FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DATOS PERSONALES			
Primer Apellido **RAMIREZ**	**Segundo Apellido** **PULGARIN**	**Nombres** **LINA MANUELA**	
Documento de Identificación **No.___1055458981_____ de ___AGUADAS_____**	**Sexo** **F X M**	**Edad** **_____20_____**	
Fecha y Lugar de Nacimiento **Día _03___ Mes _10___ Año _2004____ Departamento ___CALDAS_____ Municipio __FILADELFIA_____**			
Estado Civil **Casado(a): ___ Soltero(a): _X__ Unión Libre: ___ Viudo (a)____ Hijos: (Si) (No) X** **¿Cuántos?** _____			
Datos de Correspondencia **Barrio/Vereda: __CUCHILLA_____ Dirección: _CRA 3 #9-17_____Teléfono _3148015143_____** **Municipio:___AGUADAS_____**			
Nivel Educativo **TECNICO BACHILLER**		**Ocupación** **OFICIOS VARIOS**	
Seguridad Social **(Si) (No) X ¿Cuál? _____NEPS _____**		**Tipo de Vivienda** **Propia ___ Familiar ___ Arrendo _X__**	
Nro. De habitaciones **4**	**Nro. De Habitaciones que se usan como dormitorio 2**	**Con quién comparte habitación** **HERMANA**	

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: APROXIMADAMENTE 4 AÑOS

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

CONTROLES

1. **PERIODICIDAD DE CONTROLES:**

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

ÁREAS:

Medicina General:	
Psiquiatría:	**X**
Psicología:	

FECHA DEL ULTIMO CONTROL: ____OCTUBRE 2018_____

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

Medicamentos: SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

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

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

MOTIVO DE NO ADHERENCIA:
NO LE VOLVIERON A MANDAR MEDICAMENTOS

OBSERVACIONES:

LA PACIENTE ESTIVO MEDICADA EN LOS AÑOS ANTERIORES PERO EN SU ULTIMO CONTROL LE SUSPENDIERON LOS MEDICAMENTOS POR TENER UNA EVOLUCION EFECTIVA Y MANIFIESTA NO NECESITARLOS.

DISCAPACIDAD A NIVEL PERSONAL Y EMOCIONAL

8.	**CUIDAD 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 ( ) NO (X)
G.	Otros controles médicos	SI (X) NO ( )
9.	**ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS**	
A.	Tiene manejo del tiempo libre	SI (X) NO ( )
B.	Asiste a proceso de capacitación o formación	SI ( ) NO (X)
C.	Hace actividad física y/o deporte Qué tipo de Actividad:__GIMNASIO_____ Con qué frecuencia: _____DIARIO_____ Por cuánto tiempo: ___2 HORAS_____	SI (X) NO ( )
D.	Fortalecimiento de la parte espiritual Qué religión o doctrina practica: CATOLICA_____	SI (X) NO ( )
E.	Escucha música Qué tipo música escucha: _____MUSICA DE LOS OCHENTA_____	SI (X) NO ( )
F.	Tiene hábito de lectura Qué tipo de lectura prefiere: _LIBROS__DE ASTRONIA____	SI (X) NO ( )
G.	Participa en celebración de fechas especiales	SI (X) NO ( )
H.	Asiste o participa de alguna organización o grupo	SI ( ) NO (X)
I.	Tiene habilidades manuales o artísticas (música, pintura, etc.) Cuáles? DISFRAZ, MANILLAS, FLORES ETERNAS, DIBUJOS, PINTAR, TECNICO EN DISEÑO.	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 ( ) NO (X)
C.	Llora constantemente	SI (X) NO ( )
D.	Se frustra	SI ( ) NO (X)
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 (X) NO ( )

L.	Se siente una carga para su familia	SI ( ) NO (X)
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?

SE PONE A REALIZAR ACTIVIDADES COMO ARREGLAR LA CASA, IR AL GIMNASIO TRATANDO DE OCUPAR SU MENTE EN OTRAS ACTIVIDADES **QUE CONTENGAN MOVENCION**

12. ¿QUÉ SABE ACERCA DE SU ENFERMEDAD MENTAL?

"ES MUY FUERTE, QUE ES MUY COMUN, Y DESCONTROLA EMOCIONALMENTE LAS PERSONAS QUE PADECEMOS ESTE DIGNOSTICO"

OBSERVACIONES: ¿Cómo se visualiza en un futuro?

"MUJER EMPRENDEDORA, MAS SEGURA DE SI MISMA, TAL VEZ CON HIJOS, SIENDO INDEPENDIENTE Y TRABAJADORA, CUMPLIENDO SUEÑOS Y METAS, TENIENDO UNA FAMILIA PROPERA"

DISCAPACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	OBSERVACIONES
ELVIA ROSA PULGARIN	**MAMA**	**56**	**PRIMARIA**	**MESERA Y AMA DE CASA**	
ISABEL CRISTINA CARMONA	**HERMANA**	**9**	**QUINTO DE PRIMARIA**	**ESTUDIA**	
REINALDO RAMIREZ	**PADRE**	**68**	**PRIMARIA**	**AGRICULTOR**	

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

¿CUÁL? EL NOVIO, LA FAMILIA DEL NOVIO, UNA AMIGA QUE FAMILIAR A LA CUAL CONSIDERA COMO SI FUERA UNA ABUELA

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 ( ) NO (X)

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

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: LA PACIENTE MANIFIESTA QUE EN SU ENTORNO FAMILIAR SE PRESENTAN CONFLICTOS POR PARTE DEL PAPA Y TIENEN UNA RELACION DISTANTE.

DISCAPACIDAD SOCIAL

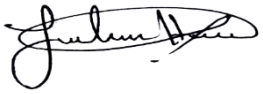
16. POCO CONTACTO SIGNIFICATIVO CON LAS PERSONAS	
A. Cuenta con una grupo de amigos	SI (X) NO ( )
B. Ve televisión (va al cine)	SI ( ) NO (X)
C. Sale de paseo	SI (X) NO ( )
D. Tiene Hobbies	SI (X) NO ( )
E. Sale de compras	SI (X) NO ( )

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

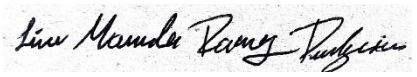
DISCAPACIDAD OCUPACIONAL	
18. Trabaja actualmente	SI (X) NO ( )
Ocupación laboral:	
19. Nivel de satisfacción laboral	
A. Satisfecho	SI (X) NO ( )
B. Insatisfecho	SI ( ) NO ( )
20. Desempeño laboral	
A. Rinde adecuadamente en su trabajo	SI (X) NO ( )
B. Le gusta el trabajo que desempeña	SI (X) NO ( )
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 (X) NO ( )
B. Ayuda mutua	SI (X) NO ( )
C. Comunicativa	SI (X) NO ( )
D. Tensa	SI ( ) NO (X)
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: LA PACIENTE ES CANALIZADA A LOS SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL PARA SU DEBIDA REMISION CON PSICOLOGIA

NIVEL DEL RIESGO PSICOSOCIAL		
ALTO _____	**MODERADO** _____X_____	**BAJO**_____



_____
FIRMA DEL PROFESIONAL



_____
FIRMA DEL USUARIO