FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DATOS PERSONALES			
Primer Apellido **HERNANDEZ**	**Segundo Apellido** **ZAPATA**	**Nombres** **FABIO**	
Documento de Identificación **No._4336353____ de _AGUADAS__**	**Sexo** **F X M**	**Edad** **____66_____**	
Fecha y Lugar de Nacimiento **Día _03_ Mes _04__ Año _1959____ Departamento ___CALDAS_____ Municipio _AGUADAS_____**			
Estado Civil **Casado(a): ___ Soltero(a): _X__ Unión Libre: ___ Viudo (a)____ Hijos: (Si) (No) X ¿Cuántos? _____**			
Datos de Correspondencia **Barrio/Vereda: _CALLEJON LOS CEDROS__ Dirección: _CRA 3 N 2-33_____Teléfono _3146193669_____ Municipio:_____**			
Nivel Educativo **PRIMARIA**		**Ocupación** **LAVA CARROS**	
Seguridad Social **(Si) (No)X ¿Cuál? ___SURA_____**		**Tipo de Vivienda** **Propia ___ Familiar ___ Arrendo _X__**	
Nro. De habitaciones **1**	**Nro. De Habitaciones que se usan como dormitorio** **1**	**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 DEPRESIVO RECURRENTE____

Tiempo de diagnóstico: _APROXIMADAMENTE 5 AÑOS___

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

CONTROLES

1. **PERIODICIDAD DE CONTROLES:**

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

ÁREAS:

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

FECHA DEL ULTIMO CONTROL: _FEBRERO DE 2025_____

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

Medicamentos:__ AMITRIPTILINA, TRAZODONA, TRAMADOL

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_____

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

MOTIVO DE NO ADHERENCIA: PACIENTE MANIFIESTA QUE ALGUNAS VECES SUSPENDE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO YA QUE LOS MEDICAMENTOS SON MUY COSTOSOS Y A AVECES LA EPS NO LOS SUMINISTRA DURANTE MESES

OBSERVACIONES: SE LE RECOMIENDA AL USUARIO ASISTIR A LOS CONTROLES PARA AUTORIZACION DE SUS MEDICAMENTOS

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 ( ) NO (X)
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 (X) NO ( )
B.	Asiste a proceso de capacitación o formación	SI ( ) NO (X)
C.	Hace actividad física y/o deporte Qué tipo de Actividad: CAMINAR Con qué frecuencia: DIARIO Por cuánto tiempo: UNA HORA	SI (X) NO ( )
D.	Fortalecimiento de la parte espiritual Qué religión o doctrina practica: CATOLICO	SI (X) NO ( )
E.	Escucha música Qué tipo música escucha: ROMANTICA, 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 ( ) 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 ( ) 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 (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 ( ) 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 TOMA LOS MEDICAMENTOS, REALIZA ORACIONES, SE VA PARA SU CASA Y PERMANECE SOLO HASTA ESTAR MEJOR

12. ¿QUÉ SABE ACERCA DE SU ENFERMEDAD MENTAL?

QUE EN LAS NOCHES SE PRESENTA AUSENCIA DE SUEÑO Y SE PUEDE TRATAR CON LOS MEDICAMENTOS

OBSERVACIONES: ¿Cómo se visualiza en un futuro?

EL PACIENTE REFIERE "IGUAL O MAS ENFERMO"

DISCAPACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	OBSERVACIONES

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

¿CUÁL? UNA SOBRINA

DEFICIENCIAS DE LA PARTICIPACIÓN EN:

13. ROL A NIVEL PARENTAL	
A. Pautas de crianza	SI ( ) NO ( )
B. Autoridad	SI ( ) NO ( )
C. Autonomía	SI ( ) NO ( )
D. Sobre protección	SI ( ) NO ( )
E. Relación amalgamada	SI ( ) NO ( )

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

OBSERVACIONES: LAS ANTERIORES CASILLAS NO SE RESPONDEN DEBIADO A QUE EL USUARIO ES COMPLETAMENTE SOLO EN LOS ROLES A NIVEL PARENTAL NO TIENE HIJOS, A NIVEL FAMILIAR SOLO CUENTA CON UNA SOBRINA QUE LE AYUDA ECONOMICAMENTE.

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

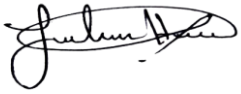
17. RELACIONES CON LA RED DE APOYO SOCIAL (VECINOS)

A.	**Conflictivo**	SI ( ) NO (X)
B.	**Participativa**	SI ( ) NO (X)
C.	**Apática**	SI ( ) NO (X)

DISCAPACIDAD OCUPACIONAL	
18. Trabaja actualmente	SI (X) NO ( )
Ocupación laboral:	LAVA CARROS
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 ( ) NO (X)
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: EL PACIENTE RESIDE SOLO, NO TIENE FAMILIARES QUE VIVAN CON EL, PERO SI CUENTA CON EL APOYO ECONOMICO DE UNA SOBRINA QUIEN LE PAGA EL ARRENDO

NIVEL DEL RIESGO PSICOSOCIAL		
ALTO _____	**MODERADO** ____**X**_____	**BAJO**_____





FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL USUARIO