FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DATOS PERSONALES			
Primer Apellido **GALVIS**	**Segundo Apellido** **PATIÑO**	**Nombres** **MARIA EMILSE**	
Documento de Identificación **No._24365999_____ de ____AGUADAS_____**	**Sexo** **F X M**	**Edad** **_____59____**	
Fecha y Lugar de Nacimiento **Día _06__ Mes _09___ Año _1965____ Departamento __CALDAS_____ Municipio ___AGUADAS_____**			
Estado Civil **Casado(a): ___ Soltero(a): ___ Unión Libre: _X__ Viudo (a)____ Hijos: (Si) X(No) ___2_____** **¿Cuántos?**			
Datos de Correspondencia **Barrio/Vereda: __OLIVARIES_____ Dirección: ____CALLE 12 6-59_____Teléfono ___3116119577_____Municipio:___AGUADAS_____**			
Nivel Educativo **BACHILLERATO**		**Ocupación** **AMA DE CASA**	
Seguridad Social **(Si) X(No) ¿Cuál? __NEPS_____**		**Tipo de Vivienda** **Propia _X__ Familiar ___ Arrendo ___**	
Nro. De habitaciones **2**	**Nro. De Habitaciones que se usan como dormitorio** **3**	**Con quién comparte habitación** **ESPOSO**	

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 DE ANSIEDAD GENERALIZADA - EPISODIO DEPREIVO MODERADO

Tiempo de diagnóstico: _____8 AÑOS___

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

CONTROLES

1. **PERIODICIDAD DE CONTROLES:**

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

ÁREAS:

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

FECHA DEL ULTIMO CONTROL: _____03 DE DICIEMBRE DE 2024_____

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

Medicamentos:____VENLAFAXINE 37.5 MG

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 _____

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

MOTIVO DE NO ADHERENCIA:
_____
_____
_____
_____
_____

OBSERVACIONES:
_____
_____
_____

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: _____ 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: _____	SI ( ) NO (X)
F.	Tiene hábito de lectura Qué tipo de lectura prefiere: _____	SI ( ) NO (X)
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? CROCHET_____	SI (X) NO ( )
10.	**PERDIDA DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA EMOCIONAL**	
A.	Se aleja	SI ( ) NO (X)
B.	Busca a la persona más cercana	SI (X) NO ( )
C.	Llora constantemente	SI ( ) NO (X)
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 QUEDA REFLEXIONANDO ESPERANDO QUE LE PASE RAPIDO EL MALESTAR

12. ¿QUÉ SABE ACERCA DE SU ENFERMEDAD MENTAL?

"NO TIENE CURA Y QUE SE MANEJA CON MEDICAMENTOS"

OBSERVACIONES: ¿Cómo se visualiza en un futuro?

CON LA FAMILIA UNIDA, BUEN ESTADO DE SALUD FISICA Y MENTALMETE

DISCAPACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	OBSERVACIONES
MARCO TULIO LOPEZ	**ESPOSO**	**67**	**BACHILLER**	**AGRICULTOR**	

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

¿CUÁL? HERMANA

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 (X) NO ( )
C.	Conflictiva	SI ( ) NO (X)
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:

_____
_____
_____
_____

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 ( ) NO (X)
E. Sale de compras	SI (X) NO ( )

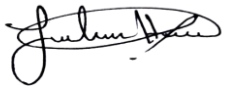
17. RELACIONES CON LA RED DE APOYO SOCIAL (VECINOS)	
A. Conflictivo	SI ( ) NO (X)
B. Participativa	SI (X) NO ( )
C. Apática	SI ( ) NO (X)

DISCAPACIDAD OCUPACIONAL	
18. Trabaja actualmente	SI ( ) NO (X)
Ocupación laboral:	
19. Nivel de satisfacción laboral	
A. Satisfecho	SI ( ) NO ( )
B. Insatisfecho	SI ( ) NO ( )
20. Desempeño laboral	
A. Rinde adecuadamente en su trabajo	SI ( ) NO ( )
B. Le gusta el trabajo que desempeña	SI ( ) NO ( )
C. Es ágil	SI ( ) NO ( )
21. Relación con los jefes y superiores	
A. Buena	SI ( ) NO ( )
B. Mala	SI ( ) NO ( )
C. Comunicativa	SI ( ) NO ( )
D. Acata ordenes	SI ( ) NO ( )
22. Relación con los compañeros de trabajo	
A. Unida	SI ( ) NO ( )
B. Ayuda mutua	SI ( ) NO ( )
C. Comunicativa	SI ( ) NO ( )
D. Tensa	SI ( ) NO ( )
E. Discusiones y peleas	SI ( ) NO ( )
23. Labores del hogar	
A. Colabora en las diferentes actividades del hogar	SI ( ) NO ( )
B. Aporta económicamente al hogar	SI ( ) NO ( )
24. Si NO trabaja	
A. ¿Hace cuánto no lo hace?	**NO HA TENDO TRABAJO**
B. Cuál fue la última ocupación: _____AMA DE CASA _____	

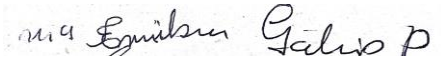
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____
_____
_____

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



FIRMA DEL PROFESIONAL



FIRMA DEL USUARIO