| RBC SALUD MENTAL | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE:** JOSE WILLIAN TORO NARVAEZ | | | | | | **FECHA DE INTERVENCIÓN:** 19 MAY0 | |
| **TIPO DE DISCAPACIDAD** | VISUAL ____ | MENTAL **__X_** | COGNITIVA ___ | AUDITIVA ___ | SORDOCEGUERA ___ | MÚLTIPLE ___ | FÍSICA ___ |
| **DIAGNÓSTICO** | **EPILEPSIA** | | | | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | RC ___ | TI ___ | CC **__X_** | **NÚMERO DE DOCUMENTO:** 80061799 | | | |
| **EDAD: 49** | **TELEFONO DE CONTACTO:** 3112047895 | | | | | | |
| **DIRECCION:** | **BARRIO LA ESPERANZA** | | | | **ZONA:** | URBANA **__X_** | RURAL ___ |

| DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL CUIDADOR ROSA MELIA NARVAEZ** | | | | **PARENTESCO: MAMA** |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | RC ___ | TI ___ | CC __X_ | **NÚMERO DE DOCUMENTO:** 24720562 |
| **EDAD: 68** | **TELEFONO DE CONTACTO:** 3112047895 | | | |

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

*Farly Yajaira acosta Pérez*
65796429
PSICOLOGO
T.P. 286984

+ Jose-william.T

**Conclusión de la escala aplicada:**

TAMIZAJE SRQ:

se realiza tamizaje a paciente José William toro Narváez que y tiene un diagnóstico de epilepsia con adherencia a tratamiento de acuerdo a la escala y resultados que maneja indica que es un paciente en riesgo, en cual se debe intervenir para ayuda en el proceso.

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

GIDAMHE

# 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 | Respuestas | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 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 ud.? | | | 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? | X | | | | |
| 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 tu familiar? | X | | | | |
| | **Total:** | 13 | | | | |

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

CC BY NC SA

Continúa al reverso

°Rosmelia

**Conclusión de la escala aplicada:**
Test de sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)
De acuerdo a la escala que se le realizo a la cuidadora rosa amelia narvaez zapata, según los resultados reflejados con un total de 14 puntos indicando asi ningún tipo de sobrecarga, sin embargo se implementaran planes caseros que permitan prevenir cargas futuras.

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 ✓ | 1 |
| | | | Trimestral | 1 |
| | | | Semestral | 2 |
| | | | Anual | 2 |
| | | | Sin controles | 2 |
| | 2 | Tratamiento farmacológico | SI ✓ | 1 |
| | | | NO | 2 |
| | 3 | Toma los medicamentos a la hora indicada | SI ✓ | 1 |
| | | | NO | 2 |
| | 4 | Cuando los síntomas desaparecen, suspende el tratamiento | SI | 2 |
| | | | NO ✓ | 1 |
| | 5 | Para que siga el tratamiento, es necesario que sepa la situación que debe tomarlo | SI ✓ | 2 |
| | | | NO | 1 |
| | 6 | Frecuencia de toma de medicamentos | Diario ✓ | 1 |
| | | | Semanal | 2 |
| | | | Ninguno | 2 |
| | 7 | ¿El paciente tiene conocimiento de su tratamiento farmacológico? | SI ✓ | 1 |
| | | | NO | 2 |
| Discapacidad a nivel personal y emocional | 8 | Cuidado de sí mismo | Aseo personal e higiene | SI ✓ 1 |
| | | | | NO 2 |
| | | | Responsable de su alimentación | SI ✓ 1 |
| | | | | NO 2 |
| | | | Responsable de la toma de medicamentos | SI 1 |
| | | | | NO ✓ 2 |
| | | | Responsable de asistir a controles y citas medicas | SI ✓ 1 |
| | | | | NO 2 |
| | | | Controles odontológicos | SI 1 |
| | | | | NO ✓ 2 |
| | | | Controles oftalmológicos | SI 1 |
| | | | | NO ✓ 2 |
| | | | Otros controles médicos | SI ✓ 1 |
| | | | | NO 2 |
| | 9 | Actividades significativas | Tiene manejo del tiempo libre | SI ✓ 1 |
| | | | | NO 2 |
| | | | Asiste a proceso de capacitación o formación | SI 1 |
| | | | | NO ✓ 2 |
| | | | Hace actividad física y/o deporte | SI 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 aloja | 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 |
| | | | Ve 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 los | Unida | SI | 1 |

Territorial

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | nomsiferos 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 X | 2 |

PUNTUACIÓN FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR

| RIESGO | PUNTUACIÓN |
|---|---|
| ALTO | |
| MEDIO | |
| ~~BAJO~~ | 61 |

PROFESIONAL

TP: 286984

FIRMA O HUELLA DEL PARTICIPANTE