

ANEXO 1

LISTA DE LOS “GRUPOS DE ITEMS” RELACIONADOS CON TRASTORNOS PSICÓTICOS DEL SCAN

Número: Nombre del Grupo de Ítem puntuación

IG8: Despersonalización y desrealización

3.12	Despersonalización	2-3
16.6	Las cosas parecen irreales	1-3
16.7	La gente parece irreal	1-3
16.8	Acciones irreales; sensación de estar actuando	1-3
16.9	Se siente a sí mismo como un extraño	1-3
16.10	Siente su cuerpo como no familiar	1-3

IG13: Delirios y alucinaciones depresivas

17.11	Tipo de ánimo congruente con las alucinaciones auditivas (AA)	1-2
17.19	Alucinaciones asociadas con duelo	1-3
19.10	Delirios de referencia: depresivos	1-2
19.30	Delirios de culpa: depresivos	1-3
19.31	Delirios de catástrofe/depresivos	1-3
19.32	Delirios hipochondríacos/depresivos	1-3

IG14: Delirios corporales

16.11	Dismorfofobia	1-3
19.33	Otros delirios hipochondríacos	1-3
19.36	Delirios relativos a la apariencia	1-3
19.37	Delirios de personalización	1-3

IG18: Delirios y alucinaciones expansivas

17.11	Estado de ánimo congruente con las alucinaciones auditivas	2-3
19.11	Delirios de referencia: expansivos	2
19.34	Delirios: habilidades grandiosas	1-3
19.35	Delirios: identidades grandiosas	1-3

IG19: Hiperactividad

21.15	Tendencia a la distracción	1-2
21.16	Inquietud	1-2
21.17	Agitación	1-2
21.18	Excitación	1-2
21.19	Destruyivo o violento	1-2
23.4	Lenguaje a presión	1-2

IG20: Percepción alterada

16.2	Percepción cambiante	1-3
16.4	Percepción aumentada	1-3
16.5	Percepción alterada del tiempo	1-3
16.14	Otras alteraciones perceptivas	1-3

IG21: Alucinaciones no específicas

17.1	Presencia de alucinaciones auditivas	1
17.3	Alucinaciones auditivas no verbales	2-3
17.4	Frecuencia de las alucinaciones auditivas	2-4
17.5	Duración de las manifestaciones de las AA	3-4
17.12	Características especiales de las AA	1

IG22: Alucinaciones visuales inespecíficas

17.15	AV sin forma	1-3
17.16	AV con forma	1-3
17.17	AV escénicas	1-3

IG23: Psicosis inespecíficas

3.13	Celotipia mórbida no psicótica	2-3
16.1	Percepciones poco habituales	1
17.18	Alucinaciones hipnagógicas	2-3
17.22	Alucinaciones olfativas	2-3
17.30	Alucinaciones no debidas a alcohol o drogas	2-3
19.2	Explore otros delirios	2-3
23.13	Pensamiento mágico	2-3

IG24: Alucinaciones auditivas no afectivas

17.8	Comentarios sobre los pensamientos o acciones	3	
17.9	Alucinaciones auditivas en segunda o tercera persona		3-5
17.10	Congruencia de las alucinaciones auditivas con el estado de ánimo		3-5

IG25: Experiencias de distorsión de la forma del pensamiento

18.4	Pensamientos sonoros	1-3	
18.5	Eco del pensamiento	1-3	
18.6	Inserción del pensamiento	1-3	
18.7	Difusión del pensamiento	1-3	
18.8	Pensamiento comentado	1-3	
18.9	Bloqueo del pensamiento	2-3	
18.10	Robo del pensamiento	1-3	
18.11	Otras interferencias del pensamiento	2-3	

IG26: Delirios de control

18.12	Sustitución de la voluntad	1-3	
18.13	Sustitución del control de la voz	1-3	
18.14	Sustitución del control de la escritura	1-3	
18.15	Sustitución del control de las acciones		1-3
18.16	Sustitución del control de los pensamientos	1-3	
18.17	Sustitución del control de otras funciones	2-3	

IG27: Delirios e interpretaciones extravagantes

17.23	Delirios extravagantes con olores	1-3	
17.27	Delirios sobre alucinaciones sexuales	1-3	
17.28	Alucinaciones con otros sentidos	1-3	
17.29	Delirios con alucinaciones somáticas	2-3	
18.1	Perplejidad delirante	2-3	
19.9	Percepción delirante	2-3	
19.19	Delirios fantásticos	1-3	
19.42	Incongruencia de los delirios	3	

IG28: Delirios misceláneos

17.25	Delirio que otros piensan que el entrevistado huele mal	1-3	
18.3	Delirio de que le leen los pensamientos	1-3	
19.14	Celotipia delirante	1-3	
19.16	Delirios de estar embarazada	1-3	
19.17	Amante delirante	1-3	
19.18	Delirio de ser acusado de homosexualidad	1-3	
19.20	Preocupado con los delirios previos	1-3	
19.21	Delirios religiosos	1	
19.22	Explicaciones paranormales delirantes		1
19.23	Explicaciones físicas delirantes		1

IG29: Delirios de referencia

19.3	Delirio de ser espiado	1-3	
19.4	Delirios de referencia	1-3	
19.5	Interpretaciones erróneas delirantes	1-3	
19.6	Delirio de que las ideas son citadas	1-3	
19.7	Identificación errónea delirante		1-3
19.8	Suplantación de personas familiares	1-3	

IG30: Delirio de persecución

19.12	Delirio de persecución	2-3	
19.13	Delirio de conspiración		2-3

IG31: Agitación emocional

22.4	Irritabilidad hostil	1-2	
22.5	Perplejidad	1-2	
22.6	Labilidad emocional	1-2	
22.7	Explosiones emocionales	1-2	

IG32: Lenguaje incoherente

15.2	Lenguaje caracterizado por expresión verbal incoherente	1-2	
23.7	Lenguaje enmarañado o farragoso	1-2	
23.11	Neologismos	1-2	
23.12	Incoherencia del lenguaje	1-2	

IG33: Otras anomalías del lenguaje

23.1	Voz demasiado fuerte	1-2
23.2	Voz demasiado apagada	1-2
23.3	Murmura para sí mismo	1-2
23.6	Lenguaje circunstancial	1-2
23.8	Perseveración	1-2
23.9	Rumiación	1-2
23.10	Respuestas tangenciales	1-2
23.14	Bloqueo del lenguaje	1-2
23.22	Lenguaje no social	1-2
23.23	Lenguaje pomposo	1-2

IG34: Comportamiento social embarazoso

21.32	Apariencia extraña	1-2
21.33	Conducta embarazosa	1-2
21.34	Conducta extravagante	1-2
21.35	Conducta irrespetuosa	1-2
21.36	Conducta histriónica	1-2

IG35: Afectividad plana e incongruente

22.8	Embotamiento afectivo	1-2
22.9	Incongruencia afectiva	1-2
23.29	Falta de objetivo o propósito	2-3

IG36: Pobreza del lenguaje

15.5	Lenguaje caracterizado por expresión verbal pobre	1-2
23.15	Pobreza del contenido del lenguaje	1-2
23.16	Cantidad de lenguaje	1-2
23.17	Mutismo	1-2

IG37: Comunicación no verbal

21.10	Postura negativa	1-2	
21.11	Escaso uso de la gesticulación	1-2	
21.12	Escasa expresión facial		1-2
21.13	Lenguaje monótono	1-2	
21.14	Escasa utilización del contacto ocular	1-2	
23.18	Comunicación no verbal	1-2	
23.19	Incapacidad de conversar	1-2	
23.20	No estimulación positiva de la conversación	1-2	
23.27	Incapacidad para la “transposición mental”	1-2	

IG38: Negligencia hacia sí mismo

21.37	Abandono en el cuidado de uno mismo (ropas)	1-2	
21.38	Abandono en el cuidado de la propia salud	1-2	
21.39	Higiene personal y hábitos	1-2	
21.42	Negligencia ante los peligros habituales	1-2	

IG39: Retardo motor

21.1	Postura encorvada	1-2	
21.2	Inmovilidad	1-2	
21.3	Lentitud al moverse	1-2	
21.4	Retardo al iniciar el movimiento	1-2	
21.5	Hipoactividad	1-2	
21.6	Estupor	1-2	
21.7	Lenguaje lento	1-2	
21.8	Marcha inestable	1-2	
21.9	No mueve los brazos al andar	1-2	

IG40: Conducta catatónica

21.20	Negativismo	1-2	
21.21	“Ambitendencia”	1-2	
21.22	“Grasping” forzado	1-2	
21.23	Econpraxia	1-2	
21.24	Flexibilidad cérea	1-2	
21.25	Oposición	1-2	
21.27	“Congelación motora”	1-2	
21.28	Obediencia automática		1-2
21.29	Predominio de los síntomas catatónicos	1-2	

ESCALA DE PUNTUACION PARA LOS GRUPOS DE ITEMS

0 Ausente. Por debajo del punto de corte del IGC

1 Subordinada al juicio clínico, al menos dos ítems deben sobrepasar claramente el nivel del punto de corte del PSE, JUNTO CON al menos incapacidad moderada (interferencia con las actividades de cada día) y/o angustia (distress) moderada o severa, debido a los síntomas

**2. Como en 1, pero con un grado severo de angustia (distress o incapacidad).
Habitualmente, al menos 3 ítems sobrepasan el punto de corte del PSE, pero esto queda sujeto al juicio clínico del entrevistador**

8. No está claro si el IG está presente (normalmente debido a información insuficiente)

9. Información insuficiente para poder puntuar

ANEXO 2

¡Error! Marcador no definido.

MRC* NEEDS FOR CARE ASSESSMENT ¡Error! Marcador no definido.

(NCA)

C.Brewin, J.K.Wing

**MRC Social Psychiatry Unit
Institute of Psychiatry
London SE5 8AF**

VERSION: Septiembre, 1989

* Medical Research Council

¡Error! Marcador no definido.

ADAPTACION ESPAÑOLA:

MRC EVALUACION DE NECESIDADES ASISTENCIALES

Grupo Investigación Salud Mental Granada Sur

VERSION: Diciembre, 1993

MRC* EVALUACION DE NECESIDADES ASISTENCIALES

CUADERNO DE REGISTRO DE DATOS

VERSION SEGUNDA/2

Usar unicamente con el manual acompañante

¡Error! Marcador no definido.

Paciente:

Fecha:

Entrevistador:

*** Medical Research Council (Social Psychiatric Unit)**

SECCION A: SINTOMAS Y PROBLEMAS DE CONDUCTA

INSTRUCCIONES DE VALORACION PARA LA SECCION A:

Valorar el NIVEL DE DISFUNCION como sigue:

0. No hay problema o el problema es leve.
1. No es un problema actual, pero ha sido significativo en un pasado reciente (normalmente en los 2 últimos años) Y/O amenaza ser un problema significativo.
2. Problema significativo actual (en el mes pasado).
8. Información insuficiente para emitir un juicio.
9. No aplicable.

Valorar cada TIPO DE ASISTENCIA como sigue, cada vez que el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO puntúe 1, 2 ó 8:

- 0 Este tipo de asistencia no es apropiado y no se facilita, o si se facilita es por algún otro problema.
- 1 Este tipo de asistencia es facilitado en la actualidad y es efectivo o potencialmente efectivo.
- 2 Este tipo de asistencia están siendo facilitado actualmente, pero ha demostrado ser insuficiente después de 3 meses. Sin embargo es aún apropiado y vale la pena continuar.
- 3 Este tipo de asistencia fue ofrecido durante el año pasado pero ha sido rehusado, abandonado o ha habido falta de asistencia por parte del paciente.
- 4 Este tipo de asistencia fue ofrecido adecuadamente durante los dos últimos años y fue inefectivo. Improbable que sea más efectivo si se vuelve a ofrecer.
- 5 Este tipo de asistencia es apropiado pero no fue facilitado debido a síntomas de incapacidad o por peligro de sobrecarga. Probablemente será necesario en los próximos 12 meses.
- 6 Este tipo de asistencia se ha facilitado inapropiadamente y no vale la pena continuar. (overprovision)
- 7 Este tipo de asistencia es apropiado ahora pero no ha dado un resultado adecuado o reciente.

8 No conocido.

9 No aplicable.

Valorar el ESTADO NECESIDADES PRIORITARIAS como sigue:

0. No existe necesidad:

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es puntuado 0

1. Necesidad cubierta:

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es puntuado 1, 2, ó 8 Y al menos un TIPO DE ASISTENCIA es puntuado 1 ó 2 Y el criterio de necesidad no cubierta no es satisfactorio.

2. Necesidad no cubierta (Evaluación):

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es puntuado 2 ó 8 Y el TIPO DE ASISTENCIA 'Evaluación' es puntuado 7.

3. Necesidad no cubierta (Tratamiento):

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es puntuado 2 Y ningún TIPO DE ASISTENCIA es puntuado 1 Y al menos un TIPO DE ASISTENCIA (excepto el de Evaluación) es puntuado 7.

4. Necesidad sin posibilidad de cubrirse:

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es puntuado 1 ó 2 Y todos los TIPOS DE ASISTENCIA puntuados 0, 3, 4, 5, 6.

9. No aplicable.

Valorar la EXCESO DE ASISTENCIA como sigue:

0. Ausente

1. Presente:

Algún TIPO DE ASISTENCIA se ha suministrado a un nivelexcesivo o con un beneficio no demostrable en un año, Y el equipo no ha intentado reducir el nivel de intervención, O un TIPO DE ASISTENCIA es puntuado 6.

Valorar las NECESIDADES FUTURAS como sigue:

- 0. Ausente**
- 1. Presente:**
un TIPO DE ASISTENCIA puntuado 5.

A1. Síntomas psicóticos positivos

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, ó 8

Evaluación

Medicación

Supervisión, control de la medicación

Visitas domiciliarias

Apoyo, alivio al paciente

Asesoramiento al paciente para el afrontamiento

Asesoramiento familiar para el afrontamiento

EE o intervención familiar

Ambiente protegido

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROVISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

A2. Apatía y baja actividad

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, ó 8

Evaluación

Programa de incremento de estimulación social

Supervisión, control del programa

Asesoramiento al paciente para el afrontamiento

Asesoramiento familiar para el afrontamiento

Ambiente protegido

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMOCIÓN (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

A3. Diskinesia tardía y otros efectos secundarios

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, ó 8

Evaluación

Medicación

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMOCIÓN (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

A4. Síntomas neuróticos

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, ó 8

Evaluación

Apoyo, alivio al paciente

Terapia psicológica individual

Medicación

Programa estructurado, incluyendo al equipo asistencial

Psicoterapia dinámica individual o de grupo

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROVISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

A5. Demencia o psicosis orgánica

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE 2 FUNCIONAMIENTO es 1, 2, ó 8

Evaluación

Cuidados básicos de enfermería .

Tratamiento específico

Asesoramiento al paciente para el afrontamiento..

Medicación

Otros (especificar) .

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

A6. Síntomas físicos o enfermedades

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, ó 8

Evaluación

Tratamiento específico

Educación para la salud

Asesoramiento al paciente para el afrontamiento..

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

A7. Conducta peligrosa o destructiva

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, ó 8

Evaluación

Ambiente controlado

Supervisión o control

Medicación

Programa estructurado, incluyendo al equipo asistencial

Ambiente protegido

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMOCIÓN (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

A8. Conducta socialmente inadecuada

Presencia de conducta extraña o inadecuada ante público. Incluye problemas alcohólicos

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, ó 8

Evaluación

Programa estructurado, incluyendo al equipo asistencial

Medicación

Ambiente protegido

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMOCIÓN (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

A9. Angustia

Angustia persistente acerca de un problema psicosocial de larga duración (tal como problemas matrimoniales, domésticos...). No incluye angustia sobre síntomas ya mencionados.

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, ó 8

Evaluación

Asesoramiento al paciente para el afrontamiento..

Protección frente a estresores específicos

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROVISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

SECCION B: DESTREZAS Y HABILIDADES

INSTRUCCIONES DE VALORACION PARA LA SECCION B:

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO como sigue:

- 0. Competencia más actuación (habilidad demostrada, sin ayuda de nadie, en el mes pasado).**
- 1. Normalmente muestra competencia más actuación, pero ha aparecido un problema importante en un pasado reciente (generalmente dentro de los dos años pasados) Y/O amenaza de problema importante.**
- 2. Falta de competencia (generalmente no hay evidencia de habilidad en ningún momento en el pasado año).**
- 3. Falta de ejecución (habilidad ejecutada competentemente durante el pasado año, pero no realizada o realizada solo con ayuda durante el pasado mes).**
- 8. Información insuficiente para realizar un juicio.**
- 9. No aplicable**

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA como en la Sección A cada vez que el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es puntuado 1, 2, 3 ó 8

Valorar el ESTADO NECESIDADES PRIORITARIAS como sigue:

- 0. No existe necesidad:**
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es puntuado 0 ó 3 y el criterio de necesidad cubierta no es satisfactorio.
- 1. Necesidad cubierta:**

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es puntuado 1, 2, 3 ó 8 Y al menos un **TIPO DE ASISTENCIA** es puntuado 1 ó 2 Y el criterio de necesidad no cubierta no es satisfactorio.

2. Necesidad no cubierta (Evaluación):

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es puntuado 2 ó 8 Y el **TIPO DE ASISTENCIA** 'Evaluación' es puntuado 7.

3. Necesidad no cubierta (Tratamiento):

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es puntuado 2 Y ningún **TIPO DE ASISTENCIA** es puntuado 1 Y al menos un **TIPO DE ASISTENCIA** (excepto el de 'Evaluación') es puntuado 7.

4. Necesidad sin posibilidad de cubrirse.

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es puntuado 1 ó 2 Y todos los **TIPOS DE ASISTENCIA** puntuados 0, 3, 4, 5, 6.

9. No aplicable.

Valorar NECESIDADES POSIBLES (Falta de ejecución) con sigue:

0. Ausente

1. Presente:

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es codificado 3 Y no se está ofreciendo en la actualidad ningún **TIPO DE ASISTENCIA**

Valorar el EXCESO DE ASISTENCIA y las NECESIDADES FUTURAS como en la sección A:

0. Ausente.

1. Presente:

Algún **TIPO DE ASISTENCIA** provisto en un nivel excesivo o con un beneficio no demostrable en un año, Y el equipo no ha intentado reducir el nivel de intervención, O un **TIPO DE ASISTENCIA** es puntuado 6.

Valorar las FUTURAS NECESIDADES como sigue:

0. Ausente

- 1. Presente:
un TIPO DE ASISTENCIA puntuado 5.**

B10. Autocuidado

I Higiene personal

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, 3, 8

Evaluación

Entrenamiento terapeutico

Supervisión de higiene o autocuidado

Residencia protegida

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPVISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

II Compras domésticas

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, 3, 8

Evaluación

Entrenamiento terapeutico

Ayuda a domicilio

Residencia protegida

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

III Conseguir alimentos (cocinarlos o comprarlos)

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, 3, 8

Evaluación

Entrenamiento terapeutico

Residencia protegida

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

IV Tareas domésticas

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, 3, 8

Evaluación

Entrenamiento terapeutico

Ayuda a domicilio

Residencia protegida

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMOCIÓN (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

V Uso del transporte público

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, 3, 8

Evaluación

Entrenamiento terapéutico

Transporte especial

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMOCIÓN (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

VI Uso de establecimientos de ocio (al menos uno, cine, café, librería, iglesia, bingo, etc...)

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, 3, 8

Evaluación

Entrenamiento terapéutico

Actividades de ocio (protegidas)

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

B11 Educación

El paciente es incapaz, a causa de una carencia de educación, de leer un periódico, o escribir una breve carta, o hacer una simple cuenta aritmética necesaria para comprar.

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, 3, 8

Evaluación

Entrenamiento terapeutico

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

B12 Ocupación

El paciente es incapaz de concentrarse, o un nivel constante de trabajo, o mantenerse un tiempo razonable, o aceptar supervisión. Si el empleo protegido o abierto no es considerado apropiado o posible, valorar la sección como no aplicable (9).

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, 3, 8

Evaluación

.

Entrenamiento terapeutico

Empleo protegido

Otro empleo protegido

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA.

Valorar la SOBREPROMISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

B13. Habilidades de Comunicación

El paciente es incapaz de iniciar una conversación, o mantener una conversación con un conocido durante 5 minutos, o mostrar una comunicación no verbal apropiada.

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, 3, 8

Evaluación .

Entrenamiento terapeutico

Práctica en escenarios reales

Centro de Dia

Otros (especificar) ..

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROMISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

14. Economía y administración doméstica

I Manejo del dinero (Presupuestar exitosamente para comida y artículos esenciales)

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, 3, 8

Evaluación

Entrenamiento terapeutico .

Control externo de las finanzas

Residencia protegida

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROVISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

II Resolución de gestiones propias (Pagar el alquiler, cuentas, etc ... y participar en la administración doméstica)

Valorar el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Valorar el TIPO DE ASISTENCIA si el NIVEL DE FUNCIONAMIENTO es 1, 2, 3, 8

Evaluación

Entrenamiento terapeutico

Control externo de las finanzas

Asesoramiento y representación social

Residencia protegida

Otros (especificar)

Valorar el ESTADO DE NECESIDAD PRIORITARIA

Valorar la SOBREPROVISION (espec.tipo de asistencia)

Valorar NECESIDADES FUTURAS (espec.tipo de asistencia)

ANEXO 3

TABLA DE PACIENTES, TIPOS DE CONTACTOS E ÍNDICE DE LAVIK

Código del paciente	días ingresados	contactos con c.día	contactos ambulatorios	índice de Lavik
101	0	0	1	1
102	0	0	4	4
103	0	0	2	2
104	0	0	6	6
105	43	0	7	136
106	0	0	3	3
108	0	0	3	3
109	0	0	4	4
110	6	0	5	23
111	0	0	5	5
113	0	0	2	2
114	0	0	10	10
115	0	0	4	4
116	0	0	7	7
117	0	0	6	6
118	0	0	8	8
202	0	0	13	13
203	0	0	6	6
205	31	0	11	104
207	0	0	6	6
208	0	0	20	20
209	65	0	1	196
210	0	164	15	343
211	0	0	0	0
212	0	0	14	14
213	0	0	10	10
214	18	0	14	68
215	0	0	7	7
217	0	0	10	10
218	0	0	2	2
219	32	55	19	225
220	63	0	5	194
221	0	0	8	8
222	0	0	9	9
223	0	0	0	0
225	0	0	15	15
227	29	0	13	100
228	0	0	12	12
229	0	194	4	392

230	17	41	17	150
233	0	0	9	9
234	0	59	9	127
236	0	0	1	1
237	0	0	15	15
Código del paciente	días ingresados	contactos con c. día	contactos ambulatorios	índice de Lavik
238	0	0	20	20
239	0	0	11	11
240	0	0	9	9
242	0	0	11	11
243	0	0	5	5
244	0	0	10	10
245	0	0	11	11
246	1	0	23	26
247	0	0	6	6
248	16	0	16	64
249	12	0	9	45
250	0	53	4	110
252	0	0	7	7
253	0	0	8	8
255	0	0	2	2
256	43	0	10	139
257	0	0	12	12
258	0	0	8	8
259	0	0	8	8
260	0	0	9	9
261	0	0	9	9
262	44	0	3	135
264	0	0	9	9
265	0	0	13	13
266	0	0	7	7
267	0	0	3	3
270	0	0	6	6
271	63	0	13	202
272	0	0	14	14
274	0	0	8	8
275	0	0	13	13
276	0	0	0	0
278	0	0	17	0
279	6	0	6	24
280	0	0	17	17
281	0	0	8	8
282	0	0	9	9
284	0	46	13	92
285	0	0	5	5

ANEXO 4

IMPRESOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

REGISTRO ACUMULATIVO DE CASOS CON DIAGNÓSTICO F20-F29
GRANADA

Ficha del paciente

Equipo: _____

Nº de Hª Clínica: _____

Nº de Registro:

(A rellenar por el personal del Registro)

F. Alta registro:

(A rellenar por el personal del Registro)

__ / __ / ____

Sexo (M/F):

Fecha de Nacimiento:

__ / __ / ____

Municipio de Residencia (Código INE):

Iniciales del nombre y apellidos

Código Conexión Probabilística:

Zona básica de Salud:

Fecha Ficha Epidemiológica:

__ / __ / ____

Tipo Convivencia:

Nivel Educativo:

Estado Civil:

Situación Laboral: _____

Diagnóstico Principal: _____ **F** __ __ . __ __