

USC

Mi Universidad

Nombre del Alumno: Wendy Lizeth Ramírez Pérez Y Yaritza Velazquez Roblero

Nombre de la Materia: Trabajo Social Y Gestión Comunitaria

Nombre del Tema: Estudio socioeconómico y diagnóstico del paciente.

Nombre del profesor: Joel Herrera

Nombre de la Licenciatura: Trabajo Social Y Gestión Comunitaria

Cuatrimestre: 6

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

1. COMPROBANTE OFICIAL MARCAR Y ANEXAR COPIA

CREDENCIAL DE ELECTOR	ACTA DE NACIMIENTO	COMPROBANTE DE ESTUDIOS	COPIA DE CURP	RECIBO DE LUZ	RECIBO DE AGUA
-----------------------	--------------------	-------------------------	---------------	---------------	----------------

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE(S) Arida		APELLIDO PATERNO Figueroa		APELLIDO MATERNO Aguilar	
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO 16 de Sep. 1974		EDAD 50	
CURP FIAA740916MCSRAA02		DOMICILIO		ESCOLARIDAD <input checked="" type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> OTROS	
CALLE:		COLONIA: Lazaro Cardenas		C.P. 30120	
LOCALIDAD O COMUNIDAD: Primavera		DELEGACIÓN:		ENTRE CALLE	
TELÉFONO: 963 347 4621		¿ES CABEZA DE FAMILIA? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Y CALLE	
ESTADOCIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO (A) <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO (A)		¿SUFRE DE DISCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> VISUAL <input checked="" type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> LENGUAJE <input type="checkbox"/> INTELLECTUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> AMBAS <input type="checkbox"/> MOTRIZ <input type="checkbox"/> NINGUNA		SU VIVIENDA ES: <input checked="" type="checkbox"/> Propia, pagada y escriturada <input type="checkbox"/> Propia, pagada, sin escriturar <input type="checkbox"/> Propia y la están pagando <input type="checkbox"/> Propia Irregular <input type="checkbox"/> Rentada o alquilada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Vive con un familiar	
				¿CUENTA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE EQUIPAMIENTO? <input checked="" type="checkbox"/> Energía Eléctrica <input checked="" type="checkbox"/> Teléfono fijo <input checked="" type="checkbox"/> Drenaje <input checked="" type="checkbox"/> Teléfono celular <input checked="" type="checkbox"/> Agua Potable <input type="checkbox"/> Horno de micro <input checked="" type="checkbox"/> Instalación de gas <input type="checkbox"/> Radio/Stereo <input checked="" type="checkbox"/> Lavadora de ropa <input type="checkbox"/> DVD <input checked="" type="checkbox"/> Refrigerador <input type="checkbox"/> Computadora <input checked="" type="checkbox"/> T.V. <input type="checkbox"/> VIDEOJUEGOS <input checked="" type="checkbox"/> INTERNET	

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

EL PISO ES

EL TECHO ES

<input checked="" type="checkbox"/> 1 Planta <input type="checkbox"/> 2 Plantas <input checked="" type="checkbox"/> Sala <input checked="" type="checkbox"/> Comedor <input checked="" type="checkbox"/> Cocina 12) No de recámaras <input type="checkbox"/> No de baños <input checked="" type="checkbox"/> Patio <input type="checkbox"/> Cochera Otro: _____	<input type="checkbox"/> Tierra <input checked="" type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Vitropiso Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ladrillo <input type="checkbox"/> Concreto <input checked="" type="checkbox"/> Lámina <input type="checkbox"/> Cartón Otro: _____
AUTOMÓVIL <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> PRESTADO <input checked="" type="checkbox"/> NO TIENE		

TIPO DE COMBUSTIBLE

OCCUPACIÓN

<input checked="" type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Petróleo <input checked="" type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Carbón Otro: _____	<input type="checkbox"/> Estudiante <input checked="" type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Profesionalista	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Ganadero <input type="checkbox"/> Jornalero <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Otro
--	--	--

Condiciones de la vivienda.

Muy buenas. Buenas. Regulares Malas.

3. INTEGRANTES DEL HOGAR E INGRESOS ECONÓMICOS

NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	SERVICIO MÉDICO	OCCUPACIÓN	INGRESO MENSUAL
Absalon Garcia P.	32	8/01/1992	Yerno	Bachillerato		Obrero	5000
Aleandra Lopez F.	28	18/07/1996	Hija	Bachillerato		Pintora	3000

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

4. GASTO MENSUAL

ALIMENTACION 2000	EDUCACIÓN 700	RENTA	LUZ 200	AGUA 100
TRANSPORTE 50	COMBUSTIBLE	OTRO (Especifique)		
GAS 420	SERVICIOS TV 100	DIVERSIONES		
PLAN CELULAR 300	AHORROS O TANDAS	ROPA Y CALZADO 1,500		

TOTAL, INGRESO MENSUAL	8,000
TOTAL, GASTO MENSUAL	5,370

5. SERVICIOS QUE HAY EN LA COMUNIDAD DONDE VIVE

<input checked="" type="checkbox"/> ESCUELA	<input type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD	<input checked="" type="checkbox"/> PAVIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> ALUMBRADO PÚBLICO	<input type="checkbox"/> TELÉFONO PÚBLICO	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO
---	--	---	---	---	--

6. SALUD

CUENTAN CON SERVICIOS DE:

IMSS ISSSTE SEGURO POPULAR PARTICULAR OTROS: _____

QUE ENFERMEDADES EXISTEN EN LA FAMILIA:

A. Cáncer B. Hipertensión C. Cardíacos D. Alergias E. Diabetes
 F. Quemaduras G. Presión baja H. Estrabismo I. Paladar hendido J. Alzheimer
 K. Epilepsia L. Discapacidad M. Renales N. Cardiopatías

OTRO (ESPECIFIQUE): _____

NOMBRE COMPLETO	ENFERMEDAD	PARENTESCO
Arida Figuera Aguilar	Diabetes	Mamá / Abuela
Dulce Maria Garcia Lopez	Alergias	Nieta

7. HA RECIBIDO ALGÚN APOYO DE GOBIERNO MUNICIPAL (IMJUV, SDIF, DESOM, SIMPATT, IMCAD, IMMUIER, IMAC, IMDET, CUALQUIER OTRA PARAMUNICIPAL A SI COMO SECRETARIA DE BIENESTAR.

SI NO

Observaciones de la enfermedad

Sus reacciones de la paciente que entrevistamos con la enfermedad de la diabetes son mareos, dolor de cabeza, asco, debilidad del cuerpo, estrés y sensibilidad de la Piel, algunas de las reacciones mencionadas anteriormente han sido por causa de que tiene bajo a su cuidado a dos menores.

8. - ALIMENTACIÓN

ALIMENTO	FRECUENCIA CON LO QUE LO CONSUME				
	Diario	Cada tercer día	Una vez a la semana	Una vez al mes	Ocasionalmente
Pollo		✓			
Res			✓		
Cerdo					✓
Pescado				✓	
Leche	✓				
Cereales	✓				
Huevo		✓			
Frutas	✓				
Verduras	✓				
Leguminosas(frijol, Haba, lenteja, alubias)	✓				
Otros					

Observaciones generales

Entrevistador



DIAGNOSTICO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ARILDA FIGUEROA LOPEZ

EDAD: 50 AÑOS

FECHA DE NACIMIENTO: 16 DE SEPTIEMBRE DE 1974

LUGAR DE RESIDENCIA: LAZARO CARDENAS, MUNICIPIO DE CHICOMUSELO, CHIAPAS.

OCUPACION: HOGAR

ENFERMEDAD: DIABETES

SITUACION ECONOMICA: BAJOS RECURSOS.

ESTADO DEL PACIENTE: ACTUALMENTE LA PERSONA SUFRE DE DIABETES, LA CUAL ES AVANZADA, ES POR ELLO QUE BUSCAMOS APOYO ADICIONAL PARA GESTIONAR SU CONDICION DE MANERA EFECTIVA.

LA PACIENTE ES UNA MUJER DE 48 AÑOS DE EDAD, FUE DIAGNOSTICADA CON DIABETES HACE 10 AÑOS. PRESENTA UN MANEJO IRREGULAR DE SU ENFERMEDAD, EVIDENCIADO POR NIVELES FLUCTUANTES DE GLUCOSA EN SANGRE Y UNA FALTA DE ADHERENCIA AL PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO. ESTO PODRIA DEBERSE A MULTIPLES RESPONSABILIDADES, INCLUYENDO EL CUIDADO DE DOS NIÑOS PEQUEÑOS, LO QUE LE DIFICULTA MANTENER UNA RUTINA ESTABLE DE MEDICACION Y SEGUIMIENTO MEDICO. ADEMÁS, LA PACIENTE MUESTRA SIGNOS DE MAREOS, SENSIBILIDAD DE LA PIEL Y ESTRÉS, POSIBLEMENTE EXACERBADOS POR LA CARGA EMOCIONAL Y FISICA DE LA CRIANZA DE LOS NIÑOS Y LA GESTION DE SU CONDICION DE SALUD.

OBJETIVOS GENERALES:

PROMOVER EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL DE LA PACIENTE CON DIABETES, INTEGRANDO APOYO PSICOSOCIAL EFECTIVO EN SU TRATAMIENTO INTEGRAL.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

BRINDAR APOYO EMOCIONAL, PSICOLÓGICO Y BIENESTAR GENERAL.

DESCRIPCIÓN:

BUSCAR SUPERVISIÓN DE UN COLEGA MÁS EXPERIMENTADO O DE UN SUPERVISOR CLÍNICO QUE ORIENTE AL PACIENTE, POR EJEMPLO UN PSICÓLOGO QUE ESTABLEZCA UNA RELACIÓN DE CONFIANZA CON LA PACIENTE Y OFRECER UN ESPACIO SEGURO PARA QUE EXPRESE SUS EMOCIONES Y PREOCUPACIONES RELACIONADAS CON LA DIABETES.

EDUCAR A LA PACIENTE SOBRE LAS REACCIONES EMOCIONALES COMUNES ASOCIADAS CON LA DIABETES, COMO LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS Y OFRECER ESTRATEGIAS PRÁCTICAS PARA MEJORAR SU BIENESTAR EMOCIONAL.

CAPACITAR A LA PACIENTE EN TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO Y HABILIDADES DE AUTOAYUDA QUE PROMUEVAN SU BIENESTAR EMOCIONAL Y MEJORE SU CALIDAD DE VIDA.