FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DATOS PERSONALES			
Primer Apellido **CASTRO**	**Segundo Apellido** **ARIAS**		**Nombres** **MARBEL**
Documento de Identificación **No._1055837265_____ de ___AGUADAS**		**Sexo** **F X M**	**Edad** **_____28_____**
Fecha y Lugar de Nacimiento **Día _19_ Mes _03___ Año _1997____ Departamento ___CALDAS_____ Municipio _____AGUADAS____**			
Estado Civil **Casado(a): ___ Soltero(a): _X__ Unión Libre: ___ Viudo (a)____ Hijos: (Si)X (No) ___1_____** (¿Cuántos?)			
Datos de Correspondencia **Barrio/Vereda: BOMBA EL CARMEN Dirección: ___CRA 6 # 14-32_____Teléfono 3108281412** **Municipio: AGUADAS_____**			
Nivel Educativo **BACHILLERATO**		**Ocupación** **TRABAJA EN RESTAURANTE (MESERA)**	
Seguridad Social **(Si) (No) X ¿Cuál? ____SALUD TOTAL_____**		**Tipo de Vivienda** **Propia ___ Familiar ___ Arrendo __X_**	
Nro. De habitaciones **4**	**Nro. De Habitaciones que se usan como dormitorio** **3**	**Con quién comparte habitación** **HIJO**	

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

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

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

Tiempo de diagnóstico: APROXIMANDAMENTE 2 AÑOS

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

CONTROLES

1. **PERIODICIDAD DE CONTROLES:**

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

ÁREAS:

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

FECHA DEL ULTIMO CONTROL: SIN CONTROLES

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

Medicamentos: NO TOMA MEDICAMENTOS

3. **¿TOMA LOS MEDICAMENTOS A LA HORA INDICADA?** SI ( ) NO (X)
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:**
   ( ) Diario ( ) Semanal (X) Ninguno Dosis:_____

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

MOTIVO DE NO ADHERENCIA: NO TOMA MEDICAMENTOS

OBSERVACIONES: LA PACIENTE NO HA SIDO MEDICADA FARMACOLOGIMENTE DEBIDO A QUE NO ASISTE A CONTROLES PSICOLGICOS

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 ( ) NO (X)
B.	Asiste a proceso de capacitación o formación	SI ( ) NO (X)
C.	Hace actividad física y/o deporte Qué tipo de Actividad __NINGUNO_ Con qué frecuencia: _____ Por cuánto tiempo: _____	SI ( ) NO (X)
D.	Fortalecimiento de la parte espiritual Qué religión o doctrina practica: _____CATOLICA____	SI (X) NO ( )
E.	Escucha música Qué tipo música escucha: DE TODO	SI (X) NO ( )
F.	Tiene hábito de lectura Qué tipo de lectura prefiere: _____	SI ( ) NO (X)
G.	Participa en celebración de fechas especiales	SI ( ) NO (X)
H.	Asiste o participa de alguna organización o grupo	SI ( ) NO (X)
I.	Tiene habilidades manuales o artísticas (música, pintura, etc.) ¿Cuáles? _____	SI ( ) NO (X)
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 (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 (X) NO ( )
I.	Se siente solo y desamparado	SI (X) NO ( )
J.	Encuentra soluciones	SI ( ) NO (X)
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 ALEJA DE LA SOCIEDAD, ES INACTIVA QUEDANDOSE EN SU CASA Y SE ACUESTA A DOMIR

12. ¿QUÉ SABE ACERCA DE SU ENFERMEDAD MENTAL?

LA PACIENTE REFIERE "SE MANIFIESTA POR DIAS Y MOMENTOS DE DESOLACION, DONDE NO QUISIERA QUE NADIE LE HABLARA, ESTE DIAGNOSTICO ES POCO COMUN Y SOLO LE DA A LAS PERSONAS QUE HAN PASADO POR MOMENTOS TRAUMATICOS COMO A MI"

OBSERVACIONES: ¿Cómo se visualiza en un futuro?

CON UN TRABAJO ESTABLE, PREFERIBLEMTE VIVIENDO EN UNA CUIDAD O PUEBLO LEJOS DE AGUADAS, SIENDO UN EJEMPLO PARA MI HIJO Y CUMPLIR EL SUEÑO DE ADQUIRIR CASA PROPIA.

DISCAPACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	OBSERVACIONES
ALBA LUCIA CASTRO	MAMA	54	PRIMARIA	TRABAJA EN CASA DE FAMILIA	
VALENTINA CASTRO ARIAS	HERMANA	20	QUIENTO PRIMARIA		DISCAPACIDAD
MIGUEL ANGEL TRUJILLO CASTRO	HIJO	7	SEGUNDO PRIMARIA	ESTUDANTE	

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

¿CUÁL? ABUELOS MATERNOS

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 (X) NO ( )
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 ( ) NO (X)
B. Hay manejo del estrés entre ambos	SI ( ) NO (X)
C. Hay respeto	SI ( ) NO (X)
D. Comunicación	SI ( ) NO (X)
E. Vida sexual activa	SI ( ) NO (X)

OBSERVACIONES: SE EVIDENCIA EN LA FAMILIA DISCUSIONES Y CONFLICTOS SIENDO LA CRIANZA DE SU HIJO EL MOTIVO DESENCADENANTE, YA QUE SU MADRE LE INCULCA PAUTAS DE CRIANZA DIFERETENTES A LAS DE LA PACIENTE MARBEL Y ES DESAOTIRIZADA EN LOS MOMENTOS QUE SE ENCUENTRA LABORANDO**.**

DISCAPACIDAD SOCIAL

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

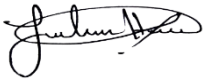
17. RELACIONES CON LA RED DE APOYO SOCIAL (VECINOS)	
A. Conflictivo	SI ( ) NO (X)
B. Participativa	SI ( ) NO (X)
C. Apática	SI (X) NO ( )

DISCAPACIDAD OCUPACIONAL	
18. Trabaja actualmente	SI (X) NO ( )
Ocupación laboral:	MESERA RESTAURANTE
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 (X) NO ( )
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 CONSIDERA QUE SU TRABAJO LE HACE CAMBIAR PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y DISTRAE LA MENTE CUANDO ESTA EN ATENCION AL CLIENTE E INTERACTUANDO CON LA SOCIEDAD.

NIVEL DEL RIESGO PSICOSOCIAL		
ALTO ___X_____	**MODERADO _____**	**BAJO_____**



_____
FIRMA DEL PROFESIONAL



_____
FIRMA DEL USUARIO