cuadernos críticos

2

La historia clínica psiquiátrica en el área de salud

Alberto Fernández Liria
Servicio de Salud Mental
Área 5 (Madrid)

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
SERVICIOS DE SALUD MENTAL
COORDINACIÓN
Área 5
CONSEJERÍA DE SANIDAD

LA

HISTORIA CLÍNICA

PSIQUIÁTRICA

en el area de salud

Alcalá de Henares, septiembre de 1993

I.S.B.N.: 84-920685-1-5
Depósito Legal: M-20527-95

FUNDACION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD MENTAL

CONTENIDO

MIEMBROS DE LA COMISION DE ASISTENCIA DE LOS SSM DEL AREA 3

Alberto Fernández Liria (Coordinador de los SSM del Area 3)
Mikel Castañeda Saez de Jáuregui (Jefe de los SSM de Alcalá)
Natividad Vicente Muelas (Jefe de los SSM de Torrejón)
Juan González Cases (Director del Centro de Rehabilitación Psicosocial)
Teodoro Fernández González (responsable de los programas de rehabilitación)

INTRODUCCION

Lo que sigue a continuación es la recopilación de las guías para la confección de diferentes documentos que pueden formar parte de la historia clínica psiquiatrica de un sujeto atendido en los servicios de salud mental de un área sanitaria. Se trata de los documentos aprobados para su uso por la Comisión de Asistencia de los Servicios de Salud Mental del Area 3 de Madrid. Su confección responde a la necesidad de organizar de organizar la recogida, archivo y manejo de la información en unos servicios que han dejado de funcionar como un gran *centro* (hospitalario o ambulatorio) en el que diferentes profesionales hacen sus anotaciones en un macro-documento común, organizado con un criterio cronológico, para pasar a funcionar como una red de servicios en los que se despliega un abanico de programas.

El tipo de información y de organización de la misma, que debe tener ante sus ojos cada profesional, depende del programa en el que desarrolla su actividad. Por eso hemos procurado un formato adecuado para cada uno de ellos. Su publicación responde a un objetivo doble. por un lado pretende servir de recordatorio de la información que en cada caso debe recabarse y servir para la sistematización de la recogida de datos. Por otro debe servir para normalizar el registro de tal modo que cada miembro del equipo interprofesional que deba utilizar la historia pueda localizar sin esfuerzo la información buscada. Para ello hemos adoptado unas convenciones que son las que proponemos en este manual. Hubieramos podido adoptar otras y, seguramente, alguien podrá proponer algunas alternativas mas prácticas o mas ingeniosas. De lo que nadie podrá convencernos es de la utilidad de convenir entre todos un procedimiento - sea cual sea - y de ceñirse a lo convenido hasta que el conjunto de los implicados acuerde uno nuevo.

Antes de ser oficialmente adoptados estas guías han sido minuciosamente discutidas y puestas a prueba en nuestros Servicios de Salud Mental. Nosotros creemos que su puesta en marcha ha facilitado en gran medida nuestro trabajo cotidiano. Así les ha parecido también a compañeros de otros servicios de salud mental que, frecuntemente nos han solicitado información o fotocopias. Esto nos ha animado a hacerlas públicas de un modo formal. Esperamos que, al menos, puedan ahorrar a otros compañeros el trabajo de haceer un borrador inicial para acordar un formato útil para el marco de trabajo que les haya tocado en suerte.

Alberto Fernández Liria
Coordinador de Salud Mental
Area 3 (Madrid)

Servicio Regional de Salud

GUIA PARA LA CONFECCION DE LA HISTORIA CLINICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL AREA 3 DE MADRID

Alcalá de Henares, 1992

SRS6-015

GUIA PARA LA CONFECCION DE LA HISTORIA CLINICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL AREA 3 DE MADRID

La historia clínica es un documento en el que debe constar la información relevante para la organización de la atención a un paciente y la que permita conocer lo acontecido a lo largo del proceso de tratamiento.

Un primer objetivo de esta **guía** es establecer cuál es la información mínima que puede satisfacer este requisito. El establecimiento de este mínimo ha de tomar en consideración la posibilidad de que para la correcta atención de un caso dado sea indicada la aplicación de una técnica basada en unos presupuestos teóricos concretos y que para determinar su viabilidad sea preciso conocer aspectos del usuario que de otro modo no serían relevantes (una insuficiencia hepática si van a ser prescritos fármacos, su capacidad de *insight* si se va a practicar una psicoterapia dinámica, o las circunstancias en que se producen los síntomas si se va a realizar una intervención de modificación de conducta).

El segundo objetivo viene determinado por el hecho de ser una **guía** concebida para la realización de la historia en unos servicios de salud mental públicos en los que se pretende llevar a cabo un trabajo en equipo. Por ello se trata de reglamentar no sólo cuál debe ser el contenido de la historia sino, además, exactamente cuál debe ser el lugar preciso en el que debe aparecer cada información, de modo que cualquiera de los miembros del equipo sepa dónde debe buscarla si la precisa para realizar una intervención concreta en cualquier momento.

Lo que sigue es una guía para la redacción de la **ANAMNESIS. La anamnésis** debe estar recogida en hojas en las que figure tal rótulo al comienzo de las páginas de texto de la historia clínica y debe estructurase de acuerdo con los epígrafes de la guía aunque la información correspondiente no haya sido recogida por ese orden, aunque no haya sido realizada en una sóla entrevista y aunque determinados datos relevantes no hayan sido mencionados por el usuario hasta muy avanzado el tratamiento.

Las anotaciones correspondientes a lo reseñable de cada sesión del proceso de atención debe figurar aparte en las **hojas de seguimiento** haciendo figurar en el márgen destinado a ello la fecha de la entrevista y el nombre o clave del profesional o profesionales que realiza(n) la actuación.

Al menos una vez al año debe figurar un **resumen de evolución** que debe guardarse inmediatamente detrás de las hojas de anamnésis.

La presente guía ha sido aprobada por la Comisión de asistencia del área 3 el 16 de diciembre de 1992, tras haber sido discutida por los equipos, sobre un borrador en cuya confección participaron los médicos residentes del área.

Alberto Fernández Liria
Coordinador de salud mental del área 3

CLAVE	EPIGRAFE	SUBEPIGRAFE	CONTENIDO
MC	MOTIVO DE CONSULTA	Formulación de la demanda	Expresión literal de la petición de ayuda.
			Enviado por: Médico de cabecera, hospital, policia...
		Remitente	Tipo de petición: Normal, urgente, preferente.
		Finalidad de la consulta	Evaluación, tratamiento, otros...
		Diagnóstico	El que el remitente refiere en la solicitud
		Determinante de la consulta	Agravamiento, aparición de nuevos síntomas, dificultades de tratamiento, intenso o riesgo de suicidio, agitación, problema social...
		Secuencia de hechos	Relación de las actuaciones y acontecimientos previos a la solicitud de consulta.
		Acompañantes	Quienes, cuantos y por qué

CLAVE	EPIGRAFE	SUBEPIGRAFE	CONTENIDO
EA	ENFERMEDAD ACTUAL	Episodio actual	Síntoma por síntoma: . Cómo comenzó . Cuando comenzó . Desencadenado por o en relación con... . Curso . Agravado por... . Síntomas asociados (sueño, apetito, conducta sex.) . Tratado con... . Repercusión en otras areas (trabajo, relaciones sociales, relaciones familiares...)
		Episodios previos:	. Cómo fueron . Cómo remitieron . duración de los mismos . tratamientos y respuesta a los mismos . Diagnósticos previos
		Actitud ante la enfermedad.	
		A qué atribuye la enfermedad	
		Cómo cree que podemos ayudarle.	

CLAVE	EPIGRAFE	SUBEPIGRAFE	CONTENIDO
BG	BIOGRAFIA	Arbol familiar	Nombre, edad Lugar donde viven Estado civil, número de hijos Otros datos importantes
		Embarazo y parto	Problemas en el embarazo, deseado/no deseado, problemas en el parto.
		Desarrollo psicomotor.	Deambulación, habla, alimentación, control de esfínteres...
		Salud en la infancia:	
		Mental	Síntomas neuróticos: Tics, Enureis, Sonambulismo, Onicofagia, Miedos...
		Física	Enfermedades físicas en la infancia(st neurológicas), hospitalizaciones, intervenciones, tratamietos...
		Escolarización	Comienzo, finalización y por qué
		Relaciones sociales	Con el mismo sexo, con el sexo contrario
		Relaciones sexuales	Tipo (homo y heterosexuales), Calidad y cantidad
		Separación de la familia.	Cuando y por qué motivo. Reacción a la misma
		Historia laboral	Trayectoria laboral, motivo de los abandonos

CLAVE	EPIGRAFE	SUBEPIGRAFE	CONTENIDO
		Hábitos	Alcohol, otras drogas, hobbies
		Historia matrimonial	Tiempo de noviazgo, relación actual, ¿Ha cambiado?. Hijos (deseados/no deseados). Embarazos, abortos.
		Circunstancias actuales.	Familiares, situación económica, cambios recientes...
PP	PERSONALIDAD PREVIA		Relacionar rasgos sobresalientes, patrones y estilos, actitudinales y defensivos. Cómo te definirias, como te definen los demás.

CLAVE	EPIGRAFE	SUBEPIGRAFE	CONTENIDO
AP	ANTECEDENTES PERSONALES	Somáticos	Ocasiones y motivos por los que acudió anteriormente a los Servicios de Salud Mental.
		Psíquicos	Tratamiento
			Internamientos (cuando sean independientes de la enfermedad actual)
AF	ANTECEDENTES FAMILIARES	Somáticos	Idem.
		Psíquicos	

CLAVE	EPIGRAFE	SUBEPIGRAFE	CONTENIDO
EX	EXPLORACION PSICOPATOL.	Apariencia y actitud	Vestimenta, cuidados, higiene. Constitución corporal Grado de colaboración en la entrevista.
		Pensamiento y lenguaje.	RITMO DEL PENSAMIENTO: Inhibición o retardo, aceleración, fuga de ideas, circunstancialidad... TRANSTORNOS FORMALES: Perseverancia, bloqueo, entretenimiento, pobreza, disgregaciaón... LENGUAJE: Alteraciones funcionales, tartamudez, disartrias... Comprensibilidad - pararrespuesta - neologismos...
		Psicomotricidad	Apariencia facial, postura, movimientos, conducta social. Conduca motora (estereotipas, flexibilidad cerea, ecopraxias...)
		Humor	ALTERACIONES CUANTITATIVAS Sentimientos de tristeza, minusvalia, susceptibilidad, culpa, desesperanza, pesimismo, arreactividad al medio externo. Euforia, aumento de confianza, aumento de autoestima, aumento de cap. vital, optimismo.

CLAVE	EPIGRAFE	SUBEPIGRAFE	CONTENIDO
EXP.			ALTERACIONES CUALITATIVAS Ansiedad - taquicardia, molestia gástrica, sudoración, temblor, sequedad de boca, tensión muscular... Irritabilidad ALTERACIONES DE LA MODULACION Alt. del ritmo labilidad afectiva, rigidez afectiva, vacio afectivo, empobrecimiento. IDEACION AUTOLITICA Pensamientos, planes, intentos previos (cuando, cómo y por qué)
		Delirios, obsesiones y fobias	OBSESIONES Ideas,pensamientos,impulsos obsesivos,compulsiones FOBIAS Objeto fóbico, conductas de evitación, repercusión psicosocial. DELIRIOS Humor delirante, percepciones, intuiciones delirantes, ideas delirantes, delirio sistematizado, (persecución, culpa, ruina, celos...). Repercusión afectiva del delirio

CLAVE	EPIGRAFE	SUBEPIGRAFE	CONTENIDO
EXP.		TRANT. DE LA VIVENCIA DEL YO	Despersonalización, desrrealización. Robo, difusión, influencia del pensamiento.
		PERCEPCION	Ilusiones, presdoalucinaciones, alucinaciones (auditivas, visuales...) alucinosis.
		EXPLORACION NEURO-PSICOL.	ORIENTACION Tiempo (día, mes, año) Espacio Persona CONCIENCIA Alteraciones cuantitativas - por aumento - por descenso - sopor, estupor, coma Alteraciones cualitativas - Estados oneroides - Estados crepusculares - Delirium tremens MEMORIA - inmediata - reciente - remota ATENCION/CONCENTRACION EXPLORACION COGNITIVA, afasias,apraxias,agnosias... JUICIO, RAZONAMIENTO

CLAVE	EPIGRAFE	SUBEPIGRAFE	CONTENIDO
EXP.		INSIGHT	
O.E	OTRAS EXPL.	--	--
DD	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	--	--
D	DIAGNOSTICO	JUICIO CLINICO DES-CRIPTIVO. DIAGNOSTI-CO DE PERSONALIDAD. ENFERMEDADES SOMA-ADAPTACION EN EL TICAS. FACTORES ES-TRESANTES. ADAPTA-CION EN EL AÑO PRE-VIO. CIE-9	Nosológico, dinámico, etiológico, de situacion
TTO.	TRATAMIENTO	FARMACOLOGICO PSICOTERAPEUTICO REHABILITACION MEDIDAS SOCIALES OTROS TRATAMIENTOS	Via, dosis, duración, interrupción, tipo de abordaje, objetivos, duración aproximada

CLAVE	EPIGRAFE	SUBEPIGRAFE	CONTENIDO
P.T.	EXPOSICION PLAN DE TRA-TAMIENTO		ESPECIFICAR: . Problema . Abordaje . Objetivo . Agente . Evaluación
PTICO.	PRONOSTICO Y ESPECTA-TIVAS ANTE EL TRATA-MIENTO.		
EVOL.	EVOLUCION		Inicio de la mejoria, modo de inicio Alta razonada Número de empeoramientos y por qué Tras la entrevista / Según el terapeuta Tras el alta / Según el paciente Nombre y apellidos del terapeuta Profesión
RT.	RECOMENDAC. A SEGUIR		

Servicio Regional de Salud

GUÍA PARA LA CONFECCIÓN DE LA HISTORIA Y PLAN INDIVIDUALIZADO EN EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL AREA 3 DE MADRID

Alcalá de Henares, 1992

21

SRS6-015

GUÍA PARA LA CONFECCIÓN DE LA HISTORIA Y EL PLAN INDIVIDUALIZADO EN EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL AREA 3 DE MADRID.

La presente guía pretende sintetizar un procedimiento secuenciado para reunir primero la información necesaria y confeccionar en base a ella el plan individualizado de los sujetos que reúnen las condiciones de inclusión en el **Programa de Seguimiento y Cuidados para Pacientes Graves y Crónicos** de los Servicios de Salud Mental del Area 3 de madrid (ver apéndice A).

Para facilitar este procedimiento secuenciado se han confeccionado cuatro **hojas-soporte** que se corresponden con cada uno de los pasos que constituyen el proceso a través del cual se confecciona el plan. Los epígrafes bajo los cuales se ha de ordenar la información se recogen en la cabecera de cada hoja junto con la clave (generalmente las iniciales) que permitirá identificarlos en el texto. Hemos preferido este formato al de una hoja con los epígrafes ya marcados por considerar que esto facilita el que la extensión de cada epígrafe se adecue a lo que en cada caso parezca necesario.

La primera de estas hojas,llamada **RESUMEN DE HISTORIA CLINICA** (anexo **1**), es el soporte en el que el equipo de seguimiento debe recibir la información necesaria de parte del facultativo que desea derivar al paciente al programa. La hoja ordena esta información e acuerdo con una serie de epígrafes, especificados como siempre en la cabecera. El contenido de los epígrafes se especifica en la GUÍA PARA LA CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLINICA del Area. La utilidad de la hoja y el recordatorio es que permite al equipo en cargado del programa de seguimiento localizar inmediatamente deficiencias y solicitar del facultativo derivante la información omitida.

La segunda hoja (**EXPLORACIÓN DE REHABILITACION** - anexo **2.1**) relaciona en la cabecera las áreas que deben ser exploradas en cada caso. El anexo **2.2** especifica los subepígrafes contenidos en cada uno de estos apartados y comenta el contenido que debe incluirse en los mismos.

La tercera hoja (**AREAS DE INTERVENCIÓN** - Anexo **3.1**) relaciona en la cabecera cada una de las áreas que pretenden cubrir unas y otras de las intervenciones contempladas en el programa de seguimiento. En base a la información recogida en la exploración de rehabilitación, se trata, en esta fase de establecer cuales serían los objetivos que podrían establecerse en cada una de ellas y cual sería su prioridad. El anexo **3.2** contiene las indicaciones precisas sobre el significado de cada uno de los epígrafes.

La cuarta y última hoja (**PLAN DE SEGUIMIENTO Y CUIDADOS** - Anexo **4.1**) es el soporte en el que debe escribirse el plan invidualizado para cada período de tiempo establecido

(generalmente mensual o trimestral). El anexo **4.2** propone un **ejemplo** imaginario de tal plan en el que enumeran los problemas sobre los que se ha determinado actuar (en base a las prioridades establecidas en la hoja anterior), se explicitan los objetivos propuestos frente a cada uno de ellos para el período de vigencia del plan, se enumeran las actividades a través de las cuales se pretenden conseguir esos objetivos, se determina el agente que va a realizar o monitorizar la actividad (que unas veces es un miembro del equipo - como el psiquiatra, el propio tutor u otro técnico en rehabilitación - y otras una institución como el Centro de Rehabilitación Psicosocial o la Unidad de Hospitalización Breve) y se establece cual es el período, y, si procede, lugar y método por el que se va a valuar cada intervención.

Alberto Fernández Liria
Coordinador de Salud Mental, Area 3. Madrid.

anexo 1

SSM AREA 3

RESUMEN de la HISTORIA CLINICA

APELLIDOS, nombre: **Nº HªC:**

Nº SS: **Régimen: N P O . Facultativo:**

MC: motivo de consulta. **EA:** enfermedad actual. **B:**Biografía. **AP:**antecedentes personales. **AF:** antecedentes familiares. **EC:** exploración clínica. **OE:** otras exploraciones. **T:** tratamiento.

Fecha:

Profesional:

anexo 2.1

SSM AREA 3

EXPLORACION REHABILITACION

APELLIDOS, nombre: **Nº HªC:**

Nº SS: **Régimen: N P O . Facultativo:**

PU: patrón de uso. **AT:** adherencia al tratamiento. **SP:** síntomas problema. **OS:** otros síntomas. **SG:** salud general. **AD:** actitudes y defensas. **SE:** situación económica. **A;** alojamiento. **EL:** esfera laboral. **EF:** esfera familiar. **OR:** otras relaciones. **OT:** ocio y tiempo libre. **NE:** nivel y estilo educacional. **AA:** autonomía por áreas. **UO:** uso otros servicios.

Fecha:

Profesional:

anexo 2.2

EXPLORACION REHABILITACION

	Sub-epígrafe	Contenido
P.U. **PATRÓN** **USO**	**Ritmo:** - Regularmente - Irregularmente **Puntualidad:** - Puntual - Impuntual - Días diferentes a las citas - Urgencias **Actitud:** - Correcto - Muy demandante - Le gusta venir - Hay que convencerle - Colaborador **Autonomía:** - Viene solo o acompañado - Sabe él cuando esta citado - Sabe él pedir la cita	Se recogerá en este apartado el uso del paciente con los S.S.M. y la forma que establece esta relación.
S.P. **SÍNTOMAS** **PROBLEMAS**	**Positivos:** - Alucinaciones - Ideas de grandeza o persecución - Robo de pensamiento - Lenguaje ilógico - Emociones inapropiadas - Trastornos de conducta **Negativos:** - Aislamiento social - Apatía - Empobrecimiento - Inactividad **Otros síntomas:** - Obsesiones - Fobias - Etc.	Se describen los síntomas por los que acude a consulta lo más literal posible "entrecomillados".
O.S. **OTROS** **SINTOMAS**	Discinesias Temblores Rigidez Intranquilidad Aumento de peso Sequedad de boca Disminución de la libido	Se describen otros síntomas derivados del trastorno o efectos secundarios de la medicación que no constituyen la queja principal, pero que son de importancia para el plan.

S.G. **SALUD** **GENERAL**	Senso-Perceptivos Cardio-pulmonar Digestivos Locomotor Genito-Urinario Buco-Dental Piel y mucosas Endocrino	Revisión si hay problemas de salud general y si esta en tratamiento.
A.D. **ACTITUDES** **Y DEFENSAS**	Pasivo Trivial Protagonista Histriónico Introvertido, etc.	Se perfilará la estructura de personalidad del paciente, descriptivamente.
S.E. **SITUACION** **ECONOMICA**	Economía (pensiones, paro, IMI...) Disponibilidad de dinero	Se describe la economía del paciente, disponibilidad real de dinero, tipo de fuente de ingreso.
A. **ALOJAMIENTO**	Condiciones de vivienda Privacidad de espacio para él...	Dónde y como vive, si fuera preciso informe social de la A.S.
E.L. **ESFERA** **LABORAL**	Perspectivas laborales Trabajo anterior Trabajo actual	Explorar la vida de relación, gratificaciones y factores de riesgo y protección en esta esfera.
E.F. ESFERA **FAMILIAR**	Dinámica familiar Nº miembros, lugar que ocupa en la familia Otros miembros y relaciones de familia.	Toda información acerca de las relaciones familiares.
O.R. **OTRAS** **RELACIONES**		Toda relación del enfermo con su entorno, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, otros enfermos...
O. y T. **OCIO Y** **TIEMPO** **LIBRE**	Aficiones antiguas y nuevas Como ocupa el tiempo libre y su actitud frente a él...(se aburre, participa, está pasivo...)	Se describe cuanto tiempo libre y en que lo ocupa, también si le gustaría ocuparlo en algo.

N.I. NIVEL Y ESTILO EUCACIONAL	Nivel de escolarización Rendimiento Dificultades Tipo de educación recibida (rígida, flexible, castigos)	
A.A. AUTONOMIA POR AREA	Comportamiento en la mesa Competencia en el vestir Limpieza Cuidado de sus pertenencias Competencia de sanidad Desplazamientos Información Dinero Compras	La información se recibe de la evaluación del registro de auto-cuidados.
U.D. USO DE OTROS SERVICIOS	Médico de cabecera Cine, fútbol... Servicios Sociales Centro de Día	Descripción de los recursos normalizados o específicos que el paciente utiliza de forma habitual.
A.D. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		Se describe si es autónomo en el tratamiento, quien se lo administra, si es reticente al tomarlo...

anexo 3.1

SSM AREA 3

AREAS DE INTERVENCION

APELLIDOS, nombre: Nº HªC:

Nº SS: Régimen: N P O . Facultativo:

OP: orientación ocupacional. EA: educación de adultos. RL: rehabilitac laboral. OT: ocio y tiempo libre. VD: actividades vida diaria. HS: habilidades sociales. RC: rehabilitación cognitiva. DE: desarrollo emocion PP: psicoeducación paciente. PF: psicoeducación familiares. AR: alternati residenciales. PS: prestaciones socioeconómicas.

anexo 3.2

AREAS DE INTERVENCION

Adherencia al tratamiento	- Se intenta conseguir mediante diversas actuaciones; control de las citas, toma de tratamiento, etc. - Actuaciones: teléfono, visitas domiciliarias, etc. - Modificar actitud
Actividades de la vida diaria	- Teniendo como base el registro de auto-cuidados, conseguir la mayor autonomía (cocina, manejo de dinero, lavar y planchar, colaboración en casa.
Ocio y tiempo libre	- Mínimo objetivo: salir de casa - Máximo objetivo. vida social normalizada
Habilidades sociales	- Mínimo objetivo: saludar, contestar al saludo - Máximo: manejar ansiedades - Comunicación verbal - Habilidades sociales básicas - Habilidades conversacionales - Puede requerir derivación a centro especializado
Psicoeducación del paciente.	- Conocimiento de su enfermedad (Prodromos, utilidad del tratamiento, etc...)
Psicoeducación familiar	- Preparar a la familia en grupo o individual para el conocimiento y manejo de la enfermedad.
Desarrollo emocional	- Conciencia corporal - Autoestima y autoimagen - Manejo de ansiedad
Rehabilitación cognitiva	- Atención, memoria, diferenciación cognitiva, percepción social - Solución de problemas
Orientación ocupacional	- Estudio de intereses y aptitudes, desarrollo de la motivación - Pre-requisitos (lectura, escritura, aritmética...) - Club social - Cursos (INEM, Casa de la Cultura) - Trabajos protegidos - Trabajos normalizados
Prestaciones Socio-económicas	- En contacto con la Asistente Social, se estudiarán las necesidades socio-económicas del paciente y su familia; para mejorar la calidad de vida.

Alternativas residenciales	- En caso de crisis o cuando la relación familiar sea muy conflictiva, se buscarán las alternativas residenciales, intentando mejorar la dinámica familiar. - Estas alternativas pueden pasar desde el ingreso en el Hospital Psiquiátrico en caso de crisis, mini-residencias, casa de algún familiar. - Alternativas económicas

anexo 4.1

PLAN DE SEGUIMIENTO Y CUIDADOS

Hoja nº _____

APELLIDOS, NOMBRE _____ Período _____ Nº Hª C: _____

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	AGEN	EVALUACION

anexo 4.2

PLAN DE SEGUIMIENTO Y CUIDADOS

(ejemplo)

Hoja nº ____

APELLIDOS, NOMBRE _____ Período _____ Nº Hª C: _____

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	AGEN	EVALUACION
1.) Persiste actividad alucinatoria causándole gran inquietud.	1.) Suprimirla o desafectivizarla.	1.) Modificar medicación neoruléptica	PSQ.	15 días
	2.1 Disminuir el uso de la urgencia hospitalaria, evitando que el MG lo ingrese.	2.1. Incluir anotación para el médico de guardia en la historia del hospital.	TUT.	Semanal en la reunión con UHB.
2.) Acude continuamente a la urgencia del hospital pidiendo ingreso cuando hay un conflicto familiar.	2.2 Propiciar el uso del SSM en las situaciones de crisis.	2.2. Ofertar a cambio un contacto fácil con su tutor en los SSM en esas situaciones.	TUT.	Mensualmente
	2.3. Facilitar contactos no relacionados con situaciones críticas .	2.3.1 Incluirlo en grupo de apoyo quincenal.	PEPE	12 m
		2.3.2 Cita semanal con su tutor	TUT.	
3.) Acude siempre con la madre, que monopoliza la entrevista.	3.1 Que entre solo a la entrevista (o/y luego entre la madre).	3.1 Entrevista con la madre sola.	TUT.	3 m
	3.2 (?) Que venga algún día solo.	3.2 Motivación en entrevista individual	TUT.	6 m
4.) Pérdida de habilidades sociales.	4.1 Recuperar las necesarias para su grado de vida social.	4.1 Grupo de actividades sociales.	CRP	1 año
5.) Deterioro cognitivo.	5.1 Desarrollo de estrategias alternativas.	5.1 Grupo de rehabilitación cognitiva.	CRP	1 año

guía
para la
confección
de un

PLAN INDIVIDUALIZADO
DE
REHABILITACION

Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial
Noviembre de 1993

introducción

La presente guía ha sido elaborada por un grupo de trabajo constituido por profesionales de la rehabilitación, por encargo de la Comisión de Docencia de la asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP). Su objetivo es servir para reflejar ordenádamente las observaciones realizadas durante el **proceso de evaluación** que culmina en la confección de un **plan individualizado de rehabilitación.** Ha sido concebida, para ser aportada como material a los profesionales de la salud mental asistentes a un curso de especialización en rehabilitación organizado por la AMRP.

El texto incluye documentos en los que reflejar las observaciones realizadas en cada uno de los cuatro pasos en los que hemos desglosado el proceso de elaboración del plan y una guía-glosario en las que se especifican los subepígrafes y contenidos que, convencionalmente, hemos acordado incluir en cada uno.

El primer documento, **RESUMEN DE LA HISTORIA**, es un requisito previo al inicio de las actividades de evaluación. Debe ser requerido por los encargados de éstas al facultativo derivante del caso, y en el formato que presentamos, presenta en la cabecera un recordatorio de los apartados mínimos que debe incluir.

El documento 2, **EXPLORACION DE REHABILITACION**, pretende recoger las anotaciones resultantes de la actividad de exploración sistemática del candidato a ser incluido en el programa de rehabilitación, ordenadas según el esquema propuesto en la **GUIA DE EXPLORACION** que se adjunta.

El documento 3, **AREAS DE INTERVENCION**, sirve para determinar que tipo de intervención requeriría el usuario (a la vista de los resultados de la exploración ya practicada y recogida en el documento 2) en cada uno de los aspectos (psicoeducación, ocio y tiempo libre, habilidades sociales alojamiento...) que incluye el programa de rehabilitación en curso. El documento propuesto recoge las áreas que el grupo de trabajo ha considerado que debería incluir un programa tipo. El que se utilice en la práctica debe recoger las que comprenda el programa de referencia. En este documento deben anotarse <u>todas</u> las actuaciones disponibles que sería conveniente realizar con el paciente a la vista de los resultados de la exploración, <u>con independencia de la prioridad que le vayamos a asignar a la hora de confeccionar el plan</u>. En una siguiente fase se le asigna una prioridad a la actuación sobre cada una de estas áreas según una puntuación convencional (puntuándolas del 1 al 10, por ejemplo).

El documento 4, **PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION**, recoge exclusivamente los problemas sobre los que, por su carácter prioritario, se ha decidido actuar en un período determinado (referido en el encabezamiento), formulados operativamente. Para cada uno de ellos se fija cuales son los objetivos (siempre que sea posible cuantificables) a lograr en

el período de referencia, cuales son las actividades que se van a acometer para conseguirlos, quién se va a encargar de cada una de ellas, y cómo y cuando se van a evaluar los resultados.

Esta guía está pensada para realizar un plan de rehabilitación en cualquiera de los diversos lugares de los servicios de atención a la salud mental donde se lleven a cabo este tipo de actividades. O mas precisamente: un plan que puede incluir actividades que se realicen sinérgicamente desde diversos puntos de la red de atención a la salud mental. En dispositivos donde se realizan actividades mas específicas o monográficas puede ser conveniente utilizar formatos que pueden omitir algunos de los aspectos de los desarrollados en éste y en cambio desarrollar otros con mas amplitud.

Por supuesto que podrían idearse otros procedimientos igualmente eficaces para confeccionar y dar cuenta de un plan de rehabilitación. La presente guía se justifica, en opinión del grupo que la elaboró, por una triple utilidad. Primero, permite ordenar la información disponible de acuerdo con una norma lo que facilita el acceso a la misma a los diversos miembros de los equipos interdisciplinarios sin los que los programas de rehabilitación serían inviables. Segundo, permite detectar deficiencias o tareas pendientes en el proceso de elaboración del plan. Por último, facilita el aprendizaje de los profesionales que se incorporan a estas tareas y que, a veces, lo hacen con una titulación y una preparación que les capacita como profesionales de la salud mental en general, pero sin formación específica en rehabilitación.

Jose Manuel Cañamares Yelmo*
Luis Eizaguirre*
Alberto Fernández Liria (coordinador)*
Juan Gonzalez Cases*

*GRUPO DE TRABAJO SOBRE PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION
Julio-Octubre 1993

SSM AREA 3

RESUMEN de la HISTORIA CLINICA

APELLIDOS, nombre: **Nº HªC:**

Nº SS: **Régimen: N P O . Facultativo:**

MC: motivo de consulta. **EA:** enfermedad actual. **B:**Biografía. **AP:**antecedentes personales. **AF:** antecedentes familiares. **EC:** exploración clínica. **OE:** otras exploraciones. **T:** tratamiento.

Fecha:

Profesional:

EXPLORACION de REHABILITACION

APELLIDOS, nombre:_____**Terap.** **Nº Hª**_____

D: demanda. **SP**: síntomas problema. **MF**: medio familiar. **VE**: vivienda y economía. **AC**: autocuidados. **HHSS**: habilidades sociales. **ACL**: autocontrol. **LO**: área laboral. **UR**: uso de recursos. **CC**: prerrequisitos cognitivos y conductuales. **C.E**: conciencia de enfermedad.

Fecha:
Profesional:

GUIA DE EXPLORACION

Especificar en cada epígrafe
* nivel premórbido
* papel del trastorno
* espectativas

Señalar en los epígrafes 5-11
* estilo de solución de problemas
* motivación

epígrafe	subepígrafe	contenido
1.- Demanda	* **sujeto** de la demanda (¿quien?) * **objeto** de la demanda (¿que?) * **espectativas** y **compromiso** * **otras demandas** (uso de servicios)	para cada uno de los demandantes (si la demanda es formulada por mas de un miembro de la familia, comunidad, cuidadores o agentes de salud, incluido el facultativo de referencia)
2.- Síntomas problema	* **especificación** del problema * **precipitantes** * **perpetuantes** * factores **predisponentes** y **etiológicos**	
3.- Medio familiar	* **árbol** familiar * estilo de **resolución de problemas** * actividades de **ocio familiar** * **expresión de emociones** * **espectativas/proyectos** de cada miembro * nivel de **estrés** * **atribución** de problemas * **apoyos** * **nivel de información sobre el trastorno.** * **actitud ante el trastorno**	
4.- Vivienda y economía		evaluar las características y necesidades, presentes y previsibles en el futuro, de su entorno físico. evaluar sus posibilidades, presentes y previsibles, de obtención y gestión de recursos económicos.

epígrafe	subepígrafe	contenido
5.- Autocuidados	* **aseo** y **vestido** * **hábitos saludables** * **sexualidad** * **vivienda** * **cuidado de la salud y auto-administración** de fármacos prescritos	
6.- Habilidades sociales	* **red social** * problemas **moleculares** de red social * problemas **molares** de red social	* para cada contexto (familia, trabajo, amistades...) ...(mirada, tono de voz...) ...(ansiedad, temas...)
7.- Autocontrol	* capacidad de **afrontamiento** * **autoestima** * **pensamientos inadecuados**	
8.- Area laboral-ocio	* trabajo **remunerado** * trabajo **no remunerado** * **orientación profesional** * utilización del **tiempo libre** * **aficiones**	
9.- Uso de recursos	* **descripción** del **uso** * **conocimiento** * competencia para su **utilización**	
10.- Prerrequisitos cognitivos y conductuales	* **psicomotricidad** * **orientación** espacial, temporal y **biográfica** * **memoria** * capacidad de **aprendizaje**	
11. Conciencia de enfermedad	* **conocimientos** sobre la enfermedad * **aceptación** de medicación * **actitud** y **adherencia** al tratamiento	

AREAS DE INTERVENCION

AREA DE INTERVENCION	COMENTARIO
1.- Psicoeducación del paciente	
2.- Psicoeducación de la familia	
3.- Actividades de la vida diaria	
4.- Ocio y tiempo libre	
5.- Entrenamiento en habilidades sociales	
6.- Rehabilitación cognitiva	
7.- Afrontamiento y control	
8.- Laboral	
9.- Programa Seguimiento	
10.- Alternativas residenciales	
11.- Prestaciones sociales/económicas	

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION

Hoja nº ____

APELLIDOS, NOMBRE _____ Período _____ Nº Hª C: _____

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	AGEN	EVALUACION

GUIAS PARA LA

FORMULACION DE CASOS

INTRODUCCIÓN

Las guías que se presentan en este apartado responden a una lógica diferente de las de los anteriores. No tienen una intención normativa sino que han sido utilizadas con una intención docente para entrenar en la formulación de casos psiquiátricos a los residentes de psiquiatría que se están formando en el área. además, no representan una aportación original sino una traducción-adaptación de las propuestas por Sperry y sus colaboradores en un muy recomendable trabajo que se refiere en cada una de ellas.

No disponemos en el área de un procedimiento consensuado de formulación. Probablemente un acuerdo en este campo sería mas difícil que en ningún otro porque la formulación pone en juego de un modo mas obvio que cualquier otra operación (a veces mas incluso que el mismo tratamiento) las asunciones teóricas del profesional, y en un equipo interprofesional como el nuestro éstas distan de ser compartidas por todos los componentes.

Por ello lo que aquí se ofrece es un abanico de alternativas. El residente debe aprender que no puede trabajarse un caso sin haber realizado una formulación rigurosa. Pero también debe saber que el rigor no es patrimonio de ninguna escuela y que diversos puntos de vista pueden confluir o ser alternativa para guiar una intervención eficaz.

La última propuesta (en cuatro fases que se corresponden con cuatro hojas numeradas) pretende una aproximación holística al asunto de la formulación. Nosotros la hemos utilizado extensamente en nuestra labor docente y la hemos encontrado útil. No creemos, sin embargo que sea práctica para clínicos expertos que han adquirido el hábito de realizar de modo automático las consideraciones que allí son requeridas normativamente. Sin embargo hemos pensado que sin una referencia al tema de la formulación este trabajo quedaría incompleto.

FORMULACION DE UN CASO

(perspectiva psicodinámica[1])

1.- resumen del caso

2.- factores descriptivos, no dinámicos

perspectiva fenomenológica

perspectiva del desarrollo

3.- hipótesis psicodinámica

sobre la situación aguda

sobre la estructura de personalidad

4.- plan de tratamiento y pronóstico

---

[1]adaptado de Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. Psychiatric case formulations. Washington: American Psychiatric Press, 1992.

FORMULACION DE UN CASO

(perspectiva biológica[2])

1.- resumen del caso

2.- explicación y descripción

anamnésis
historia familiar
factores etiológicos (enfermedades, fármacos, tóxicos, factores que condicionan la evolución)
exploración psicopatológica
exploraciones complementarias

3.- tratamiento y pronóstico

---

[2]adaptado de Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. Psychiatric case formulations. Washington: American Psychiatric Press, 1992.

FORMULACION DE UN CASO
(perspectiva conductual[3])

1.- especificación de los problemas

2.- especificación del inicio o precipitante de cada problema

3.- especificación de los factores perpetuantes

4.- especificación de los factores predisponentes y etiológicos

5.- plan de tratamiento

---

[3]de Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. Psychiatric case formulations. Washington: American Psychiatric Press, 1992.

FORMULACION DE UN CASO

(perspectiva cognitiva[4])

1.- listrado de problemas

2.- hipotetización de un mecanismo subyacente

3.- relación entre el mecanismo y cada problema

4.- precipitante(s) de cada problema

5.- origenes biograficos (niñez) de cada problema o mecanismo

6.- predicción de los obstaculos al tratamiento

7.- plan de tratamiento y pronóstico

---

[4]adaptado de Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. Psychiatric case formulations. Washington: American Psychiatric Press, 1992.

FORMULACION DE UN CASO
(perspectiva biopsicosocial[5])

MOTIVO DE CONSULTA

1.- resumen del caso

2.- estresores precipitantes

CARACTERIZACION DEL PACIENTE

3.- caracterización biológica

4.- caracterización psicológica

5.- caracterización sociocultural

6.- caracterización familiar

7.- caracterización en desempeño de roles

RESUMEN DE LA FORMULACION BIOPSICOSOCIAL

8.- formulación integradora

DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

9.- diagnóstico DSM III y diagnóstico diferencial

10.- listado de problemas

---

[5]adaptado de Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. Psychiatric case formulations. Washington: American Psychiatric Press, 1992.

11.- plan de tratamiento

12.- pronóstico

GUIA PARA FORMULACION DE CASOS

(modelo P1[6])

DESCRIPTIVO

Presentación

EXPLICATIVO

Predisposición

bio:
psico:
social:

Precipitantes

Pautas

bio:
psico:
social:
fuerzas:

Perpetuantes

ACTUACION

Plan de trtamiento

Pronóstico

---

[6]adaptado de Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. Psychiatric case formulations. Washington: American Psychiatric Press, 1992.

GUIA PARA FORMULACION DE CASOS[7]
hoja 1: componente descriptivo-diagnóstico

Apellidos.....Nombre.....HC nº.....
fecha de nacimiento ../../.. fecha de cumplimentación ../../..

MOTIVO DE CONSULTA.....

TRATAMIENTOS ANTERIORES.....
.....
.....

LISTA DE PROBLEMAS (caracterizar como (b), (p) O (s))

inmediatos	a largo plazo
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
cie 10:.....
.....
(descartar).....
eje II:.....
.....
(rasgos/defensas).....
eje III:.....
.....
(descartar).....
eje IV:(estresores).....
.....
gravedad.....
eje V: GAF actual.....GAF maximo año.....

INDICE PRONOSTICO/CAPACIDAD PARA EL TRATAMIENTO (marcar con X o clave)

1)gravedad de los síntomas	grave	I---I---I---I---I	leve
2)focalidad de los síntomas	baja	I---I---I---I---I	alta
3)estilo defensivo	rechazo	I---I---I---I---I	acept
4)apoyo social	fuerte	I---I---I---I---I	débil
5)capacidad introspección	baja	I---I---I---I---I	alta
6)estilo de explicaciones	externas	I---I---I---I---I	inter
7)adherencia a Ttos ants	baja	I---I---I---I---I	alta
8)adherencia a psicoterapias ants	baja	I---I---I---I---I	alta
9)motivación para Tto actual	baja	I---I---I---I---I	alta
10)estilo de información	cenestésico	I---I---I---I---I	audit

pronóstico.....

[7]adaptado de Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. Psychiatric case formulations. Washington: American Psychiatric Press, 1992.

GUIA PARA FORMULACION DE CASOS[8]
hoja 2: componente explicativo

Apellidos.....Nombre.....HC nº.....
fecha de nacimiento ../../.. fecha de cumplimentación ../../..

P1: Precipitantes

.....
.....
.....
.....

P2-4: Pautas/Perpetuantes/Predisposición

bio: familia, enfermedades, conducta de enfermedad, tóxicos

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

psico: personalidad, conflictos, mecanismos de defensa,cogniciones disfuncionales, déficits de habuilidades

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

socio: rol en familia de origen, demandas y apoyo en trabajo, amigos, conyuje, familia, etc...

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

P5: posibilidades del (capacidad del paciente para el) tratamiento (cf formulación descriptivo-diagnóstica)

.....
.....
.....

P6: pronóstico

.....
.....
.....

[8]adaptado de Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. Psychiatric case formulations. Washington: American Psychiatric Press, 1992.

Escuela de Salud Mental
Fundación para la Promoción de la Salud Mental

GUIA PARA FORMULACION DE CASOS[10]
hoja 4: resumen

Apellidos.....Nombre.....HC nº.....
fecha de nacimiento ../../.. fecha de cumplimentación ../../..

FORMULACION DESCRIPTIVO-DIAGNOSTICA.....
.....
.....
.....

CIE 10:.....
.....
Personalidad: .....
.....
somático: .....
.....
estresores: .....
.....
ajuste: actual.....máximo anual.....

FORMULACION ETIOLOGICA (caracterizar cada aspecto con su número: 1)predisposición, 2)precipitante, 3)pauta, 4)perpetuante, 5)capacidad para tratamiento, 6)pronóstico):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FORMULACION TERAPEUTICA
encuadre.....
.....
modalidad.....
.....
duración.....
.....
estrategia.....
.....
medicación.....

[10]adaptado de Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. Psychiatric case formulations. Washington: American Psychiatric Press, 1992.

GUIA PARA FORMULACION DE CASOS[9]
hoja 3: componente terapeutico-pronóstico

Apellidos.....Nombre.....HC nº.....
fecha de nacimiento ../../.. fecha de cumplimentación ../../..

ESPECTATIVAS DEL PACIENTE ANTE EL TRATAMIENTO

sobre resultados	sobre modalidad
__sólo alivio síntomas	__Farmacoterapia sólo
__resolución interpersonal	__Terapia sólo: apoyo/ insight/acción
__cambio en caracter	__Farmaco + terapia
__otro_____	__otra_____

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

inmediatos	**a largo plazo**
bio.....	.....
.....	.....
.....	.....
psico.....	.....
.....	.....
.....	.....
socio.....	.....
.....	.....
.....	.....

FORMALIZACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO

1.- **Encuadre:** ambulatorio - rehabiltación - seguimiento - urgencia - hospitalización - otro
.....
.....

2.- **Formato:** individual - grupo insight - grupo apoyo - familia - pareja - control farmacológico - otro
.....
.....

3.- **Duración:** breve con fecha de terminación - breve - largo plazo
.....
.....

4.- **Frecuencia:** 1/semana - 2/mes - 1/mes - otra
.....
.....

5.- **Estrategia:** dinámica - sistémica - cognitiva - conductual - apoyo/realidad - exploratoria - otra
.....
.....

6.- **Tratamiento somático:** antidepresivo - antipsicótico - ansiolítico - otro
.....

[9]adaptado de Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. Psychiatric case formulations. Washington: American Psychiatric Press, 1992.