RBC SALUD MENTAL							
NOMBRE:JAMES RENE PARRA CASTILLO						**FECHA DE INTERVENCIÓN:** 01 Junio 2025	
TIPO DE DISCAPACIDAD	VISUAL ____	MENTAL **___**	COGNITIVA ___	AUDITIVA ___	SORDOCEGUERA ___	MÚLTIPLE ___	FÍSICA ___
DIAGNÓSTICO	**TRASTORNO EPILEPSIA**						
TIPO DE DOCUMENTO	RC ___	TI ___	CC __**X**_	**NÚMERO DE DOCUMENTO:** 1002579234			
EDAD: 23	**TELEFONO DE CONTACTO:** 3046761821						
DIRECCION:	**BARRIO JORGE ISAAC**			**ZONA:**	URBANA __**X**_	RURAL ___	

DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA				
NOMBRE DEL CUIDADOR ALBA LUZ RAMIREZ JARAMILLO			**PARENTESCO: PAREJA**	
TIPO DE DOCUMENTO	RC ___	TI ___	CC __X_	**NÚMERO DE DOCUMENTO:** 000000
EDAD: 50	**TELEFONO DE CONTACTO:** 3046761821			

PROFESIONAL (ES) QUE REALIZAN LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL (ES)	**PROFESIÓN**	**TELÉFONO DE CONTACTO**
Farly Yajaira Acosta Pérez	PSICOLOGA	**3137501501**

TIPO DE INTERVENCIÓN REALIZADA	
Primera visita: Aplicación de escalas	**X**
Segunda visita: plan de recomendaciones	
Tercera visita: seguimiento	
Visita de cierre	

ESCALAS DIRIGIDAS AL PACIENTE.

PROFESIONAL DEL AREA SOCIAL

TAMIZAJE SRQ
(Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		✓
2. ¿Tiene mal apetito?		✓
3. ¿Duerme mal?		✓
4. ¿Se asusta con facilidad?		✓
5. ¿Sufre de temblor de manos?		✓
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		✓
7. ¿Sufre de mala digestión?		✓
8. ¿No puede pensar con claridad?		✓
9. ¿Se siente triste?		✓
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		✓
11. Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	✓	
12. Tiene dificultades para tomar decisiones?		✓
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)	?	
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		✓
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		✓
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		✓
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		✓
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		✓
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		✓
20. ¿Se cansa con facilidad?		✓
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		✓
22 ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		✓
23 ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		✓
24 ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		✓
25 ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	✓	
26 ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que usted estaba tomando demasiado alcohol?		✓
27 ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		✓
28 ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		✓
29 ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		✓
30 ¿Alguna vez le ha parecido que usted tomaba demasiado?		✓

Psicólogo Yajaira acosta Pérez
65796429
PSICOLOGO
T.P. 286984

JAMES RENE PEREIRA
X.

Conclusión de la escala aplicada:
TAMIZAJE SRQ:
se realiza tamizaje a paciente james rene parra castillo con diagnóstico de epilepsia con adherencia a tratamiento según los resultados obtenidos no refleja algún riesgo que afecte el área mental.

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

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.

Puntuación:
0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

	Preguntas	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?			X		
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?			X		
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?			X		
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?			X		
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?			X		
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?			X		
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?			X		
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?			X		
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?			X		
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?			X		
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?			X		
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?			X		
13	¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?				X	
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				X	
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?				X	
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su			X		
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?			X		
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?			X		
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			X		
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?			X		

Total: 13

Este material está registrado bajo licencia Creative Commons Internacional, con permiso para reproducirlo, publicarlo, hacer copia y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.

Creative Commons Attribution Non-Commercial Share Alike

Continúa al reverso

Conclusión de la escala aplicada:
TEST SOBRE CARGA DEL CUIDADOR (ZARIT y ZARIT):

De acuerdo a la escala de valoración los resultados obtenidos se pueden identificar que hay ausencia de sobrecarga ubicándola en un puntaje de 5 puntos, sin embargo se brindan herramientas que le permitan prevenir más adelante sobrecarga en el cuidado de su familiar.

Territorial

FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DOMINIOS E ITEMS DE LA FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DOMINIOS	Nº DE LA PREGUNTA	PREGUNTA	VARIABLE	PUNTUACIÓN
Adherencia al tratamiento	1	Periodicidad de controles	Mensual X	1
			Trimestral	1
			Semestral	2
			Anual	2
			Sin controles	2
	2	Tratamiento farmacológico	SI X	1
			NO	2
	3	Toma los medicamentos a la hora indicada	SI X	1
			NO	2
	4	Cuando los síntomas desaparecen, suspende el tratamiento	SI	2
			NO X	1
	5	Para que siga el tratamiento es necesario que otros le recuerden que debe tomarlo	SI	2
			NO X	1
	6	Frecuencia de toma de medicamentos	Diario X	1
			Semanal	2
			Ninguna	2
	7	¿El paciente tiene conocimiento de su tratamiento farmacológico?	SI X	1
			NO	2
Discapacidad a nivel personal y emocional	8	Cuidado de si mismo	Aseo personal e higiene	SI X 1
				NO 2
			Responsable de su alimentación	SI X 1
				NO 2
			Responsable de la toma de medicamentos	SI X 1
				NO 2
			Responsable de asistir a controles y citas medicas	SI X 1
				NO 2
			Controles odontológicos	SI X 1
				NO 2
			Controles oftalmológicos	SI 1
				NO X 2
			Otros controles médicos	SI 1
				NO X 2
	9	Actividades significativas	Tiene manejo del tiempo libre	SI X 1
				NO 2
			Asiste a proceso de capacitacion o formación	SI 1
				NO X 2
			Hace actividad física y/o deporte	SI X 1
				NO 2

Territorial

			Fortalecimiento de la parte espiritual	SI	1
				NO	2
			Tiene hábito de lectura	SI	1
				NO	2
			Participa en celebración de fechas especiales	SI	1
				NO	2
			Asiste o participa de alguna organización	SI	1
				NO	2
			Tiene habilidades manuales o artísticas	SI	1
				NO	2
	10	Perdida de la capacidad de respuesta emocional	Se aleja	SI	2
				NO	1
			Busca a la persona más cercana	SI	1
				NO	2
			Llora constantemente	SI	2
				NO	1
			Se frustra	SI	2
				NO	1
			Se dirige a alguna institución para buscar ayuda	SI	1
				NO	2
			Golpea los objetos	SI	2
				NO	1
			Golpea a otras personas	SI	2
				NO	1
			Se causa lesiones	SI	2
				NO	1
			Se siente solo y desamparado	SI	2
				NO	1
			Encuentra soluciones	SI	1
				NO	2
			Sale de su casa	SI	1
				NO	2
			Se siente una carga para su familia	SI	2
				NO	1
			Ideación suicida	SI	2
				NO	1
			La ideación suicida ha estado presente en el último año	SI	2
				NO	1
			Redes de apoyo diferentes al grupo familiar	SI	1
				NO	2
	11	Rol a nivel parental	Pautas de crianza	SI	1
				NO	2
			Autoridad	SI	1
				NO	2
			Autonomía	SI	1
				NO	2
			Sobre protección	SI	2
				NO	1
			Relación	SI	2

Discapacidad en el funcionamiento familiar. Deficiencias de la participación en:			amalgamada	NO	1
	12	Rol a nivel familiar	Fuerte	SI	1
				NO	2
			Estrecha	SI	1
				NO	2
			Conflictiva	SI	2
				NO	1
			Distante	SI	2
				NO	1
	13	Rol a nivel marital	Aprenden a manejar los conflictos y las diferencias	SI	1
				NO	2
			Hay manejo del estrés entre ambos	SI	1
				NO	2
			Hay respeto	SI	1
				NO	2
			Comunicación	SI	1
				NO	2
			Vida sexual activa	SI	1
				NO	2
Discapacidad Social	14	Poco contacto significativo con las personas	El paciente cuenta con una grupo de amigos	SI	1
				NO	2
			Va televisión (va al cine)	SI	1
				NO	2
			Sale de paseo	SI	1
				NO	2
			Tiene hobbies	SI	1
				NO	2
			Sale de compras	SI	1
				NO	2
	15	Relaciones con la red de apoyo	Conflictiva	SI	2
				NO	1
			Participativa	SI	1
				NO	2
			Apática	SI	2
				NO	1
Discapacidad laboral	16	Trabaja actualmente	SI	1	
			NO	2	
	17	Nivel de satisfacción laboral	Satisfecho	SI	1
				NO	2
			Insatisfecho	SI	2
				NO	1
	18	Desempeño laboral	Rinde adecuadamente en su trabajo	SI	1
				NO	2
			Le gusta el trabajo que desempeña	SI	1
				NO	2
			Es ágil	SI	1
				NO	2
	19	Relación con los jefes y superiores	Buena	SI	1
				NO	2
			Mala	SI	2
				NO	1
			Comunicativa	SI	1
				NO	2
			Acata ordenes	SI	1
				NO	2
	20	Relación con las	Unida	SI	1

Territorial

		compañeros del trabajo		NO	2
			Ayuda mutua	SI	1
				NO	2
			Comunicativa	SI	1
				NO	2
			Tensa	SI	2
				NO	1
			Discusiones y peleas	SI	2
				NO	1
	21	Labores del hogar	Colabora en las diferentes actividades del hogar	SI	1
				NO	2
			Aporta económicamente al hogar	SI ✓	1
				NO	2

PUNTUACIÓN FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR

RIESGO	PUNTUACIÓN
ALTO	
MEDIO	
BAJO	

48

PROFESIONAL

TP: 286984

FIRMA O HUELLA DEL PARTICIPANTE