FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DATOS PERSONALES			
Primer Apellido **VALENCIA**	**Segundo Apellido**	**Nombres** **GLORIA NANCY**	
Documento de Identificación **No.__24367503_____ de __AGUADAS_____**	**Sexo** **F X M**	**Edad** **____60_____**	
Fecha y Lugar de Nacimiento **Día 07___ Mes _09__ Año _1964____ Departamento _CALDAS_____ Municipio _AGUADAS_____**			
Estado Civil **Casado(a): ___ Soltero(a): _X__ Unión Libre: ___ Viudo (a)____ Hijos: (Si)X (No) _3_____** **¿Cuántos?**			
Datos de Correspondencia **Barrio/Vereda: _MONSERRATE_____ Dirección: _____CALLE 2 N 2-09_____Teléfono __3115420932_____Municipio:__AGUADAS_____**			
Nivel Educativo **PRIMARIA**	**Ocupación** **AMA DE CASA**		
Seguridad Social **(Si) (No) X ¿Cuál? SALUD TOTAL**	**Tipo de Vivienda** **Propia ___ Familiar _X__ Arrendo ___**		
Nro. De habitaciones **3**	**Nro. De Habitaciones que se usan como dormitorio** **2**	**Con quién comparte habitación** **SOLA**	

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 DEPRESIVO RECURRENTE_____

Tiempo de diagnóstico: __5 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: ___**SEPTIEMBRE DE 2024**_____

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

Medicamentos: FLUOXETINA, CLOXEPINA

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 MAÑANA 1 EN LA NOCHE_____

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

MOTIVO DE NO ADHERENCIA: CUANDO NO CUENTA CON EL DINERO SUFICIENTE PARA CUBIR SUS MEDICAMENTOS

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 ( ) NO (X)
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 ( ) NO (X)
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:_____ 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: __POPULAR_____	SI (X) NO ( )
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? _____	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 (X) NO ( )
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 (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?

LA USUARIA REFIERE "ME TOMO LOS MEDICAMENTOS Y ME ACUESTO A DORMIR, NO ME GUSTA HABLAR Y PREFIERO ESTAR SOLA POR UN TIEMPO"

12. ¿QUÉ SABE ACERCA DE SU ENFERMEDAD MENTAL?

"SON MOMENTOS DE MUCHA TRISTEZA, MUY REPETITIVOS, SE PUEDE CONTROLAR POR MEDIO DE TRANQUILIZANTES"

OBSERVACIONES: ¿Cómo se visualiza en un futuro?

"EN MI CASA TRANQUILA, DISFRUTANDO EN FAMILIA, MOTIVANDO A MIS HIJOS Y CONTINUAR CON LA VIDA COMO DIOS LA MANDE Y PERMITA"

DISCAPACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	OBSERVACIONES
NORBEY ACEVEDO VALENCIA	**HIJO**	**35**	**SECUNDARIA**	**OFICIOS VARIOS**	

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

¿CUÁL? HERMANAS, SOBRINOS Y VECINOS

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 (X) NO ( )
E.	Relación amalgamada	SI ( ) NO (X)

14. ROL A NIVEL FAMILIAR:		
A.	Fuerte	SI ( ) NO (X)
B.	Estrecha	SI ( ) NO (X)
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 (X) NO ( )
C.	Hay respeto	SI (X) NO ( )
D.	Comunicación	SI ( ) NO (X)
E.	Vida sexual activa	SI ( ) NO (X)

OBSERVACIONES:

LAS RESPUESTAS A NIVEL MARITAL FUERON BASADAS EN RELACIONES PASADAS YA QUE ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA EN RELACION MARITAL

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 ( ) NO (X)
D. Tiene Hobbies	SI ( ) NO (X)
E. Sale de compras	SI ( ) NO (X)

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 (X) NO ( )
B. Aporta económicamente al hogar	SI ( ) NO (X)
24. Si NO trabaja	
A. ¿Hace cuánto no lo hace?	1 AÑO
B. Cuál fue la última ocupación: ___OFICIOS VARIOS EN CAFETERIA FAMILIAR	

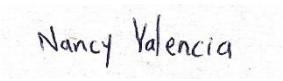
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____
_____
_____

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



_____
FIRMA DEL PROFESIONAL



_____
FIRMA DEL USUARIO