FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DATOS PERSONALES			
Primer Apellido **FRANCO**	**Segundo Apellido** **GARCIA**	**Nombres** **ROGELIO**	
Documento de Identificación **No.__75045979_____ de ___AGUADAS_____**	**Sexo** **F X M**	**Edad** **_____60_____**	
Fecha y Lugar de Nacimiento **Día _10__ Mes _10__ Año __1964___ Departamento ____CALDAS_____ Municipio _____AGUADAS_____**			
Estado Civil **Casado(a): __X_ Soltero(a): ___ Unión Libre: ___ Viudo (a)____ Hijos:X (Si) (No) ___2_____ ¿Cuántos?**			
Datos de Correspondencia **Barrio/Vereda: LA BLANQUITA_ Dirección: EL RECREO__Teléfono ____3218408234_____** **Municipio:____AGUADAS_____**			
Nivel Educativo **TERCERO DE PRIMARIA**		**Ocupación** **AGRICULTOR**	
Seguridad Social **(Si) X (No) ¿Cuál? NEPS**		**Tipo de Vivienda** **Propia _X__ Familiar ___ Arrendo ___**	
Nro. De habitaciones **3**	**Nro. De Habitaciones que se usan como dormitorio** **2**	**Con quién comparte habitación** **ESPOSA**	

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Trastorno Afectivo Bipolar: ___X___ 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:**

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

ÁREAS:

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

FECHA DEL ULTIMO CONTROL: MARZO DE 2025

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

Medicamentos: _ FLUOXETINA, TRAZODONA, PREGABALINA

3. **¿TOMA LOS MEDICAMENTOS A LA HORA INDICADA?** SI (X) NO ( )
4. **¿CUANDO LOS SÍNTOMAS DESAPARECEN, SUSPENDE EL TRATAMIENTO?** SI (X) NO ( )
5. **¿PARA QUE SIGA EL TRATAMIENTO, ES NECESARIO QUE OTROS LE RECUERDEN QUE DEBE TOMARLO?** SI (X) NO ( )
6. **FRECUENCIA DE TOMA DE MEDICAMENTOS:**
   (X) Diario ( ) Semanal ( ) Ninguno Dosis: 1 MAÑANA, 1 NOCHE, 1 EN LA NOCHE

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

MOTIVO DE NO ADHERENCIA:
POCAS VECES CUANDO SE SIENTE TRANQUILO

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 ( ) NO (X)
E.	Controles odontológicos	SI (X) NO ( )
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 (X) NO ( )
C.	Hace actividad física y/o deporte Qué tipo de Actividad: MONTAR BICICLITA Con qué frecuencia: CADA MES 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: MUSICA 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 (X) NO ( )
I.	Tiene habilidades manuales o artísticas (música, pintura, etc.) ¿Cuáles? EVANISTERIA	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 (X) NO ( )
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 ( ) 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 ( ) NO (X)

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

TOMAR LOS MEDICAMENTOS, ACUDE A SU ESPOSA PARA BUSCAR APOYO Y COMPARTE SENTIMIENTOS CON SUS HIJOS

12. ¿QUÉ SABE ACERCA DE SU ENFERMEDAD MENTAL?

ES UNA ENFERMEDAD, QUE SE PUEDE MANEJAR CON TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS, PUEDE TENER DIAS DE RECAIDA Y OTROS DIAS BIEN, ES MUY VARIABLE**.**

OBSERVACIONES: ¿Cómo se visualiza en un futuro?

TRANQUILO EN SU FINCA CON SU ESPOSA REALIZANDO LAS LABORES DIARIAS Y VIENDO PRORAMAS DE TELEVISION, MEJORANDO A NIVEL EMOCIONAL Y ESPERA TENER BUENA SALUD FISICA.

DISCAPACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	OBSERVACIONES
OMAIRA ARIAS	**ESPOSA**	**48**	**QUIENTO DE PRIMARIA**	**AMA DE CASA**	

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

¿CUÁL? ALGUNOS VECINOS Y PRIMOS

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 ( )

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 ( ) NO (X)
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 ( ) NO (X)
C. Apática	SI ( ) NO (X)

DISCAPACIDAD OCUPACIONAL	
18. Trabaja actualmente	SI (X) NO ( )
Ocupación laboral:	AGRICULTOR
19. Nivel de satisfacción laboral	
A. Satisfecho	SI ( ) NO (X)
B. Insatisfecho	SI (X) NO ( )
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 ( ) NO (X)
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 ( ) 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: DEBIADO A SU ESTADO DE SALUD EL PACIENTE SE SIENTE TRISTE AL NO PODER REALIZAR SU TRABAJO COMO LO HACIA ANTES Y CONSIDERA QUE NO ES AGIL PARA LA EJECUCION DE SUS ACTIVIDADES.

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

Rogelio Franco G

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL USUARIO