

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I. Registro de datos iniciales para el pre-ingreso.

ANEXO II. Historia personal y aspectos relevantes.

ANEXO III. Acogida.

ANEXO IV. Programa Individual de Rehabilitación.

ANEXO I. REGISTRO DE DATOS INICIALES PARA EL PREINGRESO

(A cumplimentar por personal Administrativo)

Nombre y Apellidos:

Nº Historia Clínica (de la Unidad de Rehabilitación):

Fecha de derivación (reflejada en el informe clínico de derivación):

Domicilio:

Teléfono:

Sexo:

Edad:

Convivencia:

Estado Civil:

Familiar de contacto:

D.N.I.:

Nº Seguridad Social:

Diagnóstico de Salud Mental:

(Según CIE10):

Psiquiatra de
referencia

Teléfono de psiquiatra de referencia:

Teléfono del CSM:

Fecha de acogida en la Unidad de Rehabilitación:

Tutor:

ANEXO II. HISTORIA PERSONAL Y ASPECTOS RELEVANTES

PARTE I: HISTORIA PERSONAL

(A cumplimentar por el/la Tutor/a del paciente)

1. Diagnósticos (CIE-10):

Diagnósticos conocidos.-

1º- _____

2º- _____

2. Edad de inicio de enfermedad: _____

3. Años de evolución: _____

4. Ingresos hospitalarios:

Nº Edad Fecha Lugar

Nº	Edad	Fecha	Lugar
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5. Estudios:

Analfabeto. Bachiller. Titulado superior.

Sin estudios. F.P.1. Otros.

Certificado de escolaridad F.P.2.

Certificado de E.S.O. Titulado medio.

6. Situación legal:

Responsable ante la ley. Incapacitado con tutela.

Incapacitado con curatela. Incapacitación en trámite.

7. Situación laboral:

- Activo. Rentista. I.L.P. (trabajo habitual).
- Buscando 1º empleo Estudiante. I.L.P. (todo tipo de trabajo).
- Desempleo con prestación. Labores del hogar. I.L.P. Absoluta.
- Desempleo sin prestación. I.L.T. Otros.
- Pensionista/Jubilado. I.L.P.

8. Relación con la justicia:

- Con antecedentes. Cumpliendo condena.
- Sin antecedentes. En libertad condicional.

9. Nivel socio-económico familiar:

- Bajo. Medio. Alto.
- Medio-bajo. Medio-alto. No conocido.

10. Ingresos propios (si dispone de ingresos propios, especificar cantidad):

- Si. No. Desconocido.

11. Tratamiento:

- Farmacológico principalmente. Ambos.
- Psicoterapia principalmente. Ninguno.

12. Incidencias:

- Sin primer contacto.
- Abandono después del primer contacto (sólo visto una vez).
- Abandono en evolución.

13. Otros recursos sanitarios que esté utilizando o que haya utilizado:

PARTE II. ASPECTOS RELEVANTES (CLINICOS, SOCIALES, BIOGRÁFICOS, FAMILIARES, PREMORBIDOS Y PERSONALES)

1. CLÍNICOS (a cumplimentar por el facultativo/coordinador/a del centro):

- Psicopatología actual:
- Enfermedades somáticas actuales:
- Diagnósticos actuales (CIE-10):
- Tratamiento actual (farmacológico y/o de otro tipo):
- Posibles efectos secundarios del tratamiento actual:
- Breve historia evolutiva de la enfermedad (orden a seguir: debut, posibles ingresos y causas de los mismos, diagnósticos recibidos, tratamientos y respuesta a los mismos, años de evolución):
- Posibles factores precipitantes de las crisis o períodos de descompensación sintomatológica.
- Conciencia de enfermedad:
- ¿Qué información tiene sobre su tratamiento farmacológico y/o de otro tipo?:
- Cumplimentación del tratamiento:
- Responsabilidad ante el tratamiento:

Fecha:

Metodología

Nombre y firma del Psiquiatra/Coordinador/a del centro:

2. BIOGRÁFICOS (a cumplimentar por el/la Psicólogo/a Clínico/a):

-Reflejad solo los datos biográficos relevantes

3. PERSONALES (a cumplimentar por el/la Psicólogo/a Clínico/a):

-Características de personalidad y otros aspectos relevantes:

Fecha:

Metodología empleada:

Nombre y firma el/la Psicólogo/a Clínico/a:

4. FAMILIARES y SOCIALES (a cumplimentar por el/la Trabajador/a Social):

Fecha:

Metodología empleada:

Nombre y firma del Trabajador/a Social:

ANEXO III. ACOGIDA

Primer día de contacto (fecha: _____)

• Coordinador/a del programa de Rehabilitación psicosocial:

1. Recibir en su despacho al paciente y a los familiares que le acompañen.

Observaciones:

2. Conocer las expectativas que tienen paciente y familiares del centro y la información de la que disponen:

Observaciones:

1. Informar de forma sucinta acerca de la finalidad de la Rehabilitación psicosocial:

Observaciones:

4. Mientras los familiares se reúnen con el Trabajador/a Social, se entrevistará con el paciente con el objetivo de valorar la conciencia que tiene de su enfermedad y su motivación para iniciar el trabajo de rehabilitación:

Observaciones:

5. Dar una cita con el tutor asignado al paciente:

Tutor:

Cita:

Fecha:

Nombre y firma del Coordinador/a del programa de Rehabilitación psicosocial:

• **Trabajador/a Social:**

1. Entrevistar a los familiares del paciente para recabar la siguiente información:

-Datos adicionales al informe social de derivación del Centro de Salud Mental:

2. -Necesidades de la familia:

-Aspectos personales del paciente (intereses, aficiones, valores...) que nos puedan ser útiles en el diseño de las actividades de enganche:

3. Dar otra cita a los familiares de considerarlo necesario y/o bien averiguar el modo de contactar con ellos (teléfono, hora y momento del día).

Cita:

Contacto:

Familiar:

Fecha:

Nombre y firma del/a Trabajador/a Social:

• **Tutor asignado al paciente:**

1. Entrevistar al paciente con el objetivo de averiguar aspectos de su vida (intereses, aficiones, valores...) que nos pueden servir en el diseño de las actividades de enganche y necesidades percibidas por el mismo:

Observaciones:

2. Informar al paciente y a la familia de horarios del centro, normas generales de funcionamiento, programas y actividades (proporcionando folleto informativo):

Observaciones:

ANEXO IV. PROGRAMA INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN.

EVALUACIÓN POR ÁREAS PREVIA A LA ELABORACIÓN DEL P.I.R.

CR-EPP-1

1. FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

(A CUMPLIMENTAR POR EL PSICÓLOGO)

- 1.1. Habilidades Cognitivas Básicas (Orientación, atención, concentración y memoria)
- 1.2. Funciones ejecutivas.
- 1.3. Habilidades viso-espaciales.
- 1.4. Procesamiento de la información (Curso del pensamiento y lenguaje)
- 1.5. Capacidad de aprendizaje.

2. AUTOCONTROL EMOCIONAL Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

(A CUMPLIMENTAR POR EL PSICÓLOGO)

- 2.1. Ansiedad / Estrés y manejo de los mismos.
- 2.2. Depresión y manejo de la misma.
- 2.3. Ira / Agresividad y manejo de las mismas.
- 2.4. Síntomas positivos y manejo de las mismas.
- 2.5. Autoconcepto-Autoestima.
- 2.6. Resolución de problemas.

3. HABILIDADES SOCIALES

(A CUMPLIMENTAR POR EL PSICÓLOGO)

- 3.1. Básicas (gestos, postura, mirada, proximidad, tono y volumen de voz)
- 3.2. Conversacionales (escuchar, iniciar y mantener conversaciones...)
- 3.3. Asertivas (comunicar sentimientos, pedir ayuda, expresar disconformidad...)

4. RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO: CONCIENCIA, RESPONSABILIDAD, CUMPLIMIENTO Y RESPUESTA.

(A CUMPLIMENTAR POR EL PSICÓLOGO)

5. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

(A CUMPLIMENTAR POR EL/LA TERAPEUTA OCUPACIONAL)

- 5.1. AVD Básicas (Higiene y vestido)
- 5.2. AVD Instrumentales I (limpieza del hogar, cuidado de ropa...)
- 5.3. AVD Instrumentales II (Organización del hogar, gestiones y manejo de transporte)

6. HABILIDADES EN SALUD

(A CUMPLIMENTAR POR ENFERMERÍA)

- 6.1. Hábitos de vida saludables.
- 6.2. Información sobre enfermedades habituales.
- 6.3. Capacidad de reconocer el malestar físico y poner remedio.
- 6.4. Alimentación (horario, dieta, ritmo, problemas en la ingesta)
- 6.5. Actividad física.
- 6.6. Consumo de drogas, alcohol y otras sustancias perjudiciales (café, refrescos, colas, etc.)
- 6.7. Sueño (Horario, ritmo, alteraciones)

7. PSICOMOTRICIDAD

(A CUMPLIMENTAR POR LOS TERAPEUTAS CORRESPONDIENTES)

- 7.1. Concepción del ritmo.
- 7.2. Lateralidad.
- 7.3. Coordinación viso-manual.
- 7.4. Coordinación viso-pedal.
- 7.5. Control postural.
- 7.6. Organización perceptiva.
- 7.7. Desplazamiento y marcha.

7.8. Coordinación dinámica en general.

8. DESEMPEÑO LABORAL

(A CUMPLIMENTAR POR TERAPEUTA OCUPACIONAL Y/O TRABAJO SOCIAL)

8.1. Capacidad laboral.

8.2. Motivación.

8.3. Expectativas laborales.

9. RECURSOS DE INTEGRACIÓN- SOPORTE SOCIAL

(A CUMPLIMENTAR POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL)

9.1. Actividades Principales.

9.2. Red de soporte social (excluyendo familiares)

9.3. Autonomía económica.

9.4. Soporte residencial.

9.5. Inserción en Recursos Sociales.

10. SOPORTE FAMILIAR

(A CUMPLIMENTAR POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL)

11. OCIO Y TIEMPO LIBRE

(A CUMPLIMENTAR POR EL/LA TERAPEUTA OCUPACIONAL)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

(A cumplimentar por el/la Tutor/a)

CR-PIR-1

0. DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos del paciente:

Nº Historia

Clínica:

Tutor/a del

Paciente:

Fecha:

Metodología empleada:

Nombre y firma de el/la Tutor/ra del paciente.

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

2. NECESIDADES Y RECURSOS / POTENCIALIDADES EN ÁREAS DE EVALUACIÓN.

Necesidades

Recursos

1. Funcionamiento Cognitivo.

SI	NO
Prioritarias SI	NO

2. Autocontrol emocional y afrontamiento al estrés.

SI	NO
Prioritarias SI	NO

3. Habilidades Sociales.

SI	NO
Prioritarias SI	NO

4. Relación con la enfermedad y el tratamiento.

SI	NO
Prioritarias SI	NO

5. Actividades de la vida diaria.

SI	NO
Prioritarias SI	NO

3. NECESIDADES Y RECURSOS/ POTENCIALIDADES EN ÁREAS DE EVALUACIÓN (CONTINUACIÓN)

Necesidades

Recursos

6. Habilidades en Salud

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

7. Psicomotricidad.

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

8. Desempeño Laboral.

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

9. Recursos de Integración

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

10. Soporte Familiar

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

11. Ocio y Tiempo Libre

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

Plan Individualizado de Rehabilitación

(A cumplimentar por el/la Tutor(a))

2. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE ACTUACION.

Objetivos	Estrategias