

Hoja de ruta

Al registrar situaciones de vulneración de derechos en la HPC necesariamente se comienza un proceso de acompañamiento singular que requiere de su sistematización propia, ajustada a la Ley 26.657 Nacional de Salud Mental y Ley 26.529 Derechos del Paciente.

La construcción de la herramienta será procesual, irá consignando las sugerencias de intervención, los efectos, los movimientos en la presentación y en el motivo que refiere de consulta en el primer contacto.

Es importante considerar el carácter dinámico de la herramienta en la que cada cuestión a registrar no es estática en cada contacto con el usuario. Cada área a evaluar será tomada en cuenta a lo largo del abordaje a fines de evolución **no constituyendo áreas a interrogar en el usuario en cada encuentro.**

El aporte del recorrido del usuario por los talleres o articulaciones institucionales será considerado al momento de evolucionar la herramienta.

PRIMERA ESCUCHA (PROCESO DIAGNOSTICO)

Realizar un diagnóstico implica un proceso que se llevará adelante en el marco de varias entrevistas. Dicho proceso, permite recabar datos y hechos que se ordenan sistemáticamente para conocer la situación de manera integral.

La consulta se presenta como un pedido que requiere despejar las variables subjetivas, relacionales, culturales, históricas, sociales, jurídicas y biológicas que se encuentran en juego para la construcción del diagnóstico integral. Para este objetivo, encontramos en la HPC toda la información inicial que nos permite definir qué situaciones requieren de un seguimiento singular y cuáles no (**todas las situaciones en las que se registre alguna vulneración de derecho**).

Aspectos fenomenológicos (observables)

En este punto deberá haber un desarrollo cualitativo de la presentación del usuario que no aparece en la HPC. En las entrevistas interdisciplinarias se llevará a cabo la evaluación de aspectos concretos que permiten ampliar los datos para construir un diagnóstico inicial.

Discurso: coherente/incoherente; ordenado/desorganizado; con idea directriz; presentación de neologismos, verbosidad, mutismo; discurso disgregado; dichos confusos y fuera del contexto de conversación

Pensamiento: orientación témporo-espacial; fuga de ideas; ideaciones suicidas manifiestas (plan); ideas de desesperanza y muerte (fantasías), etc.

Alteraciones de la sensopercepción (alucinaciones) etc.

Conducta: excitabilidad; abulia; excitación motriz; catatonía; entre otras.

Sueño: insomnio o hipersomnio.

Conducta alimentaria.

Estado de ánimo: angustiado, exaltado, acorde o no al discurso, etc

Otros aspectos de la presentación: higiene; vestimenta adecuada o no a la época del año; etc.

Desencadenante de la consulta actual:

Indagar qué circunstancias, hechos, cambios acontecieron en la cotidianidad del sujeto que motivaron realice el pedido de intervención.

Aspectos Históricos

Refieren a aquello que se puede llegar a recabar de la historia de vida del sujeto. Esto permite evaluar qué situaciones ha atravesado y orientan a realizar un diagnóstico situacional (Cuestiones referidas por el usuario)

- Tránsito por otras instituciones
- Tratamientos previos en salud mental
- Hechos significativos en la vida del sujeto y cuál fue su respuesta en relación a ellos (duelos, decisiones, episodios significativos negativos o aparentemente positivos)

Aspectos contextuales y sociales

Redes subjetivas de apoyo (referentes afectivos): aquellos sujetos que el usuario refiera como significativos (amigos, familiares, referentes barriales). Pueden ser “recursos” para el acompañamiento de estrategias.

Caracterización del contexto social/barrial/comunitario:

Escenario de su vida cotidiana (espacios por los que transita, actividades de rutina). Desempeño de las habilidades básicas e instrumentales de la vida diaria (alimentación, aseo, manejo del dinero, uso de transporte, administración de la medicación, etc)

Redes comunitarias:

Redes institucionales:

Situación de acceso a derechos (Salud, Educación, Vivienda, Trabajo, Justicia)

Diagnóstico DSM V (sólo en caso de articulación con psiquiatría)

SINTESIS DIAGNOSTICA Y SUGERENCIAS CLÍNICAS

Los aspectos señalados en el proceso de primera escucha y su análisis interdisciplinario permite la construcción de indicadores. Estos indicadores son la puntuación de los **aspectos más relevantes** y orientan las sugerencias clínicas del equipo.

Es el producto del proceso de mediación e interpretación del equipo técnico sobre los datos recabados en las entrevistas, que se traduce en una “**descripción** de las **características** relevantes de la situación particular de la **persona** y las probables causas de su **padecimiento** o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen”. Debe incluir la valoración del riesgo (actual, al momento de la evaluación)

En función de los indicadores construidos por el equipo se acuerdan diversas líneas estratégicas de acción con el usuario. Las mismas incluirán aquellas pertinentes para atender situaciones urgentes, como así también las que requieran otros tiempos.

Ej/ Se presenta un sujeto y se registran episodios de impulsividad asociados a situaciones de frustración, consumo problemático de sustancias, ausencia de referencias afectivas y en situación de calle. En ese marco, es necesario contextualizar los aspectos observables de su conducta y, atendiendo al efecto subjetivo de la situación de vulnerabilidad, habilitaría una restricción a las sugerencias ambulatorias. En sentido contrario, la presentación de episodios impulsivos en un sujeto que cuente con redes afectivas y tenga garantizada una vivienda digna, indicaría otras condiciones para diseñar estrategias que no incluyan a la internación como primera alternativa.

LECTURA DE EFECTOS

A partir de la respuesta del usuario a las sugerencias se podrá definir o redefinir el abordaje. En la historia clínica deberán consignarse tales efectos ya que aportan el insumo para sugerir estrategias posibles.