
¿Consume los medicamentos según prescripción médica, respetando los horarios y las recomendaciones realizadas?	SI, CUANDO LOS TENGO 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, PERO HACE MUCHO LOS MEDICOS NO ME HACEN NADA PARA EL DOLOR ASÍ QUE NO VOLVÍ

Conclusión de la escala aplicada:

FLORO PRESENTA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON POSIBLE MANEJO IRREGULAR DE MEDICACIÓN Y UN CUADRO DE DOLOR AGUDO NO DIAGNOSTICADO NI MANEJADO, QUE SUGIERE UNA CONDICIÓN QUE REQUIERE VALORACIÓN MÉDICA. SU ESTADO NUTRICIONAL, BASADO EN SOPAS, CREMAS Y COLADAS, REFLEJA UNA DIETA POBRE EN TODOS LOS TIPOS DE NUTRIENTES, AGRAVADA POR LIMITACIONES ECONÓMICAS Y CULTURALES. ADEMÁS, SE IDENTIFICAN BARRERAS CRÍTICAS COMO EL DESCONOCIMIENTO DE HÁBITOS SALUDABLES, EL ABANDONO DE CONTROLES MÉDICOS, LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA AUSENCIA DE SEGUIMIENTO A SU HTA INCREMENTAN EL RIESGO DE COMPLICACIONES..

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. LE DOY LOS MEDICAMENTOS CUANDO LOS TIENE

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**	

¿Cómo cuidador considera que está capacitado para brindar el cuidado integral que requiere su familiar?	SI PERO SIENTO QUE NECESITO AYUDA DE ALGUIEN MAS, NO SOY CAPAZ SOLA
Su familiar ¿requiere ayuda para movilizarse o realizar acciones de autocuidado?	EL HACE COSAS SOLO PERO CUANDO PIERDE LA MEMORIA ME TOCA AYUDARLO
¿Cuál es la condición de salud que tiene su familiar que requiere apoyo?	TIENE UN PROBLEMA EN EL OIDO, NECESITA UNA CIRUGIA, YA ESTA MUY ENFERMO DE MUCHAS COSAS, SE MUEVE CON DIFICULTAD
¿Con que frecuencia usted brinda los cuidados a su familiar y cuantas horas diarias dedica al cuidado?	MIENTRAS ESTOY ACA TODO EL TIEMPO LO CUIDO
¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a la persona mayor?	HACE 9 AÑOS QUE ESTA MUY ENFERMO
Cuando usted se siente muy cansado, ¿recibe apoyo de otro familiar para brindar el cuidado?	ALGUNAS VECES DE MI HERMANA Y MIS HIJAS
¿En su vida diaria que actividades realiza para conservar y mejorar su salud? ¿Asiste a controles médicos continuos?	NO, SOLAMENTE EL TRABAJO. SI VOY AL MEDICO CUANDO ME SIENTO MALO
¿Presenta alguna enfermedad o diagnostico medico confirmado? ¿Cuál?	ME DIJERON QUE TENGO LA PRESION ALTA
¿Sigue las recomendaciones médicas para tratar sus enfermedades?	POR AHORA NO HE TOMADO LOS MEDICAMENTOS QUE ME MANDARON PORQUE NO HE TENIDO TIEMPO. ESTOY HACIENDO REMEDIOS NATURALES
¿Se siente cansado físicamente? ¿Qué molestias presenta?	SI ME SIENTO CANSADA, ME DUELE LA CABEZA
En algún momento ha sufrido alguna enfermedad asociada al cuidado de la persona mayor	SI, EL DOLOR DE CABEZA Y ME SIENTO ESTRESADA POR NO PODER TRABAJAR PARA TRAER LA COMIDA

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

LILIANA QUIEN ES LA CUIDADORA PRINCIPAL DE FLORO, TAMBIÉN PADECE HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA CON FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, SUSTITUIDO TEMPORALMENTE POR REMEDIOS NATURALES, PRESENTA SOBRECARGA FÍSICA Y EMOCIONAL TRAS 9 AÑOS DE CUIDADO CONTINUO A UN FAMILIAR CON MÚLTIPLES PATOLOGÍAS, DETERIORO COGNITIVO INTERMITENTE Y MOVILIDAD REDUCIDA. SU DEDICACIÓN ES CASI EXCLUSIVA, LO QUE HA GENERADO CONSECUENCIAS EN SU PROPIA SALUD: CEFALEAS FRECUENTES, ESTRÉS ASOCIADO A LA IMPOSIBILIDAD DE TRABAJAR E INASISTENCIA A CONTROLES MÉDICOS PREVENTIVOS . LA COMBINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO—ABANDONO DE SU TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO, DESGASTE POR ROL DE CUIDADOR Y PRECARIEDAD ECONÓMICA—AUMENTA SU VULNERABILIDAD A COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL.

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR/A Y A LA PERSONA MAYOR POR AGENTE 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**	

¿Desde su experiencia cultural cuál es el concepto que tienen de vejez?	SIGNIFICA QUE YA TIENE SUS AÑOS, QUE ES LO NORMAL QUE VAMOS A ENVEJECER
¿Cuál considera que es el papel de las personas mayores en su comunidad y la familia?	CREO QUE SI ES IMPORTANTE PORQUE HAY QUE TENER RESPETO POR LAS COSAS DE DIOS, POR LO NATURAL. ES IMPORTANTE PORQUE ES UNA ETAPA DONDE DEBEMOS LLEGAR Y DESCANSAR DE ESTE MUNDO
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 BEBIDA DE PEPA DE AGUACATE Y HOJAS DE GUAYABA

CONCLUSION GENERAL:

Importancia del rol familiar en el bienestar de la persona mayor: El rol familiar es clave en el bienestar de floro, ya que el apoyo de su hija y nietas le brinda cuidado, acompañamiento y seguridad emocional, elementos fundamentales para afrontar su tristeza y dolor.
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 y su nieta son recursos que se identifican. No se reconocen 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

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**	

Isabella Naranjo López

ISABELLA NARANJO LÓPEZ
1002592858
PSICÓLOGA
294795

MANUELA MURILLO LONDOÑO
1057759923
FISIOTERAPEUTA
1057759923

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES

MARIA CHITALIA SUCRE MORALES
24528207
AGENTE COMUNITARIO