

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

**Manejo y Recuperación de un problema de salud mental grave (IMR)**

**Desarrollo de la evaluación y tratamiento- Criterios de planificación**

**INVENTARIO DE FORTALEZAS Y CONOCIMIENTOS DE IMR**

**TALENTOS, HABILIDADES Y RECURSOS PERSONALES**

**Rutina diaria**

¿Dónde vive?

¿A qué tipo de pasatiempos, trabajo y quehaceres y actividades relajantes suele dedicar el tiempo?

¿Vive con compañeros/as de piso familia, hermanos/as o allegados?

- Si
- No

¿Hay momentos en los que no hace nada?

- Si
- No

Describe un día habitual de su vida

**Actividades educacionales y laborales**

¿Está dando clases?

- Si
- No

¿Estudia algún tema por propia iniciativa/en casa?

- Si
- No

¿Trabaja (a tiempo parcial, complete o de voluntario)?

- Si
- No

¿Está en un programa de formación/entrenamiento?

- Si
- No

### Actividades de ocio y tiempo libre

¿Qué le gustaría hacer en su tiempo libre?

¿Cuáles son sus hobbies? Le gusta...  
¿Leer?

- Si. ¿Qué tipo de libros?
  
- No

¿Escribir u editar una revista?

- Si
- No

¿Tocar un instrumento?

- Si
- No

¿Escuchar música?

- Si ¿Qué tipo de música? \_\_\_\_\_
- No

¿Ir al cine o ver la tele?

- Si. ¿Qué películas o programas?  
\_\_\_\_\_
- No

¿Dibujar o hacer otro tipo de expresión artística?

- Si
- No

¿Observa obras de arte?

- Si
- No

### Relaciones

¿Con qué personas suele pasar el tiempo?,  
¿Compañeros de trabajo?, ¿Compañeros de clase?, ¿Hermanos? , ¿Otros familiares?,  
¿Amigos?

¿Hay alguien con quién le gustaría pasar más tiempo?

- Si. ¿Quien? \_\_\_\_\_
- No

¿Con que personas cuenta como apoyo para poder hablar sobre sus problemas?

¿Quiénes de estas personas de apoyo le gustaría involucrar en el Programa IMR?

¿Está vinculado/a a alguna religión?

- Si
- No

¿Utiliza la meditación?

- Si
- No

¿Contempla la naturaleza para su espiritualidad?

- Si
- No

¿Contempla el arte para su espiritualidad?

- Si
- No

## Apoyo espiritual

¿La espiritualidad es importante para usted?

- Si
- No

¿Qué cosas le confortan espiritualmente?

¿Cómo cuida sus necesidades espirituales?

## Salud

¿Que hace para cuidar su salud?

¿Cómo describiría su dieta?

¿Hace ejercicio?

- Si
- No

¿Tiene algún problema de salud para el cual va al médico?

- Si
- No

¿Cuál es su patrón de sueño?

## Manejo y Recuperación de un problema de salud mental grave (IMR)

### Desarrollo de la evaluación y tratamiento- Criterios de planificación

#### INVENTARIO DE FORTALEZAS Y CONOCIMIENTOS DE IMR

##### CONOCIMIENTOS

##### Experiencias previas de educación con iguales o programas de recuperación

¿Ha estado involucrado/a en un programa que se describe como programa de recuperación? (marca todas las opciones aplicables)

- Programa educativo de recuperación
- Programa de autoayuda
- Programa de apoyo mutuo
- Programa tipo Wellness Recovery Action Plan (WRAP)
- Grupos en que se hablaba de recuperación

##### Experiencia con programas educativos impartidos por profesionales o programa de recuperación.

¿Ha recibido clases sobre salud mental?

- Si
- No

¿Ha realizado algún programa educativo familiar?

- Si
- No

##### Conocimientos sobre salud mental

¿En su opinión que significa recuperarse de una enfermedad mental?

¿Qué es un ejemplo de un síntoma psiquiátrico que ha tenido?

¿Qué opina sobre los síntomas psiquiátricos?

## Sobre el programa de Manejo y Recuperación de un problema de salud mental grave (IMR).

¿Tiene alguna pregunta específica que le gustaría que fuera contestada en el Programa IMR?

¿Cuáles serían algunos de los beneficios y riesgos de tomar medicación para los síntomas psiquiátricos?

¿Qué le gustaría sacar del Programa IMR

¿Qué hace para ayudarse a prevenir recaídas?

¿Cómo le afecta el estrés?

¿Qué le ayuda afrontar el estrés o los síntomas?

¿Qué servicios de salud mental le han ayudado?

