

LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA PACIENTE-FAMILIA EN UN SECTOR DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Margarita Antonia Villar Luis*

RESUMEN

Con el propósito de contribuir, para la práctica de enfermería el presente estudio, tiene como objetivo presentar algunos datos sobre el trabajo desarrollado en una sector de urgencias psiquiátricas de un hospital de clínica general. El cual es responsable por la asistencia en situaciones de emergencias, de una región situada al noroeste del Estado de Sao Paulo, con cerca de 2 millones de habitantes. El estudio fue desarrollado en el período de 1988-1990, aunque la autora, venga desarrollando actividades de enseñanza, asistencia e investigación desde 1986. Las informaciones incluidas, se refieren a los 5.451 casos psiquiátricos asistidos. Se verifica como diagnósticos más frecuentes: los trastornos neuróticos, las psicosis esquizofrénicas, las otras psicosis no orgánicas y el síndrome de abstinencia; en cuanto al sexo se observa, ligero predominio masculino y entre las edades, prevalecen las franjas de 25 a 34 y 15 a 24 años. También se sugieren, las directrices utilizadas por docente y alumnos en la asistencia de enfermería ofrecida a pacientes y familiares en ese local. La autora se ha fundamentado en la literatura especializada y en su experiencia práctica de docencia y asistencia. Base utilizada para elaborar un formulario destinado especialmente para atender a esas intercurencias, el cual se ha demostrado ser un eficiente instrumento de trabajo para asistencia, docencia e investigación.

Introducción

El presente estudio focaliza la asistencia de enfermería a pacientes, realizada en un Sector de Urgencias Psiquiátricas de un hospital, destinado a la asistencia de emergencias médicas en general. Se trata de una Institución vinculada, en lo administrativo, a la Secretaría de Salud del Estado de Sao Paulo y asociada a la Universidad (USP)¹ para objetivos de enseñanza, investigación y atención médico-hospitalaria a la comunidad.

El Hospital presta asistencia a la población de la ciudad de Ribeirao Preto, y a las ciudades cercanas, incluyendo otras que no pertenecen a la región que alcanza 86 municipios y cuenta con cerca de dos millones de habitantes. Económicamente se constituye en un centro agrícola (granos, algodón, cítricos y caña de

* Profesora, doctora Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas - Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto - USP.

1 USP - Universidad de Sao Paulo.

azúcar) siendo el polo más importante de Brasil en el sector de producción de jugos cítricos, azúcar y alcohol. Además, es un expresivo centro exportador de calzado.

Esas características hacen de la ciudad de Ribeirao Preto, una de las más ricas del país, con una renta per cápita semejante a la de los países de primer mundo y una población de más de quinientos mil habitantes. Por eso, la ciudad atrae personas de otras regiones y estados, que vienen buscando mejores condiciones de vida, oportunidad de trabajo o una formación profesional, ya que existen tres escuelas de nivel superior (una mantenida por el Estado y dos particulares).

El rápido crecimiento poblacional de la ciudad ha tenido consecuencias serias para la asistencia de la salud, especialmente cuando se trata de emergencias médicas. Pues, actualmente, solo existe un hospital que se constituye en el único servicio gratuito, de la región, que acoge emergencias. De tal manera que hubo un aumento en la totalidad de internaciones, pasándose de 6581 en 1987, a 16.633 en 1990.

Ese incremento también incluyó el Sector de Urgencias Psiquiátricas, local de enseñanza de los alumnos de especialización en Enfermería Psiquiátrica y también de alumnos de pregrado en esa disciplina; pues, en el período de 1988 a 1990, se pudo constatar, que el número de atenciones presentó un incremento de 1455 a 2171. Contribuyó efectivamente en ese aumento de demanda, una resolución suscrita por la Coordinación de Salud mental del Municipio, exigiendo que todos los casos psiquiátricos, antes de ser ingresados en hospitales o sectores psiquiátricos pasasen por servicios autorizados con médicos psiquiatras capacitados para diligenciar la documentación necesaria para ese procedimiento; dentro ellos el Sector de urgencias psiquiátricas del referido hospital.

Este trabajo se constituye en un relato de experiencia asistencial y de enseñanza, cuyo

objetivo es presentar el resultado de siete años de actividad frente a situaciones de urgencias psiquiátricas. Durante ese período fue posible determinar algunas características específicas del local y de la asistencia de enfermería en esa especialidad, las cuales serán expuestas en la secuencia del trabajo.

1. Características de la población asistida

Fueron asistidos en el sector de urgencias 5451 casos psiquiátricos en el período entre 1988 a 1990, la mayoría proveniente de la región y 3827 (77.6%) de la misma ciudad de Ribeirao Preto.

En relación a esos pacientes, se pudo constatar que, 51.3% pertenecían al sexo femenino y 48.7% al masculino. Entre las edades, se observó el predominio de las franjas de 25 a 34 años y 15 a 24 años. Fueron identificados como diagnósticos más frecuentes entre los hombres, el síndrome de dependencia alcohólica, los trastornos neuróticos y las psicosis esquizofrénicas. Entre las mujeres sobresalen los trastornos neuróticos, las psicosis esquizofrénicas y otras psicosis no orgánicas.

Para ambos sexos, la mayor frecuencia diagnóstica recayó sobre los trastornos neuróticos en 31.3% (1707) de los casos, siguiéndose las psicosis esquizofrénicas con 14.2% (774), las otras psicosis no orgánicas con 11.7% (640) y por último, el síndrome de dependencia alcohólica presente en 10.6% (577) de la totalidad de los casos asistidos.

Así, en lo referente al sexo, se configura una ligera predominancia masculina y en cuanto a la edad, causa inquietud la frecuencia elevada de individuos jóvenes, dado que están en el auge de su capacidad productiva como ciudadanos. En relación a los diagnósticos, la comprobación de los trastornos neuróticos concuerdan con otros estudios de la prevalencia de los disturbios mentales (8),

que alertan sobre la tendencia al incremento en los trastornos provocados por la ansiedad, entre la población de América Latina.

LEV-AV et al (8) predicen que habrá una elevación considerable de los trastornos esquizofrénicos en las Américas en los próximos años. Ese hecho se ha verificado en los datos obtenidos a través de este estudio, ya que las psicosis, particularmente, las esquizofrenias y las otras psicosis no orgánicas (CID-9), se han presentado como los disturbios subsecuentes en orden de aparición.

Por último, se observa el síndrome de dependencia alcohólica, siendo que es el primer diagnóstico entre los hombres de la clientela que concurre al Sector de Urgencias Psiquiátricas. Cabe resaltar, que esa intercurencia ha presentado una inclinación a aumentar en el período 1988-1990; dato que también está de acuerdo con la literatura específica (9, 11), la cual mantiene el alcoholismo como problema prioritario de salud.

Parece ser que no se ha conseguido, en el campo de acción de la salud, una fórmula de asistencia adecuada a las necesidades de los adictos al alcohol. En Brasil, el tratamiento a ese paciente, se limita solo a la internación en sectores de urgencias médicas, y pasada la fase aguda, se orienta el paciente y/o familia en la búsqueda de inserción en grupos de alcohólicos anónimos.

Siendo que, en casos de alteraciones psíquicas graves, o mediante el rechazo o imposibilidad de la familia (9) hacerse cargo del paciente, el mismo es removido para hospital psiquiátrico o un asilo. Únicamente, en las situaciones de compromiso orgánico grave, el paciente permanece en sectores de urgencias o servicios de enfermería, de hospitales de asistencia médica clínica general.

Es bastante preocupante para la salud mental la tendencia a la elevación (aunque moderada) presentada por los trastornos esquizofrénicos y también el incremento de los casos de alcoholismo entre la población de

Latinoamérica de una manera general. Eso en razón de que se trata de cuadros psiquiátricos crónicos y que podrán necesitar diversos servicios de largo tiempo (7).

La experiencia ha demostrado, que la recuperación de esos disturbios se dificulta por la vulnerabilidad de los enfermos a recaídas e incluso, por su reintegración problemática en el medio familiar y social.

2. La interacción enfermo-familia

Podemos considerar que la enfermedad mental es un hecho socialmente diagnosticado, y en la mayoría de las veces es la sociedad, a través de la disturbio "lato sensu" y encamina el supuesto enfermo, a los servicios médicos para tratamiento (10).

Tal afirmación se constata, cuando el individuo llega a un sector de urgencias psiquiátricas, donde frecuentemente viene en compañía de familiares y otras personas afectivamente importantes, o incluso vecinos y hasta policiales. En todo caso, el momento de brindar la asistencia, siempre es propicio para que los profesionales de la salud evalúen la calidad del vínculo afectivo existente entre el enfermo y familia.

El rechazo familiar es sin duda, la manifestación más evidente de la existencia de problemas en la interacción enfermo-familia y se observa con frecuencia, en el sector de urgencias psiquiátricas investigado, ya que es uno de los centros de selección para ingresos en hospitales de esa especialidad.

La familia motivada por ese rechazo, puede adoptar una postura reivindicativa, solicitando que se haga el ingreso inmediato de su pariente en hospital psiquiátrico, o entonces, colocarse en una posición más bien de víctima, apelando a la comprensión de los de los profesionales de la salud.

Por esa razón, hay que evaluar hasta qué punto los patrones de conductas adoptados por la familia en el trato con el paciente,

buscan descompensarlo y por lo tanto, expulsarlo del medio familiar a través de un internamiento en hospital (2).

En los últimos años, desde 1988 en adelante, viene elevándose entre la población que acude al sector de urgencias estudiado, los casos de enfermos crónicos con gran número de reinternamientos (10 a 20). Eso ocurre con frecuencia entre los casos de alcoholismo y psicosis (particularmente las esquizofrenias). Tal situación ha surgido como consecuencia de las restricciones que se vienen haciendo últimamente en Brasil, a los ingresos en hospitales psiquiátricos especialmente los mantenidos por el gobierno. Aunque, esa nueva directriz en la salud mental sea elogiada y digna de apoyo.

Pero, como no se han ofrecido formas alternativas de atención comunitaria en cantidad y calidad suficiente, los portadores de alteraciones psiquiátricas y sus familiares, se encuentran en su mayoría, privados de asistencia mínimamente adecuada, principalmente, cuando son cuadros crónicos que requieren apoyo familiar o social para su tratamiento y rehabilitación. Pues, los pacientes psiquiátricos (así como los ancianos institucionalizados que han sufrido largos períodos de hospitalización), presentan capacidad limitada para llevar adelante las actividades normales de la vida diaria cuando están fuera del hospital. Por eso, se hacen necesarias las formas alternativas de atención comunitaria o residencial supervisada (12).

Entre la población brasileña, se ha verificado que los motivos para que la familia no mantenga al enfermo en su medio, están fuertemente asociados al hecho de considerarlo inválido; dependiente de cuidados ajenos, generador de gastos y no de rentas para la familia. Esa opinión, tiende a perpetuarse aún más, a medida que se acentúan las dificultades de sobrevivencia de las personas (8).

3. La asistencia de enfermería

Una vez que ya, han sido expuestas las características generales relativas al sector de urgencias, donde se desarrollaban actividades asistenciales y de investigación, se presentarán también, las actividades que buscaban favorecer la docencia en el referido local.

Los datos ya mostrados han indicado la elevación en el número de personas asistidas en urgencias psiquiátricas, eso llevó a la docente responsable por la asignatura en esa especialidad, a elaborar un instrumento, que facilitase a los alumnos dar la asistencia de enfermería, ya que las condiciones de trabajo dificultaban centrarse en un solo paciente para observar su conducta y posibles alteraciones mentales.

Así fue elaborado el formulario (ver anexo) para facilitar la enseñanza del alumno, y para posibilitar la asistencia de enfermería más dirigida a las necesidades del paciente y familiares en el Sector de Urgencias. Este instrumento tenía los siguientes objetivos:

1. Incentivar el registro de datos generales y específicos del enfermo.
2. Dirigir la observación del alumno hacia la conducta presentada por el paciente y acompañantes (familia o amigos).
3. Permitir la reflexión del alumno y el estudio de caso con la profesora, habiendo la discusión de los aspectos positivos y fallas en la asistencia.
4. Ser un material potencial para estudios posteriores.
5. Permitir que el alumno obtenga su propia muestra de datos para ejecutar un informe final, donde exponga su análisis y discusión con respecto al material obtenido.
6. Facilitar la supervisión de las actividades del alumno en el sitio de práctica.

El referido formulario contenía cuatro tópicos principales los cuales solicitaban los siguientes datos.

1. *Tópico.* Informaciones generales relacionadas al historial del paciente.

2. *Tópico.* Circunstancias y manifestaciones sobre el proceso de enfermar.

3. *Tópico.* Informaciones específicas del área psiquiátrica (funciones mentales).

4. *Tópico.* Impresiones del alumno sobre el comportamiento del paciente y acompañante.

Además de ese formulario el alumno recibe orientaciones relacionadas a su conducta con el paciente y maneras de direccionar las actividades en el sector. Se dá a la manutención de un ambiente lo más terapéutico posible. Para ello se solicita al alumno que procure disminuir los estímulos provenientes del propio local; retirar instrumental innecesario, separar los pacientes que tienen antagonismo entre sí, prestar asistencia siempre a los mismos pacientes (para facilitar el vínculo de confianza).

Se incentiva también, el diálogo verbal, como una forma de control del paciente; buscando con ese procedimiento evitar formas de restricción más drásticas (la restricción física).

Otro aspecto bastante reforzado es el establecimiento de prioridades, o sea, hacer una selección entre los pacientes encaminando al médico, a aquellos que están creando tumulto en el ambiente alternando a los demás. Con eso los procedimientos de enfermería pueden ser agilizados.

Para complementar sus actividades en el local, se solicita del alumno, que centralice su atención no sólo en el paciente, sino también en los acompañantes. Es muy productivo realizar entrevistas con todos los presentes-enfermo, acompañantes (familiares o no)- para obtener una comprensión más

amplia de los factores que han determinado ese episodio de desequilibrio.

Después de haber ejecutado los procedimientos necesarios integrantes de la asistencia de enfermería, puede ahora, volcarse en registrar los datos en el formulario. Es el momento de reflexión sobre "lo que ha hecho" en cada caso; incluyendo la asistencia directa y las orientaciones propuestas a familiares o acompañantes.

4. Directrices propuestas: acciones de enfermería

La actuación de la docente y las orientaciones formuladas a los alumnos, siguen directrices teóricas asimiladas de la literatura psiquiátrica específica (1, 3, 4, 5, 6). Esos conocimientos adquiridos, fueron adaptados por la docente a la práctica de enfermería, teniendo en cuenta la experiencia en la especialidad y también la posibilidad de aplicación local.

El enfoque de los cuadros considerados de Urgencias psiquiátricas, siguen la orientación teórica de EY et al y que los conciben bajo la perspectiva del comportamiento y sintomatología presentada por el paciente. Así, el autor clasifica las urgencias psiquiátricas en: Estados de agitación aguda, estados depresivos y suicidio, crisis de ansiedad y estados de pánico.

Durante las entrevistas y diálogos con pacientes y familiares se tiene en mente desarrollar las acciones siguientes:

- Obtener informaciones útiles que ayuden en la definición diagnóstica y que esclarezcan las causas del actual desequilibrio.
- Mantener un clima de comprensión, confianza y disponibilidad para oírle.
- Evitar situaciones que hagan al paciente sentirse aislado o rechazado.

- Establecer límites con firmeza y calma, teniendo alguna tolerancia con ciertas conductas (ironía, inquietud).
- Ayudar al paciente el paciente atender los síntomas que está vivenciando.
- Respetar la voluntad del paciente cuando él rechace la aproximación de familiares o de algún miembro del grupo de enfermería (investigar las razones).
- Estar alerta a comportamientos que sugieran problemas orgánicos (verificar signos vitales, coloración de la piel y otros aspectos relativos a necesidades físicas).
- Orientar a los pacientes que estén más receptivos, en la búsqueda de soluciones más saludables para sus problemas, desestimulando aquellas que le conduzcan a la auto depreciación o destructividad.
- Incentivar el paciente a utilizar la comunicación verbal como forma de expresar sus sentimientos.
- Usar una comunicación clara y objetiva tanto con el paciente como con sus familiares.
- Administrar los medicamentos prescritos por el médico y observar los efectos en el paciente.
- Observar el comportamiento de los familiares frente al enfermo, interfiriendo cuando sus actitudes no sean adecuadas.
- Investigar los motivos de conductas hostiles de los familiares en las interacciones con el paciente, incentivándolos a expresar sus sentimientos sin miedo a críticas.
- Ofrecer apoyo y orientaciones a los familiares o acompañantes; ayudándoles a comprender el comportamiento del paciente.
- Orientar familiares (o acompañantes) en las formas de abordar el paciente y en el uso y control de los medicamentos, alertándolos para los posibles efectos colaterales.
- Ofrecer al paciente, alimentación adecuada para su caso (líquida, sólida, pastosa).
- Hacer la contención física en el lecho, cuando el paciente este con comportamientos que pongan en riesgo a sí mismo y a los demás. Explicar los motivos de la conducta adoptada.
- Estar atento a señales de comprensión excesiva causadas por las fajas en caso de contención física.
- Estar alerta a las conductas de transferencia (del paciente) y contra-transferencia.
- Procurar ser lo más honesto posible con el paciente evitando mentirle.

Consideraciones finales

Con lo expuesto se ha intentado presentar las características de un sector de urgencias en lo que dice respecto a población usuaria calidad de las interacciones enfermo-familia durante la atención y las acciones que la docente y los alumnos procuran ejecutar en el sector de Urgencias Psiquiátricas del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto-USP.

Por tanto, el formulario propuesto viene siendo de gran valía, ya que posibilita que se registren las informaciones y se discutan los procedimientos tomados caso a caso, puesto que, se pueden verificar conductas no adecuadas y hostilidades veladas durante la asistencia. Sin embargo también se refuerzan los procedimientos con resultados positivos.

Para nuestra realidad de trabajo, esa ha sido la manera más eficiente para desarrollar las actividades de docencia con alumnos de enfermería y de asistencia dirigida a pacientes y a familiares que acuden al sector de urgencias psiquiátricas mencionado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRANDAO, A. J.; ALMEIDA, M. *Emergencias Psiquiátricas - Conceitos e classificação*. TEMAS, vol 12:81-87, julho 1977.
2. BASSIT, W. Doença mental e terapia familiar. In D'INCAO, M. A. (org) *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*, Rio de Janeiro, Graal, 1992, 7. cap. 128-135.
3. BRIDGES, P. Q. *Emergencias Psiquiátricas*. São Paulo, Manole, 1974.
4. EY, HS.; BERNARD, BRISSET, C.H. *Tratado de Psiquiatria 7ed*, Barcelona, Toray/Masson, 1977.
5. FERRARI, D.H. Urgencias Psiquiátricas Ambulatoriais em Hospital Geral. *Revista de Psiquiatria de Rio Grande do Sul*, ano 4, vol 3:264-267, 1982.
6. HYMAN, ES *Manual de Emergencias Psiquiátricas*, Rio de Janeiro, MEDSI, 1986.
7. LLEVFAV, I.; LIMA, B. R.; LENNON, M.Z. KRAMER. M.; GONZALEZ. R. Bases epidemiológicas para la acción. *Bol Ofic. Sanif. Panam.* vol 107, n. 3: 196-219, 1992.
8. MARTINS, M.B. A discriminação ao doente mental. In D'ICAO, M.A. (ORG). *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro, Graal, 1992, 6. cap 123-127.
9. MASUR, J.; JORGE, M.R. Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: Uma revisão. *Revista ABP-APAL*, vol 8, p. 157-165, 1989.
10. PICCHIONI, C.Y. Doença mental: diagnóstico e tratamento. In D'INCAO, A.(org) *Doença mental e sociedade: Uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro, Graal, 1992, 5. cap 108-122.
11. RAEDER, J.; COTRIN, B.C. Internações hospitalares no Brasil por dependências de drogas álcool e psicoses alcoólicas em 1988. *Revista ABP-APAL*, vol. 12, No. 1a4, p. 33-39, 1990.
12. WARNER, M. M. Desinstitucionalización de internos en establecimientos geriátricos: desarrollo de una metodología de valoración de los pacientes. *Bol Of. Sanit. Panam.*, vol. 112, n. 3, 1992.

ANEXOS

**ASISTENCIA DE ENFERMERÍA
FORMULARIO DE INFORMACIONES SOBRE EL PACIENTE
URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS**

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____ Raza _____ Est. Civil _____

Religión _____ Ocupación _____

Procedencia _____

Residencia _____

II. ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

Fecha y hora de la admisión _____

1. Condiciones de llegada al sector:

a) Acompañado de _____

b) Sólo _____ ()

c) Andando _____ ()

d) Restringido _____ ()

e) En maca _____ ()

f) En silla de ruedas _____ ()

g) Sedado _____ ()

h) No sedado _____ ()

2. Consultas psiquiátricas

a) Es la primera vez _____ ()

b) Ya asistió _____ ()

Especificar cuándo y dónde _____

c) Fue internado _____ Si () _____ No. ()

Cuántas veces _____

Dónde (local y nombre del Hospital) _____

d) Sigue tratamiento psiquiátrico actualmente:
Ambulatorio _____ ()

En centro de salud _____ ()
 En consultorio _____ ()
 Otros (especificar) _____

3. Descripción de los problemas que están afectando al cliente (actividades o relaciones con los demás):

4. Percepciones del cliente y o acompañante sobre intersurrencia(s) anterior(es) a este episodio.

5. Conducta presentada por el cliente en el acto de la entrevista y durante la asistencia.

a) Apariencia personal:

- Condiciones del vestuario _____
- Higiene corporal _____
- Expresión facial:

<input type="checkbox"/> triste	en alerta	<input type="checkbox"/>	indiferente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> atemorizado	desconfiada	<input type="checkbox"/>	hostil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ansiosa	de calma	<input type="checkbox"/>	risueña	<input type="checkbox"/>

b) Motricidad (movimiento):

- Postura: erecto
- encorvado
- arrogante
- de huida
- con temblor de extremidades

- Peculiaridades del caminar:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> firme | <input type="checkbox"/> no se mueve |
| <input type="checkbox"/> despacio | <input type="checkbox"/> siempre los mismos gestos |
| <input type="checkbox"/> "mide" los pasos | <input type="checkbox"/> está siempre en el mismo lugar |
| <input type="checkbox"/> está siempre andando | <input type="checkbox"/> arrastra los pies |

c) Contacto: Habla espontánea

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> adecuada | <input type="checkbox"/> en tono de voz baja |
| <input type="checkbox"/> de prisa | <input type="checkbox"/> en susurro |
| <input type="checkbox"/> en interrupciones | <input type="checkbox"/> en monosílabos |
| <input type="checkbox"/> lenta | <input type="checkbox"/> en tono de voz alta |
| <input type="checkbox"/> se expresa en gestos | <input type="checkbox"/> no habla |
| <input type="checkbox"/> manifiesta autoagresividad | <input type="checkbox"/> manifiesta heteroagresividad |

d) Contenido de la conversación el asunto está dispuesto en una orden inteligible.

- Si No
- El asunto se refiere a temas que tienen sentido.
- El asunto se refiere a un contenido imaginario (describir)

- () Hay neologismos (cuáles) _____
- () Responde a voces que sólo él escucha.
- () Habla con personas que sólo él ve.
- () Hace falsos reconocimientos.
- () Salta de un asunto para otro inesperadamente; canta, hace rimas.
- e) Humor
- () Parece alegre
- () Bufónico; está riendo
- () Irónico
- () Parece irritado; con rabia
- () Parece ansioso
- () Parece cansado; abatido
- () Parece triste
- () Está llorando
- () Parece estar ajeno al ambiente
- f) Orientación
- () Sabe el día, mes y año en que se encuentra, la fecha en que nació.
- () Sabe dónde se encuentra; nombre del hospital, de la ciudad, del estado, etc.
- () Sabe identificarse y a los acompañantes, etc.
- g) Memoria:
- () Se acuerda de lo que hizo una hora atrás, o en el día anterior, o en el año pasado (reciente).
- () Se acuerda de hechos en la niñez y adolescencia (remota).
- () Se acuerda de algo dicho hace minutos atrás (inmediata).
- h) Alimentación:
- () Se está alimentando
- () Se alimenta en exageración
- () Se alimenta poco
- () Se alimenta solo de algunas comidas
- () Desconfía que la comida tenga veneno
- () No se está alimentando
- i) Sueño:
- () Duerme toda la noche
- () Se despierta con frecuencia
- () Tarda para dormir
- () Tiene insomnio
- () Tiene miedo del oscuro
- () Duerme muy poco
- () Va a despertar a los demás durante la noche
- j) Relacionamento con personas:
- () Busca estar en la compañía de los demás
- () Tiene dependencia de otros para salir de casa o hacer actividades
- () Independe de los demás para hacer las actividades diarias
- () Evita la compañía de los demás cuando ellos se aproximan

6. Impresiones de la enfermera y demás observaciones:

7. Signos vitales:

8. Medicación administrada:

9. Encaminamiento:

10. Diagnóstico médico:

Disciplina: Enfermería en Urgencias Psiquiátricas
Responsable: Profesora Margarita Antonia Villar Luis