



GUIA DE VALORACION PARA LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

FASE DE ORIENTACION

Nombre ( iniciales): \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento y edad. \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_
Edo. Civil \_\_\_\_\_ Nivel de estudios \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación. \_\_\_\_\_
Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Motivo Ingreso: \_\_\_\_\_
Situación laboral:  Trabajo  estudiante  Jubilado  Otros.

Tipo de ingreso:

- Voluntario
Forzoso Orden Judicial
Menor de Edad. Consentimiento firmado por padres o tutores.

Área de ingreso del Paciente:

- Urgencias Observación de Urgencias Programado. Domicilio.
Consulta externa Servicio de
Otros.

Cuidados de Enfermería inmediatos que necesita la persona al ingreso:

- Habituales. Información. Observación.
Contención mecánica. Administración de sedantes vía parenteral
Sueroterapia Sondajes.
Vigilancia estrecha Riesgo de autolesión o suicidio.
Riesgo de fuga:
Prótesis (especificar)
Función motora: Buena Limitaciones (especificar)
Lesiones corporales (especificar sí existen)

Antecedentes psiquiátricos:

- En tratamiento o consulta por
Ingresos Anteriores SI NO En esta Unidad en otros centros.
Diagnósticos anteriores
Tratamiento farmacológico que utilizaba en casa

Antecedentes médico-quirúrgicos:

- H.T.A. Diabetes Mellitus E.P.O.C cardiopatía
Alergias
Intervenciones quirúrgicas:
Otros (especificar):
Tratamientos y cuidados que necesita

Interacción durante la entrevista:

- Colabora No colabora (especificar actitud)

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. Mantenimiento de la Salud

- Aspecto general (vestido/arreglo personal):
Adecuado Descuidado extravagante Exagerado Meticuloso
Otros (especificar)
Conocimientos sobre su enfermedad:
No Si (especificar)
Actitud y comportamiento frente a su enfermedad:

- Aceptación  Rechazo  Indiferencia  Sobre valoración
- Pautas/recomendaciones terapéuticas:
- Ninguna  Seguimiento correcto  seguimiento incorrecto.
- Hábitos Tóxicos:

SUSTANCIA	INICIO	EDAD	DÍA/SEM	DOSIS	ACTUALMETE (ACT) PASADO ( PAS)
TABACO: rubio/negro					
ALCOHOL					
CAFEÍNA					
CANNABIS					
HEROÍNA					
COCAÍNA					
OTRAS SUSTANCIAS					

## 2. Nutrición

- Peso .....Talla..... Constitución..... IMC.....
- Apetito:  Normal  Aumentado.  Disminuido.....
- Náuseas/vómitos (espontáneos/provocados).....

## 3. Eliminación

- Eliminación intestinal:
- Frecuencia..... Características..... Malestar..... Control:  Si
- No (Motivos)..... laxantes:.....
- Patrón habitual personal.....
- Eliminación vesical:
- Frecuencia..... Características..... Malestar.....
- Control:  Si  No (Motivos)..... Diuréticos.....
- Patrón habitual
- Eliminación cutánea (sudoración):
- Normal  Profusa.  Escasa

## 4. Actividad-ejercicio

- Expresión facial:
- Tensa.....  Relajada.....  Alegre.....  Triste.....  Enfadada. Otras: .....
- Características del habla
- Velocidad\_\_\_\_ tono de voz\_\_\_\_ especificar .....
- Comportamiento motor:
- Adecuación contexto  Inhibición  Agitación/Inquietud  Temblores
- Rigidez  Estereotipias/Manierismos  Tics
- Otros.....
- Características del comportamiento motor:
- Controlable.....  limitante.....  Incapacitante.....
- Hora de acostarse \_\_\_ Hora de levantarse \_\_\_ Horas sueño nocturno.....
- Otros descansos.....
- Historia anterior insomnio.....
- Problemas de sueño:
- Al inicio...  Interrumpido.....  Despertar temprano.....  , somnolencia
- excesiva.....  Pesadillas.....  otros.....
- Factores posibles que alteran el sueño: .....
- Ayuda para favorecerlo: .....

## 6. Percepción-cognición

• Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:

Hipervigilia  Confusión.  Despersonalización.  Somnoliento.  No responde a ningún estímulo Otros (especificar):.....

• Alteraciones perceptivas:

Auditivas

Visuales.....  Táctiles.....  Olfativas....  Cenestésicas  Ilusiones

• Localización de la percepción:

Interna.....  Externa.....

• Organización pensamiento-Lenguaje:

**Contenido:**

-Coherente y organizado:  Sí  No -Delirante:  Sí  No

• **Curso:**

Inhibición.....  Aceleración.....  Perseverancia.  Disgregación/Incoherencia

Otros (especificar):.....

• **Expresión del lenguaje:**

-Velocidad:  normal  rápido  lento  paroxístico

-Cantidad:  normal  abundante  escaso

-Volumen:  normal  alto  bajo

-Tono y modulación:  tranquilo  nervioso  hostil

-Otras alteraciones (tartamudez, logoclonía, verbigeración, ecolalia, mutismo),.....

• **Reactividad emocional**

Adecuada al contexto (normal)  Pobreza sentimientos

Expansión afectiva

• **Tonalidad afectiva:**

Agradable. (Alegría).  Desagradable..... (dolor tristeza)

• **Autodescripción de si mismo:**

Ajustada a la realidad.....  Sobre valoración capacidades y logros personales  Exageración errores y desgracias/infravaloración éxito....  Otros

(especificar).....

Sentimientos respecto a auto evaluación personal:

Tristeza....  Inferioridad.....  Culpabilidad.....  Inutilidad.....

Impotencia.....  Euforia.....  Ansiedad.....

• Ideas de suicidio (describir plan si

existe).....

• Comportamientos adoptados para afrontar/compensar los sentimientos.....

.....

.....

## 8. Rol-relaciones

• Nivel de independencia de la persona:

-Física:  Total.....  Parcial (motivos y ayuda requerida)

-Económica:  Total.....  Parcial (motivos y ayuda

requerida).....

-Psicosocial:  Total.....  Parcial (motivos y ayuda requerida) •Estructura y roles familiar:

• Personas con las que convive

• Rol/Responsabilidad dentro del núcleo familiar .....

• Percepción sobre el rol /responsabilidades:

Satisfactoria...  Insatisfactoria...

• Relaciones familiares:  Sin problemas de interés.....  Problemas por enfermedad.....

Otros especificar.....

• Percepción de la relación:

Satisfactoria.....  insatisfactoria •

Otros sentimiento/s respecto a dicha relación:

- Ansiedad.  Miedo  Culpabilidad  Tristeza  Inutilidad... Inferioridad
- Impotencia.  Rabia.  Superioridad  Seguridad/Tranquilidad

Otros (especificar).....

• Personas de su entorno más significativas y.....•

Participación en actividades sociales o culturales:

- Sí.....  No (motivos).....

Participación en actividades ocio y tiempo libre:

- Sí.....  No (motivos).....

## 9. Sexualidad

• Valoración de su actividad sexual:

- Satisfactoria.....  Indiferente.....

Insatisfactoria (motivos).....

• Respuesta sexual:

- Sin problemas.....  Disfunciones sexuales (especificar).....

• Problemas de diferenciación y/o identidad sexual (especificar): .....

Sentimiento frente a ellos:

- Ansiedad.  Preocupación.  Miedo  Culpabilidad  Tristeza  Rabia

Otros (especificar):.....

• Patrón reproductivo:

Problemas asociados a los anticonceptivos (especificar).....

Problemas asociados a la menstruación o climaterio (sólo en mujeres, especificar).....

## 10. Afrontamiento-Tolerancia al estrés

• Estado de tensión/ansiedad:

- Controlado.....  Temporal..... Generalizado

Posibles factores relacionados:

- Traumatismos previos.... Ideas/Pensamientos  Problemas laborales..

Miedos/fobias (especificar).....

Otros acontecimientos (especificar).....

Percepción de control de la situación:

- Alto..... Medio..... Bajo....  Nulo...

Sentimientos asociados:

- Alegría/Felicidad  Rabia.  Tristeza  Frustración  Impotencia

Desesperanza  Depresión

Otros (especificar).....

• Grado de incapacitación personal/familiar/laboral/social

- Leve  Moderado  Alto

• Sistemas de soporte o apoyo (especificar).....

## 11. Principios vitales

• Valores y creencias importantes en su historia personal

(especificar):.....

Cuáles son sus objetivos o proyecto de vida?.....