MINISTERIO DE SALUD

Dirección General

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA" DIR. ESTADISTICA E INFORMATICA Secretaria 14 AGO. 2008 RECIBIDO Hora: 12:00 Por:

RESOLUCION DIRECTORAL

N°250-2008-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 12 de Agosto del 2008

VISTO, el Memorando Nº 037/SPF-HVLH-20008, emitido por el Jefe del Servicio de Psiquiatría Forense;

CONSIDERANDO:

Que, el articulo VI del Titulo Preliminar de la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, en tal sentido el Jefe de Psiquiatría Forense, ha elaborado el Programa de Atención de los Pacientes en el Servicio de Psiquiatría Forense del Hospital "Víctor Larco Herrera"; la cual establece los criterios técnicos para la atención de los pacientes en salud mental, con objetivos y metas cuantificables que permitan objetivar el logro de resultados en la atención de los pacientes que acuden al Hospital por Disposición Judicial con Medidas de Seguridad; por lo que es necesario aprobar la Norma Técnica de Salud;

Estando a la propuesta por la Dirección General del Hospital y con la visación de la Sub Dirección General del Hospital, Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el literal c) del articulo 11º del Reglamento de Organización y funciones del Hospital, aprobado por Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el Documento Técnico "**Programa de Atención de los Pacientes en el Servicio de Psiquiatría Forense"** que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- La Sub Dirección General, a través del Jefe del Servicio de Psiquiatría Forense, se encargará de la difusión, implementación, supervisión,

monitoreo y evaluación del cumplimiento de la citada norma técnica de salud;

Articulo 3º.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones publicará la referida norma técnica de salud en el Portal de Internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Regístrese y Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

Dra. Cristina Eguiguren Li
Directora General
CMP. 17899 RNE. 8270

CEL/AESG/msm

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

SERVICIO DE PSIQUIATRIA FORENSE

PROGRAMA DE ATENCION DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA FORENSE

2008

I. INTRODUCCIÓN

La conducta delictiva encuentra explicaciones desde los albores de la humanidad: Sócrates explicaba la conducta delictiva en función de la ignorancia de los pueblos, Platón consideraba el delito como un producto del medio ambiente, concretamente de la miseria; Aristóteles relacionó el delito con las facultades del alma y la configuración corporal.

Los científicos sociales en la actualidad consideran por una parte que la asociación diferencial plantea que los individuos aprenden a ser delincuentes por asociación con patrones de conducta desviada, este es un concepto complementario de la anomia plánteada por Durkheim donde la conducta desviada es una parte natural de la vida social. Así, mientras que para la teoría de la desviación son más importantes los aspectos diagnósticos, para la teoría de la etiqueta social lo más importante es la reacción social, los procesos sociales más que la estructura social, las reacciones más que las causas de la desviación. La teoría de la desorganización social por su parte utiliza argumentos morales en las calificaciones de las personas, lo que constituiría una carencia de cientificidad.

Si una persona comete una acción que la Ley considera delito, para poder ser castigado, en primer lugar debe ser comunicado "imputable". Si existe una enfermedad, alteración, anomalía o trastorno que impidan considerarle imputable, no podrá ser castigado por la acción que cometió; ahora bien, ello no quiere decir que no tenga que someterse a otro tipo de medidas. Es en ese momento cuando entran a funcionar las llamadas "medidas de seguridad". En el caso de las enfermedades mentales consistirán en el internamiento psiquiátrico o en el seguimiento y control ambulatorio quedando ello a criterio del tribunal. Se puede observar que se impone prioritariamente el derecho a la salud, jerárquicamente superior a la misma libertad.

¿Qué implica entonces la rehabilitación, en un contexto en que la pena tiene una función intimidatoria así como rehabilitadora? Desde la perspectiva puramente social el mero hecho del paso del tiempo en privación de libertad rehabilita al delincuente. El permiso de salida es el elemento que se ha establecido como auténticamente rehabilitador de la estancia del sujeto en privación de la libertad y como un indicador de la rehabilitación, disminuyendo claro está previamente el riesgo de que la persona pudiera causar daños en su salida al resto de la sociedad y considerando además la repercusión en la asignación de responsabilidades en caso de mal uso de los permisos por parte del paciente o su entorno familiar.

En el país hubo diferentes iniciativas legislativas emitidas sobre la asistencia psiquiátrica a personas sentenciadas o detenidas en el curso de procesos penales que padecen una enfermedad mental, entre ellas:
Proyecto de Legislación sobre Asistencia de Alienados, Toxicómanos y Psicópatas (1928), elaborado por la comisión conformada por Ángel Gustavo Cornejo (Vocal

Supremo), Sebastián Lorente (Director de Salubridad) y Baltazar Caravedo Prado, en su Título 7° Alienados Judiciales (Arts. 35°- 41°)

Proyecto de Ley de Higiene Mental (1944), elaborado por Baltazar Caravedo, en su Título 7° Enfermos Mentales Dependientes del Poder Judicial (Arts. 34°- 40°)

Anteproyecto de Ley de Sanidad Mental (1946), elaborado por Honorio Delgado en su numeral III del Examen Psiquiátrico de los Delincuentes (Art. 29°)

Reglamento de la Ley 11272, relativa a Higiene Mental, en el acápite correspondiente a los Enfermos Mentales Dependientes del Poder Judicial, comprendido en el Capítulo III de la prevención y de la asistencia psiquiátrica en general (Arts. 33° - 38°)

Anteproyecto de Ley de Salud Mental (1964), elaborado por el Consejo de Salud Mental, presidido por Honorio Delgado, en su título III Enfermos Mentales Dependientes del Poder Judicial (Arts. 35° - 42°)

II. JUSTIFICACIÓN

Establecer las normas técnicas, los lineamientos de los procedimientos y el programa de tratamiento en salud mental, con objetivos y metas cuantificables que permitan objetivar el logro de resultados en la atención de los pacientes que acuden al hospital con disposiciones judiciales de medidas de seguridad

III. BASE LEGAL

- Principios para la protección de los enfermos y el mejoramiento de la atención de salud mental. Naciones Unidas 1991
- Constitución Política del Estado
- Código Penal
- Código Procesal Penal
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- Texto Único Ordenado de la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar N° 26260
- Ley que modifica el Texto Único Ordenado de la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar N° 27306
- Texto Único Ordenado de la Ley del Poder Judicial D.S 017-93-JUS
- Ley de Procedimiento Administrativo General N° 27444
- Resolución Ministerial 0192-85-SA/DVM.

IV. OBJETIVOS

1. GENERALES

Establecer un Programa de Tratamiento para mejorar la calidad de atención de los pacientes hospitalizados con disposiciones judiciales de medidas de seguridad, *acordes al desarrollo científico y tecnológico de la medicina y el derecho.*

2. ESPECIFICOS

I. Brindar atención hospitalaria de tratamiento y rehabilitación en salud mental a los pacientes que por su condición especial de salud mental fueron *declarados exentos de responsabilidad por la autoridad judicial.*
II. Promover y garantizar la protección de los Derechos Humanos y el trato adecuado de los enfermos mentales infractores de la Ley.
III. Mejorar la calidad de atención de esta población de pacientes.
IV. Coordinar y supervisar el cumplimiento de las normas de medidas de seguridad establecidas en el Código Penal.

V. METAS

- El 100 % de los pacientes tratados en el Servicio de Psiquiatría Forense estarán en condiciones de tratamiento ambulatorio al año de haber iniciado el programa de tratamiento hospitalario

- El servicio de hospitalización logrará atender a 12 pacientes inimputables en el curso de un año, quiénes pasarán de la atención hospitalaria a la atención ambulatoria a cargo de sus respectivos médicos tratantes coordinados por el programa de tratamiento.

- El programa de control ambulatorio alcanzará una cobertura superior al 90% de seguimiento de los pacientes a través de la consulta externa

VI. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

El programa está diseñado para pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales declarados inimputables por el Tribunal.

Este programa no está diseñado para la atención de internos con anormalidades de la Personalidad Disocial primaria.

VII. ACTIVIDADES:

1. EVALUACIÓN

1.1 EVALUACIÓN MÉDICA

1.1.1 Al ingreso el paciente será evaluado con la historia clínica estandarizada del hospital, considerando el estudio holístico que contempla sus diversos acápites y enfatizando la evaluación psicopatológica, para establecer el diagnóstico clínico correcto e indicar el psicofármaco apropiado, basado en el conocimiento actual, con tendencia a la monoterapia y la dosis mínima eficaz.

1.1.2 **INSTRUMENTOS UTILIZADOS:** Se aplicará la escala PANSS al inicio, a los 03 meses, a los 06 meses y al año de hospitalizado, para objetivar la evolución del paciente.

1.2 EVALUACIÓN SOCIAL

1.2.1 Formulación de la historia social: se entrevista a la familia responsable del paciente con la finalidad de establecer un diagnóstico social, para proponer un plan de intervención social. El abordaje sistémico permite buscar un soporte familiar que contribuya al manejo adecuado tanto durante la hospitalización como en la reinserción social del paciente.

1.2.2 Aplicación del Cuestionario-Encuesta de evaluación del nivel de "emoción" expresada: se realiza al ingreso del paciente en el programa de rehabilitación, a los 03 meses, a los seis meses y al año de hospitalización, con el objetivo de evaluar y cuantificar la emoción expresada del entorno familiar hacia el paciente.

1.2.3 Informe de visita domiciliaria: se realiza al ingreso del paciente con la finalidad de investigar la dinámica familiar, criterios de categorización o recategorización socioeconómica.

1.3 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

1.3.1. Evaluaciones psicológicas y psicométricas:

FUNDAMENTACION

Se inicia al ingreso del paciente en el servicio; tiene como objetivo conocer el motivo de ingreso, la situación problemática actual, antecedentes clínicos psicológicos y la dinámica familiar. Consiste en una entrevista abierta y directiva, se utiliza la anamnesis psicológica y el registro de atención psicológica (Ps4). Al concluir se elabora el informe psicológico.

La evaluación psicológica es una disciplina eminentemente práctica y de carácter instrumental necesaria para formular la intervención psicológica

En el área clínica, los test se realizan para completar el diagnóstico y planificar el tratamiento, ya que proporcionan información sobre el funcionamiento intelectual, estructura de la personalidad, aptitudes y actitudes del paciente, lo cual facilita la conveniencia de aplicar algún tipo de psicoterapia; los test también se pueden centrar en alguna cuestión específica, como la presencia o ausencia de trastornos orgánicos cerebrales. Por regla general, se aplica una serie de test que son interpretados en conjunto para describir los estados intelectuales y emocionales del paciente. El abordaje terapéutico depende del juicio clínico y del análisis de la evaluación psicométrica

ACTIVIDADES

- Entrevista
- Evaluación
- Calificación e interpretación de pruebas psicológicas
- Elaboración del informe psicológico.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. Inteligencia: Test de Inteligencia WAIS, Test Abreviado de Kent.
2. Organicidad: Test: Bender, Benton, Apraxia, Ubicación Topográfica, Atención Visuoespacial, Aprendizaje Verbal.
3. Personalidad: Inventario MMPI, Millon, Eysenck, DFH, Árbol, Persona bajo la lluvia, CAP.
4. Protocolo de Atención Psicológica Ps-4

El Informe psicológico tiene una vigencia anual para cada paciente

1.4 EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA

FUNDAMENTACIÓN

Se entrevista al paciente y sus familiares en el momento de su ingreso con la finalidad de obtener datos de la enfermedad actual, observación ectoscópica, el control de las funciones vitales, ubicación de los familiares, y registro de sus pertenencias para notificar al médico tratante

ACTIVIDADES

Entrevista
Evaluación
Registro de funciones vitales
Registro de pertenencias del paciente

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Hoja de ingreso de paciente
Hoja de registro de funciones vitales
Hoja de tratamiento farmacológico: kardex
Hoja de notas de enfermería

2. REHABILITACIÓN:

2.1. REHABILITACIÓN FÍSICA:

2.1.1 EJERCICIOS FÍSICOS

La actividad física contribuye a mantener un adecuando funcionamiento del organismo y contrarrestar los efectos colaterales de los fármacos antipsicóticos. Los pacientes realizan actividades físicas programadas en el gimnasio del hospital, supervisados por el personal técnico y de enfermería.

2.1.2 OTROS DEPORTES

En diferentes disciplinas como fútbol, básquet, vóley, ping pon, caminatas y otros en las lozas deportivas del hospital.

2.2. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:

Permitirá lograr la reincorporación de la persona con mejores recursos psicosociales a su entorno familiar y social.

2.2.1. REUNIONES DE TERAPIA GRUPAL

Se realiza una vez por semana, en la sala de hospitalización, de 8:15 am a 9:00 am, con participación de todos los pacientes y el personal asistencial del servicio. Está dirigido por el médico jefe del servicio o por el médico asistente.

Basado en el enfoque interpersonal, a pesar de admitir la presencia de factores biológicos y genéticos, la terapia se centra en los problemas interpersonales actuales y las relaciones desadaptativas observadas en el grupo generando cambios apreciables cuando en las sesiones se abordan las interacciones en el aquí y el ahora.

Al abordarse este tipo de cuestiones, los pacientes esquizofrénicos no sólo aprenden a relacionarse más con los demás, sino que comienzan a poner en duda una parte del material delirante subyacente a sus sentimientos de desconfianza y aislamiento. Para acelerar ese proceso, algunos autores han considerado la utilización de ejercicios estructurados (Yalon, 1983), mientras que otros abogan por un formato más directivo y orientador hacia la discusión (Frank, 1955, Kanas, 1991).

2.2.2. VISITAS MÉDICAS

La visita médica es una actividad para evaluar la evolución del paciente y monitorear el plan terapéutico de manera individual. Se enfatiza la evaluación psicopatológica, se revisa la dosis y efectos de los medicamentos, los exámenes complementarios recibidos, la solicitud de exámenes complementarios que sean necesarios y las interconsultas a otras especialidades dentro o fuera del hospital. Dada la permanencia prolongada de los pacientes y según la estabilidad clínica, las visitas médicas se realizarán con una frecuencia de una vez por semana, salvo contingencias en las que se debe evaluar inmediatamente.

- **2.2.3. TERAPIA INDIVIDUAL**

La psicoterapia es un tratamiento de la problemática emocional que presenta el paciente mediante un método racional para la construcción de recursos psicológicos y de una escala de valores que permitan afrontar la problemática que padezca.

La psicoterapia individual incluye sesiones en la que el paciente conversa con el terapeuta. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, *experiencias, pensamientos, sentimientos o reacciones personales.* El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva. También puede aprender a distinguir entre lo real y lo distorsionado. Estudios recientes indican que tanto la psicoterapia individual de apoyo orientada a la realidad, como los métodos cognitivos y de comportamiento, pueden ser beneficiosos para los pacientes externos. Los métodos cognitivos y de comportamiento enseñan técnicas de adaptación y solución de problemas.

La psicoterapia individual ayuda a los pacientes a comprender sus emociones y hacer frente a sus problemas con más confianza y en una forma más sana.

ACTIVIDADES

- Observación de conducta.
- Entrevista.
- Intervención psicoterapéutica
- Registro de sesión terapéutica

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Registro de Atención Psicológica Ps-4.

CRONOGRAMA

Una vez por semana

2.2.4. TERAPIA GRUPAL

Tiene el objetivo de mejorar la adaptación e incrementar habilidades para mejor reinserción familiar, social y ocupacional.

Es un tratamiento científico de naturaleza psicológica que se proporciona a los pacientes de manera grupal, para mejorar su salud mental y calidad de vida. Además, el grupo psicoterapéutico dota a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual, evitando la cronificación y la disminución de la sintomatología en las áreas afectadas por el trastorno.

La psicoterapia de grupo es una técnica de tratamiento en la que el paciente, integrado en conjunto con otros pacientes y con un profesional como punto de referencia, moviliza las actitudes negativas que dificultan su comunicación y su convivencia, con el fin de aliviar sus tensiones emocionales, las cuales causan sufrimiento al paciente y a las personas de su entorno social y familiar.

La terapia de grupo permite a los pacientes aprender a actuar socialmente y obtener apoyo emocional en tiempos difíciles al mismo tiempo que ellos brindan apoyo a los demás.

a) **Generar la expresión de emociones mediante la terapia arte y psicorrelajación.**

FUNDAMENTACIÓN

La actividad artística proporciona un medio concreto -no verbal- a través del cual una persona puede lograr una expresión al mismo tiempo consciente e inconsciente y que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico (Dalley, 1987).

Las imágenes pueden crear claridad de expresión, en especial con respecto a ciertas cosas que son difíciles de decir. Simbolizar sentimientos y experiencias a través de imágenes puede construir un medio de expresión y comunicación más poderoso que la expresión verbal, y al mismo tiempo, es capaz de hacer que tales sentimientos y experiencias se vuelvan menos amenazadoras. (Dalley, 1987).

ACTIVIDADES

- Música para relajación
- Psicorrelajación
- Pintura y Dibujo

SESIONES

- Ejercicios de relajación acompañada de música apropiada.
- Expresión de emociones mediante la pintura. Los temas de trabajo varían de acuerdo al estado emocional y motivación del grupo

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- Registro de terapia de arte Ps-85.
- Registro de terapia de relajación.

CRONOGRAMA

Una por mes

b) Mejorar las habilidades sociales mediante la adquisición de destrezas que faciliten la reinserción a su medio ambiente.

FUNDAMENTACIÓN

"El entrenamiento en habilidades sociales esta aceptada por la comunidad de profesionales que atienden a las personas con problemas psiquiátricos crónicos. El tratamiento farmacológico por sí mismo no soluciona los problemas de aislamiento, inhibición verbal, inadecuación en las habilidades de coping, etc. Estos déficit contribuyen a disminuir la calidad de vida de los pacientes llevándoles a una situación de soledad insalubre, interfiriendo en el funcionamiento laboral, familiar y residencias. (Orvis y Fernández, 1997)

El entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento educacional estructurado cuyo fin es enseñar a ejecutar comportamientos en situaciones sociales y constituye una estrategia para mejorar la competencia social según varios estudios revisados por (Bellack y Mueser, 1993).

ACTIVIDADES

- Observación de Conducta.
- Entrevista.

SESIONES

1. **Habilidades Básicas**: Conductas paralinguisticas, No verbales, Reconocimiento y expresión de emociones.
2. **Habilidades intermedias**: Inicio, mantenimiento y finalización de una conversación.
3. **Habilidades cognitivas 1**: Dar y recibir opiniones y halagos, Hacer críticas.
4. **Habilidades cognitivas 2**: Técnicas asertivas para responder críticas.
5. **Habilidades Cognitivas 3**: Técnicas de solución de problemas.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

- Registro Habilidades Sociales. Ps 25
- Pizarra, Plumón, mota.
- Cartulina, plumones

- Reforzadores sociales.

CRONOGRAMA
Una vez al mes.

VIII. Realizar Terapia de Grupo para desarrollar habilidades interpersonales.

FUNDAMENTACION

La Terapia de grupo para pacientes con esquizofrenia actúa en el nivel psíquico, interpersonal y social, promueve la educación, la ayuda y el *desarrollo emocional, las habilidades sociales y vocacionales (Breslin, 1992;* Kane y McGlashan, 1995).

El abordaje puede presentarse desde tres orientaciones: educativo, psicodinámico e interpersonal (KANAS, 1991).

En el educativo ayuda a los pacientes a hacer frente a los problemas verdaderos que afectan sus vidas en la ocasión actual. Los instrumentos *principales son consejo y técnicas didácticas. En el psicodinámico* se ayuda a comprender los conflictos El instrumento es el proceso de suposiciones proyectadas en la identificación con el grupo. En el interpersonal, el objetivo es ayudar a los pacientes a hacer frente a las dificultades que tienen en relacionarse con los demás. El instrumento principal es el acercamiento en el aquí y ahora de las interacciones y la observación de las conductas mal adaptada por el grupo. (Zanini y Fabri, 1999)

ACTIVIDADES
- Observación de Conducta.
- Interacción entre los integrantes de grupo.

SESIONES
- Temas de discusión: Variable de acuerdo a motivación de grupo. Modificar comportamientos desadaptativos mediante participación grupal

INSTRUMENTOS UTILIZADOS
- Registro para terapia de grupo Ps 109.

CRONOGRAMA
Una vez al mes

IX. Desarrollar un Programa Psicoeducativo para pacientes a fin de mejorar su calidad de vida.

FUNDAMENTACION
Los programas de psicoeducación son empleados en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia, tiene como objetivo aumentar el conocimiento y adherencia

del paciente, al tratamiento. Las estrategias psicoeducativas son exitosas y aumentan la participación del paciente y familia en el tratamiento cuando logran comprender las características clínicas de la enfermedad y disminuyen los sentimientos de culpa y desesperanza.

Un programa de psicoeducación debe generar la capacidad de desarrollar en el paciente técnicas y estrategias para identificar síntomas y circunstancias que *están relacionadas con las recaídas clínicas (aparición de delirios, alucinaciones* y otros) o con comportamientos de alto riesgo, las estrategias de apoyo para el paciente estarán abocados a mejorar la calidad de vida. (Télles 2006)

ACTIVIDADES

- Observación de Conducta.

SESIONES

1. Enfermedad, causas, síntomas y recaídas.
2. Remisión de síntomas y señales de recaídas, Tratamiento y efectos colaterales.
3. Eventos de la vida de pacientes considerados riesgosos para recaídas.
4. Conductas mal adaptativas, estrés, ira, sexualidad.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Registro de Atención Psicológica Ps-4.

CRONOGRAMA

Una vez al mes

3.2.5. Fomentar el incremento de conductas adaptativas mediante uso de reforzadores sociales y primarios para lograr la recuperación del funcionamiento ocupacional.

Los teóricos del reforzamiento ven el comportamiento como causado por el ambiente, se concentra únicamente en lo que le ocurre a una persona cuando realiza una acción. Los comportamientos en los que se compromete en la actividad realizada y la cantidad de esfuerzo que distribuye a cada tarea son afectados por las consecuencias que siguen de su comportamiento.

La teoría del reforzamiento es un enfoque conductual donde el reforzamiento condiciona el comportamiento. Si se motiva a los pacientes brindando reforzadores primarios o sociales en los comportamientos deseados se incrementara la conducta deseada, es decir, que recompensen el funcionamiento ocupacional.

ACTIVIDADES

- Observación de Conducta y registro de actividades ocupacionales.

SESIONES

- Cada vez que asistan a terapia ocupacional en el Pabellón.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Registro de Terapia Ocupacional del Pabellón.

3.2.6. ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

Fundamentación:
La organización de las actividades semanales del Servicio y educación cotidiana de los pacientes en diversos tópicos de la vida diaria, tanto de forma grupal como individual

Actividades:
Reunión grupal
Seguimiento y supervisión individual
Análisis de los instrumentos aplicados

Instrumentos:
Registro de actividades de la vida diaria
Hoja de Registro de Funciones Vitales
Hoja de tratamiento farmacológico Kardex
Hoja de Notas de Enfermería

3.2.7. REUNIONES CON FAMILIA DE LOS PACIENTES:

Las reuniones se desarrollaran con participación de los familiares o tutores de los pacientes e integrantes del Equipo Terapéutico.
Las reuniones son de información, educación y comunicación a los familiares sobre temas relacionados con las enfermedades mentales y los abordajes terapéuticos del servicio.
En la medida de la comprensión de la enfermedad mental los niveles de emociones expresadas deben ir disminuyendo en grado hasta alcanzar niveles de funcionamiento adecuado al alta del paciente y disminuir el riesgo de las recaídas.

SESIONES:
Una vez por mes.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS
Cuestionario Evaluación del nivel de emoción expresada.

2.2. REHABILITACIÓN TÉCNICA:

Basado en la ejecución de talleres cotidianos cuyo objetivo es que los pacientes inicien y concluyan una determinada actividad de manera gradual, bajo supervisión técnica. Previamente es indispensable lograr la estabilidad clínica a través de la indicación psicofarmacológica a dosis mínima eficaz, seguidamente los pacientes son evaluados para definir el tipo de taller a optar y el tiempo aproximado de permanencia, en grupos de diez pacientes aproximadamente.

Los talleres son realizados en el Departamento de Rehabilitación del hospital en las siguientes labores:

2.2.1. CRIANZA DE ANIMALES MENORES (CONEJOS)

2.2.2. TALLER DE AGRICULTURA

2.2.3. OTROS TALLERES DE REHABILIATACION

2.2.3.1. Costura
2.2.3.2. Tejidos
2.2.3.3. Juguetería
2.2.3.4. Corioplastía
2.2.3.5. Carpintería

3. INFORMES PERIODICOS A LA DIRECCIÓN GENERAL Y AUTORIDADES JUDICIALES

3.1. Informe Médico - "Pericia": (Art. 75 C.P). Se formulará a los tres a seis meses de ingresado el paciente. A fin de que el Juez haga cesar la medida de internación impuesta.
Semanalmente se realizarán presentaciones de caso clínico multidisciplinarias con participación del personal técnico, enfermería, servicio social, psicología y medicina.
Para elaborar el primer "informe pericial", el Departamento de Psiquiatría convocará quincenalmente a Junta Médica, la cual estará constituido por el Médico tratante, dos médicos psiquiatras del hospital y el Director Adjunto del Hospital. Eventualmente se podrá incorporar a la junta médica a un médico clínico del Departamento de UCE. El médico tratante presentará la historia clínica completa del caso, el informe psicológico y el informe social. Seguidamente se realizará la discusión del caso y la redacción del Acta de Junta Médica.

El informe pericial estará constituido por el informe médico y se acompañará en una primera ocasión por el Ata de Junta Médica, se adjuntará además el Informe Social del paciente.

3.2. Informe Social:

El informe social consiste en describir la dinámica familiar, los ingresos económicos de la familia, la situación de vivienda y concluye en el diagnóstico social. Las conclusiones consisten en determinar responsabilidades de la persona que estará a cargo del paciente, el compromiso de acudir periódicamente a la consulta ambulatoria. El tipo de soporte familiar adecuado o inadecuado que le permita un medio familiar favorable para la inserción social del paciente.

4. CONTROL Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTES

4.1 Control por el Programa a cargo de un Profesional de la Salud:

El control se realiza semanalmente al inicio, luego mensualmente con citación de pacientes, utilizando la ficha de seguimiento y control del cumplimiento del tratamiento de los pacientes. La enfermera referirá el paciente al médico tratante cada tres meses o inmediatamente al médico de Guardia del Servicio de Emergencia de encontrar criterios de alarma.

Criterios de alarma:

1. **Agitación psicomotriz**
2. **Delusiones**
3. **Alucinaciones**
4. **Hostilidad - Agresividad**
5. **Pensamiento homicida o suicida**
6. **Consumo de sustancias psicoactivas**
7. **Abandono de tratamiento farmacológico**
8. **Abandono familiar**
9. **Exposición a estrés traumático**
10. **Involucramiento en actividades delictivas**

Control Médico

El control ambulatorio regular estará a cargo del médico tratante del paciente de acuerdo a la citación periódica o por referencia del programa, en caso de que la enfermera hubiere encontrado signos de alarma.

4.3 Control Psicológico

Apoyo para reforzar habilidades de pacientes en trabajos grupales.

4.4 Seguimiento social:

Transferencia del caso a la trabajadora social de consultorios externos, para el apoyo social que requiera el paciente, en relación a su evaluación médica y social.

En caso de inasistencia del paciente al control mensual en el programa, o a la cita con su médico tratante, el Equipo de Salud Mental, hará la visita domiciliaria para supervisar el tratamiento y reincorporar al control ambulatorio.

X. METODOS E INSTRUMENTOS

Es un programa de tipo prospectivo y analítico

XI. CRONOGRAMA

Se realiza desde enero hasta diciembre de cada año renovándose anualmente

XII. RECURSOS

I. RECURSOS HUMANOS

03 Médicos psiquiatras
01 Psicólogo
04 Enfermeras
01 Asistenta Social
06 Técnicos en Enfermería

b. RECURSOS MATERIALES

Ambiente para terapia, mesas, sillas, equipo de música, CD con música para relajación, filmadora, televisor, DVD, vestimenta deportiva para los pacientes, ambiente para terapia, Protocolo de terapia de relajación.

Hojas bond, lápices, borradores, tajador manual, lapicero, corrector de lapicero, pizarra acrílica, plumón para pizarra, mota, cartulina, plumón para papel, Reforzadores sociales, témperas, pinceles, cartulina duplex, tela para pintar, papel continuo, vasos descartables.

c. RECURSOS FINANCIEROS

Recursos otorgados por el Hospital.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. BOBES J. et al. (2003), Banco de Instrumentos Básicos Para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Ars. Médica. 3° Edición. Buenos Aires.
2. CABALLO V. (2000), Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Siglo veintiuno de España Editores. 4° Edición. Madrid
3. ECHEBURÚA E. (2000), Personalidades Violentas. Ediciones Pirámide. Madrid.
4. HUAMÁN J. Programa del Servicio de Rehabilitación del Instituto de Salud Mental "HD – HN" Lima.
5. KAPLAN J. J. SADOCK (1996), Terapia de Grupo, Editorial Médica Panamericana. 3° edición. Madrid
6. RODRÍGUEZ A. (1997), Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos. Ediciones Pirámide. Madrid

ANEXOS

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
SERVICIO DE PSIQUIATRIA FORENSE

CUSTIONARIO DE HABILIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Su objetivo es evaluar las habilidades básicas de convivencia diaria en personas que sufren una enfermedad mental de larga duración.

El cuestionario se compone de 19 preguntas, cada una de las cuales describe un comportamiento concreto. Cada pegunta se divide en dos escalas:

a) Una escala de tres partes sobre el grado de oportunidad para la realización de actividades de forma independiente.

b) Una escala de cinco partes sobre el nivel real de realización de cada actividad de la vida diaria.

Instrucciones

Existen tres etapas en el procedimiento:

1. Elección de un informante apropiado.
2. Valoración del grado de oportunidad para que el individuo ejerza de forma independiente una habilidad concreta en ese entorno.
3. Valoración de realización de cada una de las habilidades en la vida diaria.

1. Selección de un informante

Hay que seleccionar un informante que conozca bien las habilidades del individuo en la vida diaria. En el hospital, éste puede ser *la supervisora de enfermería.*
Como último recurso, el mismo sujeto puede ser el informante. Sin embargo, esto requeriría alguna reformulación de las preguntas para adaptarse a la situación.

2. Grado de oportunidad para que el individuo ejerza de forma independiente una habilidad concreta en ese entorno

Se le pregunta al informante sobre el grado de oportunidad que tiene el individuo para realizar por su cuenta cada actividad de la vida diaria.
Existen tres posibles clasificaciones o escalas, que dependerán principalmente de las reglas generales del personal y de las características físicas del entorno:

Total oportunidad de independencia	2
Alguna oportunidad de independencia	1
Ninguna oportunidad de independencia	0

3. **Clasificación del nivel de realización de cada una de las habilidades en la vida diaria**

En términos generales, la clasificación se basa en el comportamiento del individuo durante el mes previo, con la excepción de las conductas poco frecuentes (preguntas 09, 11, 17) en cuyo caso el período de observación es de 6 meses.

En primer lugar se formula la pregunta básica. Tras la respuesta inicial del informante, el entrevistador podrá valorar en la escala aproximadamente el nivel de realización del interno. Para realizar una clasificación adecuada, se hacen sugerencias que se centran en la parte de la escala en la que el entrevistador ha fijado su atención por la respuesta inicial del informante. Estas sugerencias se hacen en forma de preguntas, para reformular el texto de cada punto de la escala cuando sea necesario.

En general, las clasificaciones se hacen normalmente de acuerdo con la lista que mostramos a continuación, pero hay excepciones y, por tanto, sigue siendo necesario que la escala de cada pregunta sea comprendida por el evaluador. El objetivo ha sido crear en las escalas una jerarquía basada en el nivel de realización o en la frecuencia en que las sugerencias se hacen necesarias. Los niveles más pobres de realización y los niveles en que las sugerencias sean más necesarias son las que reciben puntuaciones inferiores.

Las personas que actúan independientemente recibirán una puntuación de 3 o 4 en cada pregunta.

Las puntuaciones para el desempeño actual son las siguientes:

Nivel normal de realización	4
Problemas menores que no afectan a la independencia	3
Problema moderado o necesidad ocasional de una sugerencia	2
Problema severo o necesidad frecuente de una sugerencia	1
No realiza ninguna actividad o es necesaria una supervisión diaria	0
Desconocido	9

Nota: Ocasional: menos de 4 veces al mes.
Frecuente : semanalmente o más a menudo, pero no a diario.

Una vez que se han valorado las dos clasificaciones, el nivel de realización de actividades y el grado de oportunidad, el investigador pasa a la siguiente pregunta del cuestionario.

CUESTIONARIO

AUTOCUIDADO

1. Despertarse y levantarse

(Se valora la rutina de despertarse y levantarse por la mañana de lunes a viernes únicamente).

PREGUNTA *¿Hasta qué punto <S> es independiente para levantarse por la mañana?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 El sujeto no es despertado por el personal/ familiar.
1 Oportunidad para despertarse espontáneamente pero al final el sujeto es despertado por el personal/ familiar.
0 El sujeto es despertado por el personal/ familiar sin ninguna oportunidad para despertarse espontáneamente/ o necesita ayuda física.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Independencia total. Se despierta espontáneamente y se levanta a una hora razonable.
3 Funciona independientemente. Ninguna supervisión, algunas veces es lento para despertarse y levantarse a una hora razonable menos de 1 vez por semana.

2 Ocasionalmente se le sugiere que se levante a tiempo (p. ej., menos de cuatro veces al mes, pero no a diario). Si ningún miembro del personal/ familiar intenta modificar su comportamiento no llega al desayuno u ocasionalmente se retrasa en las actividades programadas.
1 Frecuentemente se le ayuda para que se levante a tiempo (más de cuatro veces al mes pero no diariamente). Si ningún miembro del personal/ familiar intenta modificar su comportamiento llega tarde a las actividades más de dos veces a la semana.
0 Se le ayuda diariamente o tiene ayuda física para levantarse (debido a una movilidad defectuosa). Si no se le estimula se levanta todos los días tarde, a una hora no razonable.
9 Desconocido.

2. Vestirse

(Se valora la independencia para seleccionar la ropa y vestirse)

PREGUNTA *¿Hasta qué punto <S> es independiente al vestirse?, ¿se viste apropiadamente?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 EL sujeto tiene la posibilidad de seleccionar su ropa.
1 El sujeto está en un alojamiento donde el personal/ familiar selecciona la ropa rutinariamente.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Totalmente independiente. Escoge la ropa apropiada según la temperatura o la situación y se viste correctamente.
3 *Funciona independientemente. No hay supervisión. Muestra una ligera inadecuación* o descuido.
2 Ocasionalmente se le recuerda que mantenga las normas apropiadas en el vestir (p. Ej.,menos de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si no se intenta modificar su conducta, muestra ocasionalmente descuido o forma inadecuada en el vestir o duerme con la ropa del día.
1 Frecuentemente es supervisado para seleccionar la ropa adecuada y ponérsela correctamente (p. ej., más de cuatro veces al mes, pero no a diario). Si no se intenta modificar su conducta, se muestra ocasionalmente inadecuado o descuido en el vestir o se viste de acuerdo con un delirio.
0 Es supervisado a diario a la hora de vestirse. O necesita ayuda física.
9 Desconocido.

3. Comidas

(Se valora la regularidad en obtener su comida diaria, incluyendo comida preparada)

PREGUNTA *¿Con qué regularidad come <S> ?, ¿se salta a menudo las comidas?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Para todos los residentes.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Obtiene su comida diaria regularmente. O bien, prepara sus propias comidas de un modo adecuado, o si le facilitan éstas, asiste regularmente a comer.
3 Ocasionalmente se despreocupa de conseguir la comida. Si se le sirve, falta a veces a alguna comida. No hay supervisión.
2 Hay que recordarle ocasionalmente que asista u obtenga la comida (p. ej., menos de cuatro veces al mes). Si no se le recuerda falta a varias comidas principales en la semana o falta al desayuno todos los días.
1 Hay que recordarle frecuentemente que asista a las comidas con regularidad (p. ej., más de cuatro veces al mes pero no a diario). Si no se le recuerda se salta una comida principal casi todos los días.
0 Se le recuerda a diario que asista a las comidas.
9 Desconocido.

4. Medicación

(Se valora la independencia y conformidad con cualquier medicación prescrita)

PREGUNTA *¿Hasta qué punto <S> es independiente para tomar la medicación?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Maneja y guarda su propia medicación sin supervisión.
1 Las medicinas las tiene el personal/ familiar pero el sujeto tiene la obligación de recordar cuándo debe tomar la medicación (bajo supervisión del personal/ familiar).
0 Las medicinas son manejadas y administradas por el personal/ familiar.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Completamente responsable para tomar la medicación o asiste regularmente a ponerse las inyecciones *depot* o va por las recetas.
3 Guarda su propia medicación. Se le recuerda ocasionalmente que tome las medicinas o la enfermera le administra las inyecciones en el hogar o en el trabajo. Coopera.
2 Medicación administrada por los cuidadores/ familiares. Suele cooperar.
1 Medicación administrada por los cuidadores/ familiares. A menudo no coopera.
0 *Problemas graves con el cumplimiento del tratamiento. Rechaza la medicación.*
9 No tiene medicación/ desconocido.

5. Higiene personal

(Se valora la higiene corporal)

PREGUNTA. *¿Hasta qué punto <S> es independiente para mantener la rutina de aseo personal diario?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Puede usar el cuarto de baño sin restricciones o supervisión.
1 Se baña o se ducha en días concretos o precisa ayuda física para ello.
0 Necesita ayuda física para el aseo personal diario.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Totalmente independiente. Mantiene buen nivel de higiene y aseo.
3 Funciona independientemente. Sin supervisión. Algún descuido con la higiene.
2 Ocasionalmente hay que recordarle que se asee (p. Ej., menos de cuatro veces al mes) (p. Ej., afeitado, cepillado de dientes). Si se le deja, presenta descuidos ocasionales con ciertos aspectos del aseo personal.

1 Se le pide con frecuencia que mantenga un nivel aceptable de aseo personal (p. Ej., más de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si se le deja, muestra frecuentes descuidos en el aseo personal diario.

0 Se le pide a diario que cuide su aseo. Ningún intento espontáneo/ o necesita ayuda física para el aseo personal.

9 Desconocido.

6. Ropa

(Se valora la limpieza y el estado de conservación)

PREGUNTA *¿Hasta qué punto <S> es independiente para cambiarse de ropa sucia o estropeada?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Para la mayoría de los residentes.

1 El sujeto se encuentra en un alojamiento donde el personal/ familiar selecciona rutinariamente la ropa para el sujeto.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Totalmente independiente. Se cambia de ropa regularmente. Ropa limpia, planchada, en buen estado de conservación.

3 *Funciona independientemente. Pequeños problemas con la limpieza y el estado de la ropa*

2 De vez en cuando se le pide que se cambie la ropa sucia (menos de cuatro veces al mes). Si se le deja, se muestra descuidado con ciertos aspectos de limpieza y estado de la ropa

1 Se le pide frecuentemente que mantenga un nivel aceptable de limpieza (más de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si se le deja, se muestra muy descuidado.

0 Es supervisado diariamente. Ningún intento espontáneo de cuidar el estado de la ropa

9 Desconocido.

7. Incontinencia

(Se valora la incapacidad física para controlar los esfinteres vesical y anal)

PREGUNTA *¿Es capaz <S> de controlar sus esfinteres vesical y anal?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Para todos los residentes.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 No existe incontinencia.
3 Incontinencia urinaria (menos de cuatro veces al mes) pero no incontinencia fecal.
2 Incontinencia urinaria (más de cuatro veces al mes) pero no incontinencia fecal.
1 Incontinencia fecal (menos de cuatro veces al mes con o sin incontinencia urinaria).
0 Incontinencia fecal (más de cuatro veces al mes con o sin incontinencia urinaria).
9 *Desconocido.*

8. Comportamiento en el cuarto de baño

PREGUNTA *Independientemente de que tenga o no incontinencia física ¿utiliza <S> el cuarto de baño de un modo apropiado?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Para todos los residentes.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Siempre.
3 Funciona independientemente pero tiene algún descuido (p. Ej., olvida tirar de la cisterna, o moja la superficies del retrete o el suelo).
2 La ropa está mojada y/ o huele mal, es necesario llamarle la atención.
1 Orina o defeca en zonas públicas.
0 Problema importante. La ropa está mojada y/ o huele mal y orina o defeca en zonas públicas.
9 Desconocido.

HABILIDADES DOMÉSTICAS

9. Preparación de comidas simples, bocadillos, bebidas entre comidas

PREGUNTA *¿Hasta qué punto <S> es independiente al prepararse sus bebidas calientes o sus bocadillos?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Tiene acceso a la cafetera y electrodomésticos de la cocina (p. Ej., tostador) sin restricción.
1 Tiene acceso a las instalaciones arriba mencionadas únicamente a ciertas horas del día o sólo con la supervisión del personal/ familiar.
0 Nunca se le permite utilizar las instalaciones o no hay instalaciones.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Prepara comidas o bebidas simples independientemente. Lo hace con regularidad.
3 Tiene algún pequeño problema con la preparación de comidas o bebidas simples.
2 Tiene supervisión ocasional para la preparación de comidas simples (menos de cuatro veces al mes). Si no hay supervisión, prepara comidas o bebidas solo de forma ocasional/ o algunas veces las prepara de manera inapropiada.
1 Siempre es supervisado en la preparación de comidas simples.
0 Nunca prepara comidas o bebidas simples.
9 *Desconocido.*

10. Lavado de ropa

(Se valora ropa personal y ropa de cama)

PREGUNTA *¿Hasta qué punto es <S> independiente para lavar su propia ropa o ropa de cama?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Utiliza la lavadora. Lava la ropa de cama y la ropa personal.
1 Utiliza la lavadora pero se le proporcionan las sábanas.
0 No tiene lavadora.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Completamente independiente. Utiliza la lavadora, la lavandería y la limpieza en seco de forma autónoma y correcta.
3 Independiente en parte. Usa la lavadora y/ o lava a mano espontáneamente y con regularidad. Los cuidadores/ familiares le lavan algunas cosas (p. Ej., sábanas, etc.).
2 Es supervisado o se le recuerda que lave su ropa personal. Si no se le supervisa muestra negligencia en esta actividad.
1 Ayuda con la colada (p. Ej., recogerla), pero depende básicamente de los *cuidadores/ familiares para la provisión de ropa o sábanas limpias.*
0 No hace la colada ni ayuda con el lavado de ropa.
9 Desconocido.

11. Cuidado del espacio personal

(Se valora el orden de la habitación, especialmente en la zona de la cama)

PREGUNTA *¿Hasta qué punto es <S> limpio y ordenado en el espacio donde vive?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 No hay personal de limpieza.
1 Hay personal de limpieza pero se espera que el residente mantenga limpia su zona de la cama y armario.

0 Hay personal de limpieza. No se espera que el residente mantenga limpia su zona de la cama y armario.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Completamente independiente. Limpia y ordena su espacio personal. Mantiene un nivel correcto de limpieza.
3 Parcialmente independiente al limpiar su espacio personal. Necesita que se le recuerde en ocasiones o está por debajo del nivel normal de limpieza (menos de cuatro veces al mes).
2 Se le recuerda frecuentemente que mantenga un nivel correcto de limpieza (más de cuatro veces al mes, pero no a diario, si no, se descuida.
1 Se le sugiere a diario que cuide su espacio personal (si no, muestra muchos descuidos):
0 No ordena su espacio personal.
9 Desconocido.

12. Cuidado de su casa o zonas comunes

PREGUNTA *¿Hasta qué punto es <S> independiente al hacer las tareas domésticas generales?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Vive en la comunidad y tiene la oportunidad de hacer tareas domésticas.
1 Vive en el hospital o en residencias asistidas y tiene la oportunidad de hacer tareas domésticas.
0 Ninguna oportunidad de hacer tareas domésticas (p. Ej., las normas del alojamiento lo impiden).

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Completamente independiente para mantener limpia la casa o comparte las tareas domésticas comunes. Ninguna ayuda de personal/ familiar.
3 Parcialmente independiente en la limpieza de la casa. Hace una tarea particular en la casa. Si vive independientemente, pequeños problemas con el nivel de limpieza y el orden. Ninguna ayuda del personal/ familiar.
2 En ocasiones necesita que se le recuerde que haga las tareas domésticas (menos de cuatro veces al mes); si no, se descuida.
1 Rara vez ayuda en las tareas domésticas o frecuentemente se le sugiere que lo haga. Si no, signos de gran descuido.
0 No hace ni comparte tareas domésticas.
9 Desconocido.

13. Ocupación diaria

(Se valora el grado de involucrarse en actividades instrumentales, excluyendo las que no tienen un objetivo) (tener en cuenta la edad y situación)

PREGUNTA *¿Hasta qué punto es <S> activo y resuelto en sus tareas diarias?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Alojamiento o residencia abierta.
1 Alojamiento cerrado.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Se mantiene apropiadamente activo (tiene un trabajo, trabaja como voluntario o asiste a algún servicio social de dia sin estímulo o está involucrado en actividades domésticas).
3 Se mantiene activo parte del tiempo (como se menciona arriba pero con periodos ocasionales de inactividad).
2 Se le sugiere ocasionalmente que realice alguna actividad de este tipo, si no se intenta modificar su comportamiento, muestra periodos frecuentes de inactividad (50 % del tiempo).
1 Se le sugiere frecuentemente que realice alguna actividad que tenga propósito, si no se modifica el comportamiento muestra diariamente periodos prolongados de inactividad.
0 Muy dificil de ocupar. No hace nada la mayor parte del tiempo.
9 Desconocido.

14. Actividades de tiempo libre

PREGUNTA *¿Cómo pasa <S> su tiempo libre?, ¿realiza alguna actividad de ocio?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Alojamiento o residencia abierta.
1 Alojamiento cerrado.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Sigue actividades de ocio tanto individuales como de grupo sin que haya que estimularle regularmente (visitas, salidas con amigos).
3 Se une a actividades de ocio tanto individuales como de grupo (charlando con la gente, saliendo con otros) pero necesita que le estimule para algunas actividades.
2 Sigue actividades de ocio individuales (p. Ej., leer, ver la televisión, oír la radio, pasear).
1 Participa en actividades en solitario sólo cuando se le sugieren. Ninguna actividad de grupo.

0 Dificultad para interesarlo o engancharlo en algo. Pasa el tiempo libre sin hacer nada.
9 Desconocido.

15. Sociabilidad

(Se valora la frecuencia y el nivel de relación con otras personas)

PREGUNTA *¿Hasta qué punto es <S> sociable?, ¿busca la compañía de otros?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Alojamiento o residencia abierta.
1 Alojamiento cerrado.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Mantiene espontáneamente contacto con parientes, amigos o conocidos. Se relaciona bien con los demás. Busca compañía.
3 Mantiene contacto con varios amigos, conocidos o parientes. Se relaciona superficialmente con otras personas con las que tiene contacto diario.
2 Se relaciona con pocas personas conocidas. Abierto a los acercamientos sociales de otros pero no busca compañía.
1 Solitario, aislado o introvertido. Raramente se acerca a otros.
0 Extremadamente aislado o introvertido. Rechaza los acercamientos sociales.
9 Desconocido.

16. Consideración y preocupación por otros

(Se valora comunicación verbal y no verbal)

PREGUNTA *¿Qué consideración y preocupación muestra <S> por otros?* (p. Ej., si un miembro del personal/ familiar o un compañero está enfermo, ¿se preocupa?)

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Para todos los residentes.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Muestra consideración y preocupación por otros.
3 A veces muestra consideración y preocupación por otros pero es inconsistente.
2 Muestra algo de consideración y preocupación por otros.
1 Difícilmente muestra cualquier consideración y preocupación por otros.
0 No muestra consideración o preocupación.
9 Desconocido.

17. Prestar auxilio en una emergencia

PREGUNTA Considerar una emergencia doméstica (p. Ej., desmayo de un compañero o familiar, fuego en la cocina, reventón de una tubería) *¿cómo respondería <S> ante esta situación?*

ESCALA DE OPORTUNIDAD

2 Para la mayoría de los residentes.
1 Incapacitados, necesitan ayuda física.

ESCALA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

4 Acción rápida y apropiada que conlleva una respuesta independiente inmediata y una petición de ayuda.
3 Demandaría ayuda, pero difícilmente iniciaría una acción autónoma.
2 Poco probable que busque ayuda.
1 Definitivamente no buscaría ayuda.
0 No buscaría ayuda, su comportamiento sería de obstrucción (p. Ej., no permitiría el acceso del servicio de emergencia).
9 Desconocido o imposibilidad de juzgar.

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre del paciente ..... Código .....
Nombre del informante..... Código .....
Nombre del entrevistador..... Código .....
Fecha de la entrevista ...../...../.....

		Oportunidad de Independencia	Desempeño actual
Autocuidado			
a)	Despertarse y levantarse	1. ☐	☐
b)	Vestirse	2. ☐	☐
c)	Comidas	3. ☐	☐
d)	Medicación	4. ☐	☐
e)	Higiene personal	5. ☐	☐
f)	Ropa	6. ☐	☐
g)	Incontinencia	7. ☐	☐
h)	Comportamiento en el cuarto de baño	8. ☐	☐
	a) Total b) Promedio		a) ☐ b) ☐
Habilidades domésticas			
i)	Preparación de comidas simples	09. ☐	☐
j)	Lavado de ropa	10. ☐	☐
k)	Cuidado del espacio personal	11. ☐	☐
l)	Cuidado de su casa o zonas comunes	12. ☐	☐
	a) Total b) Promedio		a) ☐ b) ☐
Actividad y relaciones sociales			
m)	Ocupación diaria	13. ☐	☐
n)	Actividades de tiempo libre	14. ☐	☐
o)	Sociabilidad	15. ☐	☐
p)	Consideración y preocupación por otros	16. ☐	☐
q)	Prestar auxilio en una emergencia	17. ☐	☐
	a) Total b) Promedio		a) ☐ b) ☐

1

[1] Adaptado del Banco de Instrumentos Básicos Para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Ars Médica. 3° Edición. Buenos Aires.

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
SERVICIO DE PSIQUIATRIA FORENSE

CUESTIONARIO – ENCUESTA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE "EMOCIÓN" EXPRESADA

PRESENTACIÓN:

Este es un cuestionario en el que usted encuentra situaciones que comúnmente suelen presentarse cuando hay un miembro con enfermedad mental en casa. Ante estas situaciones usted tiene la oportunidad de recordar su reacción o sentimiento contestando a todas las preguntas que a continuación se le presentan. De sus respuestas francas y sinceras será posible ayudarle a mejorar su relación con él

Usted deberá poner un aspa (X) dentro del casillero que mejor describa su respuesta. Deberá usted decidir entre las siguientes opciones:

- Si nunca siente o reacciona ponga la "X" en el casillero NUNCA.
- Si lo hace pocas veces en tal caso pondrá una "X" en CASI NUNCA.
- Si lo hace más veces en este caso ponga la "X" en el casillero de CASI SIEMPRE.
- Si es muy a menudo su reacción o sentimiento ponga la "X" en el casillero SIEMPRE.

TRABAJE USTED COMO EN EL SIGUIENTE EJEMPLO:

Ej. Se ríe usted cuando le cuentan chistes colorados

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
				X
1. C Cuando veo a mi familiar encerrado en su cuarto lo resondro para que ayude en casa				
2. S Tengo cuidado que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.				
3. C Me da igual que mi familiar se descuide de su vestido como de su higiene				
4. S Siento desesperación, lloro frente a él por las cosas que éste hace.				
5. C Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa al igual que los demás.				
6. S Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.				

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
SERVICIO DE PSIQUIATRIA FORENSE

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
7. H La enfermedad de mi familiar no es responsable de los problemas que vienen al hogar				
8. S Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa no lo dejo que actúe sólo.				
9. C Estoy acostumbrado al poco interés de mi familiar frente a los problemas de la casa.				
10. S Desde que se inició la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.				
11. S Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.				
12. C Mi familiar no hace nada por si sólo, sin embargo no me molesta				
13. H No es por culpa de mi familiar enfermo que no tengo las recompensas que merezco.				
14. S Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo descansando en casa				
15. C Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación.				
16. C La mortificación que sentía antes ya no la siento.				
17. H Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.				
18. C Me molesto cuando veo a mi familiar desganado.				
19. H Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no no es la misma, por eso procuramos apartarlo.				
20. S Dejo a mi familiar sólo, por su cuenta.				
21. H El saber que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostumbrarme a él.				
22. H Trato de no ser duro con mi familiar.				
23. H Por la tranquilidad d mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.				
24. H Constantemente tengo que estar advirtiéndole				

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.				
25. H Las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a causar tanto que siento ganas de internarlo en el hospital.				
26. S En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.				
27. C Me da cólera que mi familiar no entienda claramente lo que le quiero decir.				
28. H Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar, es un caso perdido.				
29. C Me da cólera cuando mi familiar enfermo no se da cuenta que lo que hace me fastidia a pesar de que se lo digo.				
30. C Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				

C: Criticismo
H: Hostilidad
S: Sobreimplicación

EQUIVALENCIAS:

NUNCA:	0
CASI NUNCA:	1
CASI SIEMPRE:	2
SIEMPRE:	3

PUNTAJE	EMOCION EXPRESADA
00 – 09	MUY BAJA
10 – 30	BAJA
31 – 60	MODERADA
61 – 90	ALTA

2

2. Del Programa del Servicio de Rehabilitación del Instituto de Salud Mental "HD – HN" Lima.

[3]

4.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Suspicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Escala positiva (PANSS-P)	*Puntuación directa:*				*Percentil:*		
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Escala negativa (PANSS-N)	*Puntuación directa:*				*Percentil:*		
	1	2	3	4	5	6	7
Escala compuesta (PANSS-C)	*Puntuación directa:*				*Percentil:*		
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de *insight*	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
Psicopatología general (PANSS-PG)	*Puntuación directa:*				*Percentil:*		
	1	2	3	4	5	6	7

[3] Del Banco de Instrumentos Básicos Para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Ars. Médica. 3° Edición. Buenos Aires.