# *FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL*

| **DATOS PERSONALES** | | | |
|---|---|---|---|
| **Primer Apellido**<br>**BUITRAGO** | **Segundo Apellido**<br>**PATIÑO** | | **Nombres**<br>**CELENE** |
| **Documento de Identificación**<br>**No.__24367686_____ de ___AGUADAS_____** | | **Sexo**<br>**F X M** | **Edad**<br>**____58_____** |
| **Fecha y Lugar de Nacimiento**<br>**Día _27_ Mes _02___ Año __1967___ Departamento ___CALDAS_____ Municipio __AGUADAS_____** | | | |
| **Estado Civil**<br>**¿Cuántos?**<br>**Casado(a): _X__ Soltero(a): ___ Unión Libre: ___ Viudo (a)____ Hijos: (Si)X (No) __2_____** | | | |
| **Datos de Correspondencia**<br>**Barrio/Vereda: __VEREDA LETICIA_____ Dirección: __CASA A BORDO DE CARRETERA_____Teléfono ___3127421130_____Municipio:__AGUADAS_____** | | | |
| **Nivel Educativo**<br>**PRIMARIA** | | **Ocupación**<br>**AMA DE CASA** | |
| **Seguridad Social**<br>**(Si)X (No) ¿Cuál? __NEPS CONTRIBUTIVO_____** | | **Tipo de Vivienda**<br>**Propia _X__ Familiar ___ Arrendo ___** | |
| **Nro. De habitaciones**<br>**3** | **Nro. De Habitaciones que se usan como dormitorio**<br>**2** | **Con quién comparte habitación**<br>**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 MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Tiempo de diagnóstico: ____10 AÑOS _____

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

**CONTROLES**

1. **PERIODICIDAD DE CONTROLES:**

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

**ÁREAS:**

| | |
|---|---|
| **Medicina General:** | |
| **Psiquiatría:** | |
| **Psicología: X** | |

**FECHA DEL ULTIMO CONTROL: __ABRIL 2025_____**

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

**Medicamentos: DULOXEPINA, PREGABALINA,QUETIAPINE**

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:_____

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

**MOTIVO DE NO ADHERENCIA**: DISMINUCION DE LA DOSIS YA QUE LA EPS NO LE ESTA BRINDANDO TODOS LOS MEDICAMENTOS COMPLETOS Y DEBE COMPRARLA.

**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<br>Qué tipo de Actividad:<br>CAMINA<br>Con qué frecuencia:<br>_DIARIO<br>Por cuánto tiempo: 1 HORA | SI (X ) NO ( ) |
| D. | Fortalecimiento de la parte espiritual<br>Qué religión o doctrina practica:<br>CATOLICA | SI ( X ) NO ( ) |
| E. | Escucha música<br>Qué tipo música escucha:<br>POPULAR | SI ( X ) NO ( ) |
| F. | Tiene hábito de lectura<br>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 ( X ) NO ( ) |
| I. | Tiene habilidades manuales o artísticas (música, pintura, etc.) ¿Cuáles? REALIZAR SOMBREROS, BORDAR | 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 ( ) NO (X ) |
| E. | Se dirige a alguna institución para buscar ayuda | SI ( X ) NO ( ) |
| 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 (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?**

LLORA PORQUE SIENTE QUE ASI LIBRERA SUS EMOCIONES, SE ALEJA DE LA FAMILIA Y AMIGOS YA QUE PREFIERE ESTAR SOLA, ES INACTIVA Y SE REDUCE COMPLETAMENTE A LA CAMA SIN QUERER LEVANTARSE Y ACUDE A BUSCAR AYUDA PROFESIONAL**.**

**12. ¿QUÉ SABE ACERCA DE SU ENFERMEDAD MENTAL?**

ES ALGO DEL CEREBRO Y DOMINA LA MENTE Y PENSAMIENTOS, ES POCO COMUN, PERO LA PUEDE PADECER CUALQUIER PERSONA, NO TIENE CURA, PERO ES CONTROLABLE.

**OBSERVACIONES: ¿Cómo se visualiza en un futuro?**

TRANQUILA CON SU ESPOSO Y DISFRUTANDO EN FAMILIA, QUIERE SIEMPRE SER APOYO PARA SUS HIJOS YA QUE SON LA MOTIVACION PARA SALIR ADELANTE.

**DISCAPACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

**ESTRUCTURA FAMILIAR**

| NOMBRE | PARENTESCO | EDAD | ESTUDIOS | PROFESIÓN | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| **JOSE ALBEIRO GIRALDO** | **ESPOSO** | **63** | **PRIMARIA** | **AGRICULTOR** | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

**¿CUÁL?** _MADRE, LOS HIJOS Y UNA VECINA

**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 ( X ) NO ( ) |

| 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 (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 ( 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 ( ) 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 TRABAJADO** |
| **B. Cuál fue la última ocupación:** **_SIEMPRE HA SIDO AMA DE CASA** | |

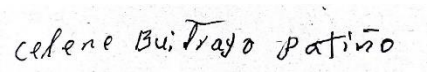
**OBSERVACIONES:**

_____
_____
_____
_____
_____

| NIVEL DEL RIESGO PSICOSOCIAL | | |
|---|---|---|
| **ALTO** _____ | **MODERADO** _____**X**_____ | **BAJO**_____ |



**FIRMA DEL PROFESIONAL**



**FIRMA DEL USUARIO**