FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DATOS PERSONALES			
Primer Apellido **HINCAPIE**	**Segundo Apellido** **LOPEZ**		**Nombres** **WILLIAM HUBERTO**
Documento de Identificación **No. 75049092 de AGUADAS**		**Sexo** **F M X**	**Edad** **51**
Fecha y Lugar de Nacimiento **Día 12 Mes 02 Año 1974 Departamento CALDAS Municipio AGUADAS**			
Estado Civil **Casado(a): X Soltero(a): Unión Libre: Viudo (a) Hijos: (Si) X (No) ¿Cuántos? 2**			
Datos de Correspondencia **Barrio/Vereda: SECTOR LA "Y" Dirección: CRA 3# 14-64 Teléfono 3137098131 Municipio: AGUADAS**			
Nivel Educativo **BACHILLER PEDAGOGICO**		**Ocupación** **SIN OCUPACION**	
Seguridad Social **(Si)X (No) ¿Cuál? SALUD TOTAL**		**Tipo de Vivienda** **Propia Familiar Arrendo X**	
Nro. De habitaciones **4**	**Nro. De Habitaciones que se usan como dormitorio** **2**	**Con quién comparte habitación** **ESPOSA**	

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? PARKINSON, EPISODIO DEPRESIVO

Tiempo de diagnóstico: PARKINSON 15 AÑOS Y DEPRESION LEVE 5 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: NOVIEMBRE 2024

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

Medicamentos: LEVODOPA, SERTRALINA, MIRAPET, MANTADINA,CLOZAPINA

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: SUSPENSION DEL MEDICAMENTO MIRAPET YA QUE NO ES ENTREGADO POR LA EPS Y DEBEN COMPARLO.

OBSERVACIONES: EL PACIENTE MANIFIESTA DEPENDER EN SU TOTALIDAD DE LOS MECADICAMEMTOS FARMACOLOGICOS.

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 ( ) 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: __CATOLICO_____	SI (X) NO ( )
E.	Escucha música Qué tipo música escucha: ROMANTICA, SALSA	SI (X) NO ( )
F.	Tiene hábito de lectura Qué tipo de lectura prefiere: LEER LA BIBLIA	SI (X) NO ( )
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? PINTAR DIBUJAR Y BAILAR	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 (X) NO ( )
E.	Se dirige a alguna institución para buscar ayuda	SI (X) NO ( )
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 ( ) NO (X)
L.	Se siente una carga para su familia	SI (X) NO ( )
M.	Ideación suicida (¿Ha contemplado atentar contra su vida?)	SI (X) NO ( )
N.	¿La ideación suicida ha estado presente en el último año?	SI (X) NO ( )

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

BUSCA APOYO DE SU ESPOSA, Y ES CONSTANTE CON SUS MEDICAMENTOS, PREFIERE AISLARSE DE LAS PERSONAS DEL COMUN E INTENTA CONTROLARSE POR SI SOLO.

12. ¿QUÉ SABE ACERCA DE SU ENFERMEDAD MENTAL?

EL PACIENTE MANIFIESTA "QUE ES DEGENERATIVA, NO TIENE CURA Y ES ALGO CON LO QUE DEBO APRENDER A VIVIR LE PUEDE ADAR A CUALQUIER PERSONA"

OBSERVACIONES: ¿Cómo se visualiza en un futuro?

EL PACIENTEB REFIERE "SI ME REALIZAN LA CIRUGIA PARA EL PARKINSON ESTARE MUY TRANQUILO Y CON CALIDAD DE VIDA, DE LO CONTRARIO NO CREO PODER CONTUNIAR ASI"

DISCAPACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	OBSERVACIONES
ANGELICA MARÍA CASTAÑO MONTOYA	**ESPOSA**	**54**	**BACHILLER**	**RESTAURANTE**	

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

¿CUÁL? LA EMPLEADA

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 (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 (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: EL PACIENTE SIENTE QUE SUS FAMIIARES Y AMIGOS SE HAN ALEJADO DEL EL POR SU CONDICION.

DISCAPACIDAD SOCIAL

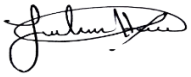
16. POCO CONTACTO SIGNIFICATIVO CON LAS PERSONAS	
A. Cuenta con una grupo de amigos	SI ( ) NO (X)
B. Ve televisión (va al cine)	SI (X) NO ( )
C. Sale de paseo	SI (X) NO ( )
D. Tiene Hobbies	SI ( ) NO (X)
E. Sale de compras	SI ( ) NO (X)

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

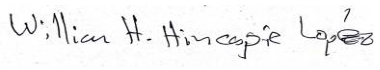
DISCAPACIDAD OCUPACIONAL	
18. Trabaja actualmente	SI ( ) NO (X)
Ocupación laboral:	
19. Nivel de satisfacción laboral	
A. Satisfecho	SI ( ) NO ( )
B. Insatisfecho	SI ( ) NO ( )
20. Desempeño laboral	
A. Rinde adecuadamente en su trabajo	SI ( ) NO ( )
B. Le gusta el trabajo que desempeña	SI ( ) NO ( )
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?	**3 AÑOS**
B. Cuál fue la última ocupación: **TRABAJABA EN RESTAURANTE FAMILIAR**	

OBSERVACIONES: POR SU CONDICION (PARKINSON) EL PACIENTE NO PUEDE TRABAJAR Y SE SIENTE INUTIL POR NO PODER REALIZAR ACTIVIDADES POR SI SOLO Y DEPENDER SIEMPRE DE SU ESPOSA

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



FIRMA DEL PROFESIONAL



FIRMA DEL USUARIO