FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DATOS PERSONALES			
Primer Apellido **LOPEZ**	**Segundo Apellido** **SALAZAR**	**Nombres** **OSCAR IVAN**	
Documento de Identificación **No.__10249058_____ de ___AGUADAS_____**	**Sexo** **F M X**	**Edad** **____64 AÑOS_____**	
Fecha y Lugar de Nacimiento **Día ___ Mes ___ Año _____ Departamento ___CALDAS_____ Municipio ____AGUADAS_____**			
Estado Civil **Casado(a): ___ Soltero(a): ___ Unión Libre: _X__ Viudo (a)____ Hijos: (Si)X (No) __3_____ ¿Cuántos?**			
Datos de Correspondencia **Barrio/Vereda: __LA SEXTA_____ Dirección: _CARRERA 6 # 13 - 17___Teléfono __3103890586_____ Municipio:_____**			
Nivel Educativo **LICENCIADO**	**Ocupación** **DOCENTE**		
Seguridad Social **(Si) X (No) ¿Cuál? ___FOMAG_____**	**Tipo de Vivienda** **Propia _X__ Familiar ___ Arrendo ___**		
Nro. De habitaciones **5**	**Nro. De Habitaciones que se usan como dormitorio** **4**	**Con quién comparte habitación** **ESPOSA**	

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Trastorno Afectivo Bipolar: _____ Esquizofrenia: _____ Epilepsia: ____ Depresión Unipolar: ____

Trastorno por Estrés Postraumático: ____ Consumo de Sustancias Psicoactivas____ Intento de Suicidio____ Trauma encefalocraneano____ Meningitis_____ Discapacidad Física____ (Especificar) _____ Otro: ¿Cuál?

TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN_____

Tiempo de diagnóstico: ___10 AÑOS_____

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

CONTROLES

1. **PERIODICIDAD DE CONTROLES:**

( ) Mensual
( ) Trimestral
( ) Semestral
(x) Anual
( ) Sin Controles

ÁREAS:

Medicina General:	
Psiquiatría:	
Psicología:	

FECHA DEL ULTIMO CONTROL: __MAYO 2024_____

2. **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SI (X)** NO ( )

Medicamentos: SERTRALINA, CLONAZEPAM

3. **¿TOMA LOS MEDICAMENTOS A LA HORA INDICADA?** SI (X) NO ( )
4. **¿CUANDO LOS SÍNTOMAS DESAPARECEN, SUSPENDE EL TRATAMIENTO?** SI ( ) NO (X)
5. **¿PARA QUE SIGA EL TRATAMIENTO, ES NECESARIO QUE OTROS LE RECUERDEN QUE DEBE TOMARLO?** SI ( ) NO (X)
6. **FRECUENCIA DE TOMA DE MEDICAMENTOS:**

(X) Diario ( ) Semanal ( ) Ninguno Dosis:__1 DIARIA DE CADA UNA_____

7. ¿EL PACIENTE TIENE CONOCIMIENTO DE SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?
SI (X) NO ( )

MOTIVO DE NO ADHERENCIA:
_____
_____
_____
_____
_____

OBSERVACIONES: SE TOMA SUS MEDICAMENTES CONSTANTEMENTE YA QUE REFIERE DEPENDENDIA PARA DORMIR

DISCAPACIDAD A NIVEL PERSONAL Y EMOCIONAL

8.	**CUIDADO DE SI MISMO**	
A.	Aseo personal e higiene	SI (X) NO ( )
B.	Responsable de su alimentación	SI (X) NO ( )
C.	Responsable de la toma de medicamentos	SI (X) NO ( )
D.	Responsable de asistir a controles y citas medicas	SI (X) NO ( )
E.	Controles odontológicos	SI (X) NO ( )
F.	Controles oftalmológicos	SI (X) NO ( )
G.	Otros controles médicos	SI ( ) NO ( )
9.	**ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS**	
A.	Tiene manejo del tiempo libre	SI (X) NO ( )
B.	Asiste a proceso de capacitación o formación	SI (X) NO ( )
C.	Hace actividad física y/o deporte Qué tipo de Actividad: _____ Con qué frecuencia: _____ Por cuánto tiempo: _____	SI ( ) NO (X)
D.	Fortalecimiento de la parte espiritual Qué religión o doctrina practica: _CATOLICO___	SI (X) NO ( )
E.	Escucha música Qué tipo música escucha:_ _CLASICA,ARGENTINA, ANDINA COLOMBIANA Y GENERAL, CUBANA	SI (X) NO ( )
F.	Tiene hábito de lectura Qué tipo de lectura prefiere: LIETRATURA UNIVERSAL_____	SI (X) NO ( )
G.	Participa en celebración de fechas especiales	SI (X) NO ( )
H.	Asiste o participa de alguna organización o grupo	SI (X) NO ( )
I.	Tiene habilidades manuales o artísticas (música, pintura, etc.) ¿Cuáles? _DIBUJO TECNICO	SI (X) NO ( )
10.	**PERDIDA DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA EMOCIONAL**	
A.	Se aleja	SI (X) NO ( )
B.	Busca a la persona más cercana	SI (X) NO ( )
C.	Llora constantemente	SI ( ) NO (X)
D.	Se frustra	SI (X) NO ( )
E.	Se dirige a alguna institución para buscar ayuda	SI ( ) NO (X)
F.	Golpea los objetos	SI ( ) NO (X)
G.	Golpea a otras personas	SI ( ) NO (X)

H.	Se causa lesiones	SI ( ) NO (X)
I.	Se siente solo y desamparado	SI ( ) NO (X)
J.	Encuentra soluciones	SI (X) NO ( )
K.	Sale de su casa	SI ( ) NO (X)
L.	Se siente una carga para su familia	SI (X) NO ( )
M.	Ideación suicida (¿Ha contemplado atentar contra su vida?)	SI ( ) NO (X)
N.	¿La ideación suicida ha estado presente en el último año?	SI ( ) NO (X)

11. ¿QUÉ HACE CUANDO SE ENFERMA Y/O NOTA QUE SE ESTÁ DESCOMPENSANDO?

RECURRE A UN FAMILIAR, ESPECIALMENTE A SU ESPOSA LA CUAL SE ENCARGA DE APOYARLO Y ACOMPAÑARLO Y SI ES NECESARIO BUSCA AYUDA PROFESIONAL.

12. ¿QUÉ SABE ACERCA DE SU ENFERMEDAD MENTAL?

SE PRESENTAN SENTIMIENTOS DE TRISTEZA Y DESESPERZANZA, CON PREOCUPACION EXCESIVA DE LA NADA Y EN TRATABLE PERO NO TIENE CURA

OBSERVACIONES: ¿Cómo se visualiza en un futuro?

"SANO FISICAMENTE Y MENTALMENTE, DISFRUTANDO DE LA PENSION Y VIAJANDO POR MUCHAS PARTES DEL MUNDO"

DISCAPACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	OBSERVACIONES
CLAUDIA ARIAS JARAMILLO	**ESPOSA**	**40**	**TECNOLOGA**	**AGRIMENSORA Y GESTORA CATASTRAL. AVALUADORA**	
MANUELA CLAVIJO JARAMILLO	**HIJASTRA**	**24**		**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**	
SAMUEL CLAVIJO JARAMILLI		**16**		**ESTUDIANTE**	
SOFIA CLAVIJO		**22**		**ESTUDIANTE**	

TIENE REDES DE APOYO DIFERENTES AL GRUPO FAMILIAR: SI (X) NO ( )

¿CUÁL? MADRE

DEFICIENCIAS DE LA PARTICIPACIÓN EN:

13. ROL A NIVEL PARENTAL	
A. Pautas de crianza	SI (X) NO ( )
B. Autoridad	SI (X) NO ( )
C. Autonomía	SI (X) NO ( )
D. Sobre protección	SI ( ) NO (X)
E. Relación amalgamada	SI (X) NO ( )

14. ROL A NIVEL FAMILIAR:	
A. Fuerte	SI X) NO ( )
B. Estrecha	SI (X) NO ( )
C. Conflictiva	SI (X) NO ( )
D. Distante	SI ( ) NO (X)

15. ROL A NIVEL MARITAL	
A. Aprenden a manejar los conflictos y las diferencias	SI (X) NO ( )
B. Hay manejo del estrés entre ambos	SI (X) NO ( )
C. Hay respeto	SI (X) NO ( )
D. Comunicación	SI (X) NO ( )
E. Vida sexual activa	SI (X) NO ( )

OBSERVACIONES:

_____
_____
_____
_____

DISCAPACIDAD SOCIAL

16. POCO CONTACTO SIGNIFICATIVO CON LAS PERSONAS	
A. Cuenta con una grupo de amigos	SI (X) NO ( )
B. Ve televisión (va al cine)	SI (X) NO ( )
C. Sale de paseo	SI (X) NO ( )
D. Tiene Hobbies	SI (X) NO ( )
E. Sale de compras	SI (X) NO ( )

17. RELACIONES CON LA RED DE APOYO SOCIAL (VECINOS)	
A. Conflictivo	SI ( ) NO (X)
B. Participativa	SI (X) NO ( )
C. Apática	SI ( ) NO (X)

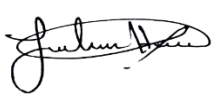
DISCAPACIDAD OCUPACIONAL	
18. Trabaja actualmente	SI (X) NO ( )
Ocupación laboral:	DOCENTE
19. Nivel de satisfacción laboral	
A. Satisfecho	SI (X) NO ( )
B. Insatisfecho	SI ( ) NO (X)
20. Desempeño laboral	
A. Rinde adecuadamente en su trabajo	SI (X) NO ( )
B. Le gusta el trabajo que desempeña	SI (X) NO ( )
C. Es ágil	SI (X) NO ( )
21. Relación con los jefes y superiores	
A. Buena	SI (X) NO ( )
B. Mala	SI ( ) NO (X)
C. Comunicativa	SI (X) NO ( )
D. Acata ordenes	SI (X) NO ( )
22. Relación con los compañeros de trabajo	
A. Unida	SI ( ) NO (X)
B. Ayuda mutua	SI (X) NO ( )
C. Comunicativa	SI (X) NO ( )
D. Tensa	SI (X) NO ( )
E. Discusiones y peleas	SI ( ) NO (X)

23.	**Labores del hogar**	
A.	**Colabora en las diferentes actividades del hogar**	SI (X) NO ( )
B.	**Aporta económicamente al hogar**	SI (X) NO ( )
24.	**Si NO trabaja**	
A.	**¿Hace cuánto no lo hace?**	
B.	**Cuál fue la última ocupación:** _____	

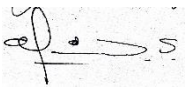
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____
_____
_____

NIVEL DEL RIESGO PSICOSOCIAL		
ALTO _____	**MODERADO** _____	**BAJO**____**X**_____



_____
FIRMA DEL PROFESIONAL



_____
FIRMA DEL USUARIO