

PROCESO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA

SILVIA ORREGO SIERRA*
PROFESORA SECCION PSQUIATRIA
Y SALUD MENTAL

RESUMEN

El presente artículo hace un resumen de los postulados teóricos de Nancy Roper, los cuales acoge como marco teórico; además se incluye en concordancia con dicho marco conceptual, la definición de diferentes actividades que comprenden los aspectos biopsicosociales del ser humano.

A continuación describe lo que debe comprender el proceso de atención de Enfermería según la clasificación de Yura y Walsh, plantea una serie de criterios para valorar la dependencia-independencia del individuo o grupo atendidos y concluye con la propuesta de algunos indicadores de proceso que permitan evaluar la eficiencia del proceso de atención de Enfermería; indicadores de los cuales se espera, los profesionales de Enfermería acojan aquellos aplicables a su área de trabajo, redefinan aquellos que crean necesario hacerlo o construyan aquellos no incluidos en los sugeridos.

* Enfermera, especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Profesora Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

INTRODUCCION:

El profesional de enfermería en la asistencia a individuos o grupos, debe seguir unos lineamientos que le permitan precisar la información necesaria y un marco teórico que le facilite el análisis de dicha información, con el fin de proponer y realizar planes factibles y eficaces.

La eficiencia de sus acciones deberá evaluarse mediante indicadores de proceso, los cuales deben ser construidos previamente y avalados en el marco teórico adoptado.

MODELO TEORICO DE NANCY ROPER¹

Roper propuso su modelo de enfermería basándose en una investigación realizada con 774 pacientes en Inglaterra.

La concepción del ser humano de Roper es la siguiente: el ser humano es un "sistema abierto" en relación permanente con su entorno. Se adapta, crece, se desarrolla, tiende hacia la independencia y se caracteriza por las actividades que emprende.

Con esta concepción del ser humano, propone como meta de enfermería: promover la adquisición, el mantenimiento o la restauración de la independencia máxima para

cada individuo al nivel de los cuatro grupos de actividades siguientes:

- Actividades de la vida cotidiana que permitan la satisfacción de las necesidades básicas;
- Actividades que tienden a la prevención;
- Actividades que tienden a la búsqueda del confort;
- Actividades de investigación, de búsqueda.

Las intervenciones de enfermería propuestas por Roper son:

- Evaluar las capacidades de independencia de la persona;
- Fijar con el individuo, si es posible, objetivos en función del tiempo de que dispone, a corto y largo plazo;
- Ayudar al individuo a alcanzarlos;
- Evaluar.

Aunque la autora se refiere siempre en su modelo a individuos (pacientes), dicho modelo puede aplicarse también a familias y otros grupos.

- 1) Las actividades de la vida cotidiana: Roper opina que estas son las que permiten la satisfacción de las necesidades básicas. Eligió la palabra "acti-

1. POLETTI, ROSETTE. Cuidados de Enfermería: Tendencia y conceptos actuales. Colección Rol de Enfermería.

vidad" por su connotación positiva y por ser más descriptiva, pues en su opinión la palabra "necesidad" tiene una connotación negativa.

Plantea Roper que en el proceso del continuum que va de la dependencia a la independencia, algunas circunstancias tienden a precipitar una regresión hacia la dependencia o favorecer el progreso a la independencia.

Las circunstancias que influyen son: entorno físico, psíquico o social; problema fisiológico de cualquier índole; modificación de los tejidos de tipo patológico o degenerativo; accidente, infección.

Las actividades de la vida cotidiana incluyen lo biológico, lo psicológico y lo social; se subdividen en categorías que están en relación con:

- La respiración.
- La comunicación (verbal, no verbal).
- La alimentación.
- La eliminación.
- La limpieza personal (higiene)
- La movilidad.
- La socialización.
- El trabajo.
- El ocio.
- El descanso y el sueño.

En el libro Proceso de Atención de Enfermería², se incluye el uso de las actividades de la vida diaria como foco del modelo de enfermería. Se basa en que quienes necesitan este tipo de atención tienen algún padecimiento, real o potencial, el cual tiene efecto sobre la vida diaria, al realizar las actividades cotidianas. Dichas actividades pueden usarse como criterios para reunir datos de valoración.

Los objetivos de obtener información sobre las actividades de la vida cotidiana son descubrir:

- Hábitos anteriores;
 - Lo que el paciente puede hacer por sí mismo;
 - Lo que no puede hacer por sí mismo;
 - Problemas (reales o potenciales) y mecanismos adaptativos previos.
- 2) Las actividades dirigidas a la prevención: durante el proceso de socialización, un determinado número de actividades tienen como meta prevenir algunas situaciones, como los accidentes, las infecciones, los embarazos no deseados. Cuando más elevado es el nivel de salud de un país, más se alarga la lista de estas activi-

2. Roper, N. y Col. Proceso de Atención de Enfermería. Modelos de Atención.

dades que en general van destinadas a promover la máxima independencia.

- 3) Las actividades dirigidas hacia la búsqueda del confort: las medidas del confort físico, psicológico y social son importantes para la salud de todos los seres humanos. Estas actividades tienden al mantenimiento de la comodidad y a la restauración de una independencia máxima.
- 4) Las actividades de investigación y de búsqueda: en la vida cotidiana una parte de nuestras actividades son de hecho, una investigación, una búsqueda de alguna cosa. Cuando nos informamos, acrecentamos nuestra independencia.

En un trabajo de construcción de indicadores del cuidado de enfermería, basados en la teoría de Nancy Roper, elaborado por un colectivo de profesionales de enfermería del post-grado en salud mental de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia³ y del cual hizo parte la autora de este artículo, definimos las diferentes actividades que comprenden los aspectos biológicos, psicológicos y sociales así:

ACTIVIDADES DEL AREA FISICA:

Oxigenación: Capacidad de la fun-

ción respiratoria para la utilización del oxígeno inspirado.

Eliminación: Capacidad para expulsar las sustancias de desecho.

Hidratación: Capacidad de mantener el equilibrio hidro-electrolítico.

Circulación: Capacidad de transporte sanguíneo a nivel arterial, venoso y capilar.

Alimentación: Capacidad de ingerir los alimentos requeridos, estableciendo mediante los mecanismos de asimilación y desasimilación un equilibrio entre lo ingerido y lo requerido.

Movilización: Capacidad para realizar movimientos activos.

Sueño: Capacidad para reponerse de la fatiga mediante la suspensión de la actividad de relación consciente.

Higiene y apariencia personal: Capacidad de aplicar un conjunto de reglas, con el fin de conservar la salud y el aspecto exterior.

Comodidad: Capacidad de adaptarse y ajustar el medio para sentirse a gusto.

Seguridad física: Capacidad de identificar y manejar las situaciones de riesgo físico.

ACTIVIDADES DEL AREA EMOCIONAL PSICOLOGICA:

Percepción: Capacidad de recibir,

3. Orrego, S. Silvia y otras. Indicadores para el cuidados de Enfermería, según la teoría de Nancy Roper, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 1983.

reconocer y discriminar sensaciones internas y externas que guíen su conducta.

Afecto: Capacidad de experimentar sentimientos, emociones, estados de ánimo o respuestas emocionales duraderas.

Conciencia: Capacidad de darse cuenta de los procesos internos y externos.

Comunicación: Capacidad de transmitir en forma verbal y no verbal, pensamientos, emociones y sentimientos.

Adaptación: Capacidad de modificar su comportamiento, de manera armónica, de acuerdo con las condiciones que le presenta el ambiente.

Atención: Capacidad de captar los estímulos del medio ambiente y mantener el interés por ellos.

Memoria: Capacidad de revivir las impresiones sensoriales, experiencias e ideas del pasado.

Pensamiento: Capacidad de representación mental de ideas y símbolos.

ACTIVIDADES DEL AREA SOCIAL:

Rol familiar: Capacidad para asumir, en el núcleo familiar, el rol que le corresponde y desempeñarse de acuerdo a él. Incluye rol de pareja.

Rol de trabajador o estudiante: Capacidad para desempeñarse en es-

tos roles y de establecer relaciones con sus compañeros, de acuerdo a su posición y función.

Rol de paciente: Capacidad de percibir su situación de enfermedad y comportarse de acuerdo a las limitaciones impuestas por ella y por el tratamiento.

Pertenencia a grupos: Capacidad de integrarse y participar activamente, de acuerdo a sus intereses en los grupos existentes en la comunidad a la cual pertenece.

Recreación: Capacidad de emplear y disfrutar el tiempo libre en actividades de su interés.

En el contexto del presente trabajo, se asume como capacidad la no interferencia en el desempeño de una función.

Una parte de las actividades de la enfermera son prescritas por el médico o en conjunto por el equipo sanitario.

De todas formas, Roper opina que el papel de la enfermera abarca la totalidad de las actividades de la vida cotidiana, siendo la actividad médica más definida. La elaboración de objetivos requiere la capacidad de evaluar y la evaluación se apoya en los datos recolectados y el análisis de los mismos.

Para Roper, la finalidad de la Enfermería es: "En el contexto de los cuidados de salud y en proporciones diversas, la enfermería tiene por meta ayudar a la perso-

na a progresar hacia el polo de la independencia máxima para ella, en cada una de las actividades de la vida cotidiana, ayudarlo a permanecer allí y ayudarlo a hacer frente a todo movimiento hacia el polo de la dependencia; en ciertos casos, ayudarlo a aceptar la dependencia y finalmente, ya que el hombre es un ser mortal, ayudarlo a morir con dignidad".

Roper cree que su modelo es suficientemente flexible para acomodarse a todos los campos de enfermería, además, resalta la necesidad de tomar decisiones sobre la base de juicios clínicos. Este modelo teórico presenta una clara ventaja; es fácil de comprender, de explicar y de utilizar.

PROCESO ASISTENCIAL⁴

La asistencia en salud a individuos o grupos implica una serie de actividades que hacen parte de la función asistencial del personal sanitario.

La función asistencial es un proceso, entendiendo por proceso un fenómeno evolutivo, en el cual la totalidad de las acciones convergen en el logro de unos objetivos, en este caso los objetivos de un determinado grupo sanitario.

El proceso asistencial se divide, según la clasificación de Yura y

Walsh, en cuatro áreas: 1) valoración de las necesidades del paciente y su familia, 2) Formulación de los diagnósticos, 3) Planificación, que se subdivide en fines e intervenciones y 4) evaluación.

El proceso es secuencial, sin embargo, dado que estas operaciones se extienden a través de diversos marcos temporales, continuamente surgen nuevos datos que pueden exigir la vuelta al paso anterior y la revisión de los datos básicos o del propio plan.

En la actualidad se ha adoptado como método ordenado y sistemático de recolección de información en salud, "la historia de salud de pacientes o grupos".

Teodora Muñoz y Julia Lerma⁵ en su artículo la "Historia de salud" de pacientes o grupos como método de registro de datos, la definen como: la recopilación ordenada y detallada de datos de situaciones de salud, enfermedades pasadas y actuales del paciente y de sus familiares que son necesarios para la identificación de problemas, el establecimiento de diagnóstico y posibles alternativas de solución y la evaluación de las mismas. Se utiliza para planificar, ejecutar y evaluar la atención de enfermería brindada al individuo, la familia y la comunidad.

4. Haber, J. *Psiquiatría. Texto básico*. Salvat editores. México, 1984.

5. Muñoz Teodora y Lerma Julia. La "Historia de Salud" de pacientes o grupos como método de registro de datos. *Educación Médica y Salud* 16 (2) 1982.

La historia de salud aplica los principios del método científico, ya que abarca una serie de actividades de orden lógico, con un fin determinado.

PASOS DEL PROCESO

Valoración: Recolección de información sobre el estado de salud del paciente y su familia, a fin de identificar los problemas del paciente.

El análisis de los datos lleva al desarrollo de una formulación conceptual del paciente y a la percepción de los problemas por parte del asistente. Los datos se recopilan a partir del paciente, su familia, y de su entorno social que incluye a las personas significativas para él. La recolección de datos tiene lugar en una entrevista formal, en el examen del individuo y mediante la observación y el diálogo con los miembros de la familia y los miembros del equipo sanitario.

La valoración incluye:

- Percepción de la situación por el paciente y la familia.
- Solución idónea al problema del paciente y la familia.
- Valoración psicológica: estado emocional del paciente, tipo de comunicación, pautas de interacción, problemas psicodinámicos y mecanismos de defensa.

- Valoración social: incluye el trasfondo económico, religioso y cultural. Estos datos se obtienen a través del paciente, su familia y amigos y de su historia ocupacional y educativa. La valoración de estos factores indica la relación del paciente con su familia, amigos y con su comunidad en general y está orientada al estudio de los factores de estos ámbitos que pueden contribuir al problema.

- Valoración de la conducta: es importante valorar la adecuación de la conducta. Para averiguarlo, es preciso analizar la naturaleza de sus relaciones, cuando aparece una conducta inadaptada es importante identificar los antecedentes de ésta, la conducta en sí y su refuerzo.

- Valoración física: incluye los datos de la anamnesis, el examen físico y otros métodos de diagnóstico. Los datos en ella obtenidos proporcionan la base para identificar los problemas orgánicos del paciente y la evaluación de los cambios que se suceden.

- Valoración asistencial: está relacionada con la forma en que el paciente estructura el espacio, tiempo, ritmo y estilo de vida.

La valoración es un proceso continuo, desde el ingreso hasta la conclusión del tratamiento. A partir de ella, viene la identificación del problema y de los objetivos que

hay que conseguir. La valoración final es una evaluación de la utilidad que ha tenido para el paciente la intervención terapéutica.

Esta valoración final, se denomina evaluación.

Diagnóstico asistencial: Es la formulación de una lista de problemas que surgen de la consideración analítica de los datos objetivos y subjetivos previamente recopilados.

Este diagnóstico es un diagnóstico integral, es decir, se nutre de los diagnósticos fisiológico, etiológico, patológico, anatomopatológico, fisiopatológico, sindromático, diferencial y nosológico; y, señala además, el terreno en que evoluciona el trastorno.

Planificación: Como se había señalado en el enunciado de las áreas propuestas por Yura y Walsh para el proceso asistencial, este paso comprende:

A. **Objetivos:** Una vez establecidos los datos básicos, definido él o los problemas e identificada la teoría adecuada, es preciso delimitar los objetivos asistenciales.

Un objetivo asistencial es el resultado final o esperado de una acción. Es una meta que hay que alcanzar, un cambio

que se espera conseguir en un estado o conducta.

Los objetivos deben elaborarse conjuntamente con el equipo sanitario y el paciente mismo.

B. **Intervención:** Es la acción asistencial siguiente a la valoración, identificación del problema y formulación de objetivos a partir de la base de datos. Comprende todas las actividades destinadas a efectuar un cambio en la situación del paciente.

Para una secuencia en la planificación se han organizado sus acciones en cuatro conductas⁶:

- Conducta diagnóstica: acciones que se realizan con el fin de aclarar o confirmar el problema.
- Conducta terapéutica: se refiere a las diversas modalidades de tratamiento (farmacológico, dietético, etc.).
- Conducta educativa: enseñanza dada al individuo, familia y grupos referente a las conductas diagnósticas, terapéutica, de remisión, aspectos higiénicos y de relaciones humanas.
- Conducta de remisión: envió de la persona o familia a otro profesional o a otra institu-

6. IBID, Pág. 157.

ción, siguiendo el sistema de referencia operante.

Evaluación: Es un proceso analítico que continúa mientras el asistente permanece activo.

Incluye los logros y también los fracasos en la consecución del cambio.

El control constante del plan, con una atención precisa en cada uno de sus puntos es una parte del trabajo clínico de evaluación.

AUDIT (Revisión): es un instrumento de evaluación que permite revisar las acciones y decisiones adoptadas por profesionales responsables y de confianza. Para ello se utilizan criterios o estándares de proceso y de producto.

INDICADORES PARA EVALUAR EL PROCESO:

En el material docente "Conceptos sobre estándares y normas"⁷ se presentan algunas definiciones sobre normas, estándares e indicadores, de las cuales tomo las siguientes:

Norma: criterios mediante los cuales se puede medir la cantidad, calidad y/o grado de desempeño de las funciones.

Estándar: un requisito mínimo, un modelo o un nivel aceptable que

ayuda a asegurar el cuidado de enfermería eficiente y libre de riesgos.

Los estándares, según los componentes básicos de un sistema, pueden ser de tres tipos: de producto, de proceso y de estructura. Los estándares de proceso, de los cuales incluyo algunos indicadores en este artículo, describen las actividades y comportamientos necesarios para lograr la atención deseada. Representan en este caso, la mejor práctica de enfermería.

Indicadores: son índices o criterios por los cuales uno puede valorar, confirmar, asegurar o medir.

Como la teoría de Roper plantea el proceso del individuo de la dependencia a la independencia, los criterios de evaluación del cuidado de enfermería que se proponen a continuación, parten de la determinación del grado de función que posee el individuo o grupo; y con base en dicha funcionalidad plantear objetivos a lograr para mejorar la función en cada área.

En el trabajo sobre indicadores enunciado anteriormente⁸, se plantearon algunos criterios para valorar la dependencia-independencia.

No función: el individuo o grupo es incapaz de realizar la función,

7. STRACHAN, Cathy. Material docente preparado para el segundo curso de programación en Enfermería. Bogotá-Colombia. Marzo 1975. STC OPS/OMS.

8. ORREGO, S. Silvia y otras. Op. cit. pág. 2.

está en un estado de dependencia completo y, el personal de enfermería debe realizar por él todas las actividades correspondientes a dicha función. Se valora entonces con 00%.

Función deteriorada: el individuo o grupo conserva una mínima parte de la función, pero ésta no logra satisfacer su necesidad. Se encuentra en estado de dependencia y el personal de enfermería debe iniciar y realizar por él gran parte de las actividades. Se valora con 25%.

Función intermedia: el individuo o grupo conserva por lo menos la mitad de la funcionalidad esperada, se encuentra en un estado de relativa dependencia-independencia y el personal de enfermería debe iniciar y realizar con él algunas actividades. Se valora con 50%.

Función activa: el individuo o grupo conserva casi la totalidad de la función; se encuentra en un estado de casi independencia y sólo necesita algún estímulo del personal de enfermería para realizar las actividades competentes a la función. Se valora con 75%.

Función total: el individuo o grupo tiene una función total, existe por lo tanto una independencia total y no necesita asistencia del personal de enfermería. Se valora con 100%.

De acuerdo a las intervenciones de enfermería propuestas por Roper,

para cada una de las actividades correspondientes a las diferentes áreas, se tendrán en cuenta cuatro indicadores generales de la administración del cuidado de enfermería, a saber:

1. Se evalúa la capacidad funcional.
2. Se determina con el individuo o grupo el grado de funcionalidad (independencia) que se puede y espera alcanzar.
3. Se planean y ejecutan actividades de enfermería tendientes a adquirir el grado de funcionalidad.
4. Se hacen registros en la historia clínica y se valora a través de ellos los logros obtenidos.

El modelo teórico de Roper es aplicable a todas las situaciones de salud, pero con más efectividad en aquellos procesos patológicos en los cuales se espera que por la evolución de los mismos, se transcurra en el continuum dependencia-independencia, por ejemplo, intervenciones quirúrgicas, asistencia en unidades de cuidado intensivo, asistencia psiquiátrica, educación en salud y en general, en la asistencia a pacientes con enfermedad aguda. Muchos de los casos enunciados, son ejemplificados por Roper y colaboradoras, en el libro Proceso de atención de enfermería. Modelos de aplicación.

A continuación se sugieren algunos indicadores para las activida-

des descritas en las páginas anteriores, los cuales son aplicables a nivel de individuos y que pueden servir como base a otros profesionales de enfermería para complementarlos o construir algunos más acordes a la situación particular. De igual manera aquellos profesionales de enfermería que trabajan con grupos, pueden construir los indicadores que crean necesarios y convenientes.

Indicadores área física

OXIGENACION:

- Se identifican signos de cianosis.
- Se mantienen vías aéreas superiores permeables.
- Se orienta y motiva al paciente a realizar ejercicios respiratorios.
- Se administra la terapia requerida por el paciente.
- Cuando se administra oxigenoterapia, se humedece el oxígeno antes de administrarlo al paciente.
- Se identifican signos de intoxicación por oxígeno.

ELIMINACION:

- Se permite al paciente evacuar la vejiga o intestino cuando él lo necesita.
- Se facilitan los medios necesarios para la evacuación.
- Se vigila la eliminación de desechos, frecuencia, cantidad, color, aspecto.

- Se aplican medios físicos en caso de que el paciente no pueda eliminar.
- Se educa al paciente respecto a los cuidados higiénicos en la eliminación.

HIDRATACION:

- Se identifican necesidades hidroelectrolíticas.
- Se administran los líquidos de acuerdo a lo requerido.
- Se realiza control de líquidos ingeridos y eliminados.
- Se mantienen limpias y húmedas las mucosas.
- Se estimula en el paciente deshidratado, la ingestión de líquidos.
- Se controlan signos vitales.
- Se hacen los registros pertinentes.

CIRCULACION:

- Se observan signos de disfunción circulatoria: edema, dolor, fatiga, palpitaciones, palidez, sudoración, ortopnea, síntomas de claudicación intermitente, ingurgitación venosa, entre otros.
- Se evalúan pulsos.
- Se controla la presión arterial.
- Se determinan posibles causas de disfunción circulatoria.
- Se realizan actividades de enfermería posibles, de acuerdo a la causa(s) encontrada(s).

ALIMENTACION:

- Se administra dieta balanceada.
- Se estimula al paciente inapetente o anoréxico para que ingiera alimentos.
- Se permite la ingesta de alimentos que el individuo tolere, según la dieta prescrita.
- Se tiene en cuenta el estado del paciente para la administración de la dieta.
- Se le da la alimentación al paciente incapacitado.
- Se observa la tolerancia del paciente a la dieta.
- Se realiza control de peso en adultos, peso, talla y perímetros en niños.
- Se tienen en cuenta los hábitos alimenticios del paciente.
- Se instruye al paciente con respecto a la alimentación (masticación, requerimientos, higiene).
- Se anota en el registro clínico la cantidad y tipo de alimento que el paciente ingiere.

MOVILIZACION:

- Se realizan cambios de posición de acuerdo a las necesidades.
- Se realizan masajes en zonas de compresión.
- Se previenen deformidades en extremidades a pacientes en cama.
- Se realizan ejercicios pasivos o

activos, de acuerdo a la necesidad.

- Se educa a paciente y familia sobre la inmovilidad y sus complicaciones.

SUEÑO:

- Se proporciona al paciente un lugar confortable para dormir (temperatura adecuada, libre de ruidos, iluminación adecuada).
- Se programan horas de sueño que satisfagan la necesidad de descanso del paciente.
- Se identifican interferencias al sueño del paciente y se actúa de acuerdo a lo identificado.
- Se proveen cuidados de enfermería en casos de insomnio persistente.

HIGIENE Y APARIENCIA PERSONAL:

- Se proporcionan al individuo los elementos necesarios y adecuados para su higiene y arreglo personal.
- Se ayuda al paciente en las actividades de higiene y arreglo personal, cuando tiene disminuida su capacidad para hacerlo el mismo.
- Se educa y motiva al paciente sobre la importancia del aseo y arreglo personal, para su salud.

COMODIDAD:

- Se proporciona un ambiente terapéutico, acorde con las

necesidades evaluadas en el paciente.

- Se motiva al paciente a realizar las modificaciones en el ambiente que le sean necesarias para su comodidad.
- Se atiende en forma oportuna y adecuada las demandas del paciente.

SEGURIDAD FISICA:

- Se mantiene la unidad del paciente limpia y libre de desperdicios e insectos.
- Se mantiene la unidad del paciente libre de objetos que puedan serle útiles para autoagredirse o agredir a los demás (pacientes con trastornos psicopatológicos).
- Se aísla al paciente cuando es necesario.
- Se inmoviliza al paciente según necesidad.

Indicadores área emocional-psicológica

PENSAMIENTO:

- Se da oportunidad al paciente de expresar libremente sus ideas.
- Se escucha al paciente sin censurarlo.
- Se escucha sin discutir, las ideas delirantes, falsas creencias o alucinaciones del paciente.
- Se respetan las ideas del paciente.

- Se utiliza el material expresado por el paciente como medio para identificar sus necesidades y problemas.
- Se anota el contenido, curso y asociación del pensamiento.

CONCIENCIA:

- Se identifica el nivel de contacto del paciente con el mundo exterior.
- Se identifica la capacidad del paciente para orientarse en términos de persona, tiempo y lugar.
- Se valora en el individuo la capacidad de autocrítica.
- Se planean y ejecutan actividades de enfermería para el paciente con disminución o pérdida de la conciencia.

MEMORIA:

- Se valora en el paciente la memoria pasada y reciente.
- Se acepta que el paciente no recuerde algunos hechos.
- Se ofrece ambiente de seguridad y confianza al paciente amnésico.

COMUNICACION:

- Se estimula al paciente a comunicar verbalmente sus sentimientos y pensamientos.
- Se escucha al paciente sin emitir juicios.
- Se observa la comunicación no verbal del paciente.

- Se registra la forma de comunicación verbal y no verbal del paciente.

ADAPTACION:

- Se ayuda al paciente a comprender y aceptar su realidad.
- Se ayuda al paciente a enfrentar las situaciones de crisis.
- Se ayuda al paciente a explorar los factores que obstaculizan su adaptación.

ATENCION:

- Se proporciona un ambiente que permita al paciente fijar su atención.
- Se estimula y ayuda al paciente a mantener el interés en las actividades que emprende.
- Se ejercita mediante juegos u otras actividades, la atención en el paciente.

PERCEPCION:

- Se escucha al paciente cuando verbaliza su percepción de la realidad.
- Se registra el tipo de percepción del paciente.
- Se ayuda al paciente que ha perdido su contacto con la realidad, a restablecerlo nuevamente.

AFECTO:

- Se permite al paciente la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- Se estimula la expresión abier-

ta de sentimientos.

- Se canaliza la expresión de sentimientos negativos en forma constructiva.

SEGURIDAD EMOCIONAL:

- Se llama al paciente por su nombre.
- Se le explica cualquier procedimiento que se le vaya a realizar.
- Se responden las preguntas que formule el paciente.

Indicadores del área social

ROL FAMILIAR:

- Se estimula al paciente para que se comunique funcionalmente con los miembros de su familia.
- Se identifica y analiza la posición y función del rol del paciente y de los otros miembros de la familia.
- Se estimula al paciente para que asuma el rol familiar que le corresponde.
- Se orienta a la familia para que participe en el tratamiento del paciente.
- Se educa a la familia sobre la enfermedad del paciente.

ROL DE TRABAJADOR O ESTUDIANTE:

- Se obtiene información sobre el desempeño del paciente como trabajador o estudiante.
- Se observa al paciente en su desempeño en las actividades que realiza.

- Se estimula al paciente para el ejercicio de su rol de trabajador o estudiante.

ROL DE PACIENTE:

- Se orienta al paciente sobre normas de hospitalización, visitas y tratamiento.
- Se escuchan sus inquietudes respecto a su enfermedad, tratamiento y otros problemas que plantee.
- Se evita que perturbe el descanso y sueño de los demás pacientes.

PERTENENCIA A GRUPOS:

- Se obtiene información acerca de la participación del paciente en grupos de su comunidad.
- Se observa el desempeño de éste en actividades de grupo.
- Se le estimula a integrarse a grupos.
- Se fomenta en el paciente la participación en los grupos a los cuales pertenece.

RECREACION:

- Se elige el tipo de recreación acorde con el estado emocional y físico del paciente.
- Se le explica las reglas de recreación.
- Se observan las actitudes y comportamientos del paciente durante la recreación.

- Se le da autonomía para la toma de decisiones durante el juego.
- Se evalúa con él, su estado de ánimo antes, durante y después de la recreación.
- Se evalúa el progreso y otras actitudes encontradas en el paciente.

EDUCACION:

- Se detectan las necesidades de enseñanza en el paciente.
- Se le da enseñanza a él y su familia, de acuerdo a sus necesidades y capacidades.
- Se evalúa la enseñanza dada, teniendo en cuenta tanto la metodología como el impacto en el paciente y su familia.

APLICABILIDAD⁹

A nivel de individuo, el análisis de la información permite la identificación de necesidad y problemas y el establecimiento del diagnóstico; el diagnóstico es la base del plan de acción y los estándares e indicadores la forma de evaluación.

A nivel de la familia, permite la identificación de problemas en el sistema familiar que repercuten en el estado de salud de sus componentes y del grupo familiar, y que deben ser atendidos.

9. MUÑOZ, Teodora y LEMA Julia, Op. Cit. Págs. 157-158.

A nivel de grupos, la selección de algunos componentes de la anamnesis, del examen físico, de los exámenes de laboratorio o una combinación de éstos permite la identificación de problemas o el

establecimiento de diagnósticos colectivos que requieren de soluciones; la mayoría de las veces implica la participación del grupo y la intervención de diferentes profesionales.

BIBLIOGRAFIA CITADA

1. POLETTI, ROSETTE. Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Barcelona, España. Editorial Rol.
2. ROPER N. y COLS. Proceso asistencial de Enfermería. México Interamericana, 1986.
3. ORREGO S. Silvia y Otras. Indicadores del cuidado de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 1983.
4. HABER, Judith. Psiquiatría. Texto básico. Barcelona Salvat, 1984.
5. MUÑOZ, Teodora y LERMA, Julia. La "Historia de Salud" de pacientes o grupos como método de registro de datos. Educación médica y salud. Vol. 16, No. 2. Abril/Junio, 1982.
6. STRACHAN, Cathy. Material docente preparado para el segundo curso de programación en Enfermería. Bogotá-Colombia, Marzo 1975. STC OPS/OMS.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. BATES J. Propedéutica Médica. Barcelona Salvat, 1984.
2. MORGAN, Arthur. La práctica de Enfermería en Salud Mental. Washington, OPS., 1979.
3. SMALL y Bellak. Psicoterapia breve y de emergencia. Paz, México. 1977.
4. SMITH, Adriane. Enfermería Médico-Quirúrgica. México, Interamericana, 1979.
5. VALLEJO, J. y Otros. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 2a. Ed. Barcelona, Salvat, 1985.