FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DATOS PERSONALES			
Primer Apellido **RINCON**	**Segundo Apellido** **FRANCO**		**Nombres** **ANDRES MAURICIO**
Documento de Identificación **No.__1094932914___ de __ARMENIA _____**		**Sexo** **(F) (M) X**	**Edad** **_____32_AÑOS___**
Fecha y Lugar de Nacimiento **Día _30__ Mes _01___ Año __1993___ 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: __RENAN BARCO_____ Dirección: __CRA 5ª # 21-28_____Teléfono __3148184063_____** **Municipio:_ AGUADAS_____**			
Nivel Educativo **BACHILLER**		**Ocupación** **COCINERO**	
Seguridad Social **(Si) (No) X Cuál? __SURA___**		**Tipo de Vivienda** **Propia __X_ Familiar ___ Arrendo ___**	
Nro. De habitaciones **6**	**Nro. De Habitaciones que se usan como dormitorio 5**	**Con quién comparte habitación** **SOLO**	

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 DEPRESION - CONSUMO DE SPA

Tiempo de diagnóstico:12 AÑOS

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

CONTROLES

1. **PERIODICIDAD DE CONTROLES:**

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

ÁREAS:

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

FECHA DEL ULTIMO CONTROL: ____**NOVIEMBRE 2024**_____

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

Medicamentos:
SERTRALINA, QUETIAPINA

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:**

(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:

CUANDO SE LE ACABAN LOS MEDICAMENTOS Y NO CUENTA CON EL DINERO PARA COMPRARLOS, CONSIDERADO QUE SON COSTOSOS Y DE DIFICIL ACCESO.

OBSERVACIONES: EL USUARIO MANIFIESTA ESTAR SUMINISTRANDO "CLONAZEPAM" ESTE MEDICAMENTO LO OBTUVO POR MEDIO DE UN AMIGO, ES CONSIENTE QUE ESTE MEDICAMENTO NO HA SIDO FORMULADO O MEDICADO Y MANIFIESTA SENTIRSE MAS TRANQUILO Y MEJOR A LA HORA DE DORMIR, POR ENDE, ES CANALIZADO A MEDICINA GENERAL Y ASI EMPEZAR SUS CONTROLES PSIQUIATRICOS.

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 (X) NO ( )
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 (X) NO ( )
C.	Hace actividad física y/o deporte Qué tipo de Actividad: FUTBOL Con qué frecuencia: SEMANAL Por cuánto tiempo:1 HORA	SI (X) NO ( )
D.	Fortalecimiento de la parte espiritual Qué religión o doctrina practica: NINGUNA	SI (X) NO ( )
E.	Escucha música Qué tipo música escucha: MUSICA ROMANTICA , POPULAR, RAP	SI (X) NO ( )
F.	Tiene hábito de lectura Qué tipo de lectura prefiere: LIBROS	SI (X) NO ( )
G.	Participa en celebración de fechas especiales	SI ( ) NO (X)
H.	Asiste o participa de alguna organización o grupo	SI (X) NO ( )
I.	Tiene habilidades manuales o artísticas (música, pintura, etc.) ¿Cuáles? ESCRIBE POEMAS	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 (X) NO ( )
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 (X) NO ( )
N.	¿La ideación suicida ha estado presente en el último año?	SI (X) NO ( )

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

ESCUCHAR MUSICA, ESTAR SOLO, SI ES DE NOCHE SE TOMA UN CAFÉ Y SE VE UNA SERIE O PELICULA, PREFIERE ALEJARSE DE LA HUMANIDAD Y ASI PASAR SU PROCESO DE MANERA MAS TRANQUILO

12. ¿QUÉ SABE ACERCA DE SU ENFERMEDAD MENTAL?

USUARIO REFIERE "ESTE DIAGNOSTICO NO TIENE SOLUCION, SE DEBE ESTAR CON MEDICAMENTOS Y ES UNA ENFERMEDAD QUE LE PUEDE DAR A CUALQUIER PERSONA SIN IMPORTAR SU ECONOMIA, SU MANERA DE VIVIR, SOLO LLEGA PARA ESTAR EN LOS MOMENTOS QUE NADIE ESPERA"

OBSERVACIONES: ¿Cómo se visualiza en un futuro?

USUARIO REFIERE "MEJORANDO EMOCIONALMENTE, MEJORANDO EN ASPECTOS PERSONALES Y EN LO MATERIAL CUMPLIENDO MIS PLANES Y PROYECTOS A FUTURO Y TERMINAR LA CONSTRUCION DE MI CASA"

DISCAPACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	OBSERVACIONES
MARTHA FRANCO	**MAMA**	**75**	**PRIMARIA**	**AMA DE CASA**	
JOSE GILBERTO FRANCO	**TIO**	**84**	**PRIMARIA**	**OFICIOS DEL HOGAR**	

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

¿CUÁL? ___AMIGA_ A DISTANCIA_____

DEFICIENCIAS DE LA PARTICIPACIÓN EN:

13. ROL A NIVEL PARENTAL		
A.	Pautas de crianza	SI ( ) NO (X)
B.	Autoridad	SI ( ) NO (X)
C.	Autonomía	SI ( ) NO (X)
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 (X) NO ( )
C.	Conflictiva	SI ( ) NO (X)
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 ( ) NO (X)
C.	Hay respeto	SI (X) NO ( )
D.	Comunicación	SI (X) NO ( )
E.	Vida sexual activa	SI ( ) NO (X)

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 ( ) NO (X)
C. Apática	SI (X) NO ( )

DISCAPACIDAD OCUPACIONAL	
18. Trabaja actualmente	SI (X) NO ( )
Ocupación laboral:	
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 (X) NO ( )
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 ____X_____	BAJO_____



_____

FIRMA DEL PROFESIONAL



_____

FIRMA DEL USUARIO