



Facultad de Ciencias
Médicas, Escuela de
Enfermería

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS
ENFERMEROS EN PACIENTES CON
INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN EN EL
SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL
HOSPITAL CENTRAL EN EL PERIODO DEL
2022”**

AUTORES: Arnez Javier, Sandra Mallon Vique

DIRECTOR DE CURSO: Lic. Jorge G. Michel

DOCENTE A CARGO: Lic. Gaii Marcos

Mendoza, Diciembre 2022

Advertencia

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acta de Aprobación

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

Agradecimientos y dedicatoria

Al concluir una etapa maravillosa de mi vida en primer lugar quiero agradecer a Dios, por permitirme realizar mis sueños, mis metas, a mi hermana que desde el cielo me acompañó en todo este camino, a mi madre que me apoyó en todo dándome ánimos cuando pensaba que no iba a poder, a mi compañero amigo, colega que realizamos juntos este proyecto ya que estamos estudiando juntos desde el pre ingreso a la universidad, agradecer su apoyo, confianza, cariño, comprensivo, tolerancia, compañerismo, a todos mis amigos, familiares y profesores que me animaron a seguir adelante en especial al docente Lic. Marcos Giai por guiarnos en este camino hasta el final. A todos ellos miles de gracias.

Sandra Mallon Vique

En esta oportunidad agradecer a mi familia por estar presente en lo que necesite durante todos estos años, por alentarme a seguir formándome, a ser paciente que todo sacrificio tiene su recompensa, a mi pareja que aportó su granito de arena, por brindarme claridad en momentos difíciles y a mi hijo LIAM que es mi fortaleza y motivo de seguir creciendo como persona y profesional. También a todos los docentes académicos que influyeron y dedicaron su tiempo, como al docente Lic. Marcos Giai que nos acompañó y orientó en estas últimas instancias. Y a mi compañera de trabajo por el apoyo incondicional, por estar durante toda esta experiencia única que vivimos y a todas esas personas que de una u otra forma contribuyeron en la realización de este trabajo final.

ARNEZ HIDALGO, JAVIER

Prefacio

La presente investigación se realizó con el objetivo de analizar los conocimientos que poseen los profesionales de enfermería del servicio de salud mental, en pacientes con intento de autoeliminación. Se consultaron diferentes literaturas, bibliografías, sitios de internet para obtener la información necesaria para identificar las problemáticas del profesional en temas puntuales como la recepción, la medicación y la contención mecánica, también en la ley de salud mental. Para la investigación se utilizó un diseño descriptivo, cuantitativa de corte transversal, con una población del total de la muestra de 14 enfermeros. El estudio se llevó a cabo en el servicio de salud mental que se encuentra en el primer piso del hospital central, que cuenta con 3 salas y dos camas cada una.

Por tal razón, se decidió preparar el presente trabajo con la finalidad de contribuir a identificar las problemáticas y partiendo de ello hacer las propuestas suficientes con la finalidad de mejorar.

ÍNDICE GENERAL

Advertencia.....	II
Acta de Aprobación	III
Agradecimientos y dedicatoria	IV
Prefacio.....	V
Índice de tablas y gráficos	VIII
Resumen.....	IX
CAPÍTULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA	1
Introducción.....	2
Planteo del problema.....	4
Pregunta de investigación	5
Objetivos del estudio: General	5
Objetivos del estudio: Específicos.....	5
MARCO TEORICO	6
Contexto histórico.....	7
Valoración general	9
Contención psíquica o verbal.....	21
Contención mecánica.....	22
Psicofarmacología.....	26
Ley de salud mental 26657	35
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	37
Tipo de estudio:	38
Área de estudio	38
Universo y muestra	38
Técnicas e instrumentos de recolección de datos análisis.....	47
Análisis y procesamiento de datos.....	47
Presentación de los datos	47
CAPÍTULO III: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS.....	49
Resultados	50
Resumen de los resultados más relevantes	80
CONCLUSIÓN	86
PROPUESTAS	87
APÉNDICE Y ANEXOS	88

BIBLIOGRAFÍA.....	89
ANEXO N° 1.....	91
ANEXO N°2.....	98
ANEXO N°3.....	99
ANEXO N°4.....	114

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

1) Caracterización según edad.	50
2) Características según sexo	51
3) Característica según la Formación	52
4) Características de años de antigüedad	53
5) Características de capacitación	54
6) Características de quien fue brindada la capacitación.	55
7) Características de las causas principales por intento de autoeliminación.	56
8) Característica de los elementos de riesgo.	57
9) Característica de los métodos de recolección de información.	58
10) Características según que se define como el proceso de mirar con un propósito. 59	
11) Características según las fases del suicidio.	60
12) Características según los patrones de Marjory Gordon.	61
13) Características según los parámetros.	62
14) Características según que disminuiría la conducta suicida.	63
15) Característica según el conocimiento.	64
16) Características según excitación psicomotriz.	65
17) Característica la causa de la contención mecánica	66
18) Característica según la indicación de la contención.	67
19) Característica según cuantas personas se necesita para la contención.	68
20) Característica del orden de la sujeción.	69
21) Característica según la psicofarmacología.	70
22) Característica de efecto adverso	71
23) Característica de las medicaciones típicas.	72
24) Característica según cual presenta efecto extrapiramidal.	73
25) Característica de los ansiolíticos.	74
26) Característica de síndrome de Abstinencia.	75
27) Característica de la ley salud metal.	76
28) Característica según el número de la ley salud mental.	77
29) Característica según las áreas que intervienen.	78
30) Respuestas de la pregunta a desarrollar individual	79

Resumen

Tema: Nivel de conocimiento de los enfermeros en pacientes con intento de autoeliminación.

Autores: Arnez Javier – Mallon Vique Sandra

Lugar: Servicio de Salud Mental 1º piso del Hospital Central, ciudad Mendoza 2022.

Introducción: Enfermería tiene un papel importante en la prevención del suicidio y el tratamiento en situaciones de autoeliminación por lo que es importante que el personal de enfermería cepa identificar los riesgos de toda índole para el paciente durante el tratamiento, enfermería tiene el contacto más directo e inmediato lo que conlleva más capacitación posible para un mejor afrontamiento de dicha enfermedad mental.

Por ende, es importante el nivel de conocimiento de enfermería en salud mental para evitar riesgos mayores y llevar un mejor tratamiento posible del paciente.

Objetivo: “Determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería con pacientes con intento de autoeliminación”.

Método: Es un estudio Cuantitativo, Descriptivo, Transversal.

Resultados: Los resultados arrojaron un leve predominio de personal capacitado para el tratamiento de pacientes con intento de autoeliminación, que se llevó a cabo por una encuesta de forma individual, la muestra era del 100 % del personal de enfermería (Auxiliar, profesional, universitarios y licenciados) del servicio.

Palabras clave: intento de autoeliminación- enfermeros-salud mental- conocimiento.

Conclusión: Al final se pudo determinar que el nivel de conocimiento es fundamental para el tratamiento de los pacientes con intento de autoeliminación, para la aplicación correcta de los conocimientos.

CAPÍTULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA

Introducción

En el siguiente trabajo de investigación se llevó a cabo por estudiantes de licenciatura en enfermería de 5° año de la universidad nacional de cuyo para el área curricular de tesina final.

Se desarrolló como tema principal el nivel de conocimiento del personal de enfermería con pacientes con intento de autoeliminación del servicio de salud mental de 1° piso del hospital central que cuenta con 3 salas, con 2 camas cada una, con un personal de 14 enfermeros (auxiliar, profesional, universitario y licenciados).

Se realizó una encuesta anónima, voluntaria, individual de 30 preguntas a todo el personal de enfermería con fines académico únicamente que se llevó a cabo con el permiso de las autoridades referentes del hospital (jefe de servicio y jefa de departamento de enfermería).

El interés del estudio es identificar el nivel de conocimiento que tiene el personal actualmente abordando al paciente desde que ingresa, durante su estadía en la institución y finalmente hasta la alta médica.

Se logró identificar las problemáticas que tienen los profesionales como la falta de conocimiento en el abordaje, en los elementos corto punzantes, elementos de higiene personal en cómo actuar en situaciones extremas que desbordan al personal con respecto a la contención del paciente en una excitación psicomotriz, en la seguridad del paciente con los elementos de riesgo potencial del entorno del paciente internado.

Todas las problemáticas fueron identificadas por los indicadores utilizadas en la encuesta que fueron de suma importancia para llevar a cabo este trabajo de investigación.

Es por ello la vital importancia que el personal de enfermería sea poseedor y enriquecido de conocimiento suficiente y adecuado a tal fin de lograr aplicar el procedimiento correcto en el momento adecuado, para evitar el menor error posible a la hora de ejecutar los cuidados, prevenciones, o en los peores casos

en pacientes de riesgo potencial, lograr que el equipo de salud tenga más interés y consideración dicha enfermedad mental que cada vez es más compleja.

Dichas problemáticas se observaron que es causa de la falta de capacitación en salud mental por otra parte la falta de interés de adquirir más conocimientos sobre todo en salud mental que es actualmente poco considerado, la falta de herramientas como un protocolo a seguir, lugar adecuado para el tratamiento de estos pacientes puntualmente etc.

Para poder afrontar esta problemática que nos acecha sobre la salud mental se hace el enfoque en brindarles más capacitación, talleres sobre el cuidado, observaciones, pautas de alarma, así como también reacción frente a algún inconveniente, establecer protocolos de seguridad y protección para el paciente y su vez al personal de enfermería que está en permanente contacto directo, dejando de lado los posibles riesgos que corren al intentar contener al paciente de salud mental.

Planteo del problema

La formación de los profesionales es importante con respecto a los cuidados de los pacientes con intento de autoeliminación que actualmente es un tema de suma importancia para el personal, estar capacitado por ser una enfermedad mental compleja, por lo que se hizo hincapié en el conocimiento de los enfermeros con respecto al abordaje y cuidados en el servicio de salud mental del 1° piso de hospital central.

Se realizará una breve descripción de los problemas que se ha observado en la ejecución de tareas diarias del personal de enfermería con el objetivo de mejorar las problemáticas que se destacaron en la investigación.

Se observó que el personal de enfermería tiene poco conocimiento de todos los elementos de abordaje al momento del ingreso del paciente, por otra parte, no tiene bien en claro los elementos de riesgos (elementos corto punzantes, elementos de higiene personal, los elementos de la habitación que sean de peligro, etc.) Otra de las irregularidades es con respecto al manejo de situaciones extremas donde el paciente se encuentra en una excitación psicomotriz que se debe realizar primero con respecto a los métodos de contención que existe en esta situación y por ultimo sobre la ley de salud mental donde se identificó poco conocimiento y aplicación de dicha ley.

Por este motivo nos hemos enfocado en la problemática anteriormente nombradas, puesto que sabemos que todo profesional debe tener los conocimientos necesarios, para poder brindar una atención adecuada hacia el paciente con intento de autoeliminación y con el menor margen de error posible.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los enfermeros en pacientes con intento de autoeliminación en el servicio de salud mental del hospital central del año 2022?

Objetivos del estudio: General

Determinar el nivel de conocimiento de los enfermeros en pacientes con intento de autoeliminación en el servicio de salud mental del hospital central del año 2022.

Objetivos del estudio: Específicos

- 1) Evaluar la recepción de los enfermeros en los pacientes con intento de autoeliminación.
- 2) Determinar el conocimiento de medicación de los enfermeros en pacientes con intento de autoeliminación.
- 3) valorar cuales son las acciones de los enfermeros en la contención mecánica de los pacientes con intento de autoeliminación.
- 4) Evaluar el conocimiento de los enfermeros sobre la ley de salud mental para implementarlo en pacientes con intento de autoeliminación.

MARCO TEORICO

Contexto histórico.

A partir de la segunda mitad del siglo XX empiezan a aparecer teorías y modelos de Enfermería que abrevan en las fuentes de las ciencias básicas, especialmente en las del comportamiento. Así, en el ámbito de la Enfermería de Salud Mental, Hildegard Peplau publica en 1952 “Relaciones interpersonales en Enfermería”. Las enfermedades mentales han sido detectadas desde tiempos remotos, tal y como se demuestra en escritos griegos y egipcios, en los que se describen síntomas que en la actualidad podrían ser considerados como evidencia de enfermedades mentales subyacentes. Sin embargo, en aquella época el origen de las enfermedades mentales y también de las físicas era atribuido a espíritus demoniacos o a otras génesis de carácter mágico-religioso. ^(1.1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad. ^(2.1)

Esta definición, conocida como la visión positiva de la salud mental, se da gracias a los cambios ocurridos en el campo de la salud desde finales de la década de los años 40, producto de la institucionalización del concepto de calidad de vida, lo que implicó la inclusión en la agenda política de acciones que canalizaran la responsabilidad de los Estados en la búsqueda del bienestar de las personas. ^(2.2)

Dorothea Lynde Dix, fue una profesora que formo parte de los voluntarios durante la guerra civil, se encargó de recorrer los establecimientos asilares y carcelarios de la mayor parte de Estados de la nación elaborando un detallado registro donde describía la situación de los enfermos mentales en cada uno de ellos. Luego de los acontecimientos durante la guerra civil y los cambios que Dorothea Dix inspiró. Comenzaron a formarse centros psiquiátricos siendo en ese momento dónde surge la Enfermería Psiquiátrica. ^(3.1)

Linda Richards, es considerada como la primera enfermera profesional de América. Ella estimuló la enseñanza del cuidado al enfermo mental dentro de los

hospitales de su región, creando escuelas de capacitación como la del Hospital para enfermos mentales de Taunton, Worcester y Michigan. Pensaba que el enfermo mental debería ser atendido por lo menos con tanto cuidado como el que sufre una enfermedad física, lo cual solo puede lograrse a través de una mejor preparación. ^(3.2)

Por otra parte, Hildegard Peplau, es considerada una de las enfermeras más importantes en el mundo, siendo para muchos la madre de la Enfermería Psiquiátrica. Peplau trabajó durante la segunda guerra mundial en un hospital neuropsiquiátrico más tarde obtendría su maestría en The teacher College Columbia en New York. ^(3.3)

Importancia de la Enfermería en la Salud Mental

Ya que muchas personas desconocen el papel de enfermería en esta área de la salud. Gracias a su trabajo diario, a su formación y a su experiencia, muchas personas pueden hacer su vida dignamente sin estar estigmatizados o encerrados entre cuatro paredes. Son estos profesionales especialistas los que cuidan y atienden a miles de personas en nuestro país. Son también los que tienen el contacto más directo y más inmediato con unas personas que en esta sociedad, que en la mayoría de los casos viven bajo la estigmatización y discriminación, no podrían hacer su vida diario sin el seguimiento y el saber estar de estos profesionales de la Enfermería. ^(3.4)

Intento de autoeliminación

Es importante tener en cuenta que el Intento de Autoeliminación es primero una emergencia médica y luego una emergencia psiquiátrica. Enfermería tiene un papel importante en la prevención del suicidio y el tratamiento en situaciones de autoeliminación. ⁽⁴⁾

Una de las causas de los IAE (Intento de Autoeliminación) y suicidios es la depresión. Esta, en los adultos se manifiesta con síntomas claros lo cual, en los niños en pocas ocasiones, se manifiesta así. Son diferentes y variados los modos de expresarse y cuanto más pequeño es el niño, sus manifestaciones estarán más frecuentemente ligadas a dolencias corporales. Esto ocurre porque el niño

pequeño no sabe expresar ni interpretar como un adulto lo que está sintiendo. En los adolescentes la depresión es un trastorno que, se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza y apatía, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades comunes. ^(4.1)

Los síntomas frecuentemente observados son:

- Tristeza
- Retracción.
- Incapacidad para sentir placer (anhedonia).
- Agresividad.
- Alteraciones psicósomáticas
- Alteraciones del apetito.
- Irritabilidad.
- Llanto fácil.
- Insomnio.
- Pesadillas
- Incontinencia de esfínteres
- Cefaleas
- Dolor de vientre
- Problemas de conducta
- Problemas de aprendizaje ^(4.2)

Valoración general

Los datos obtenidos durante esta etapa pueden proceder de fuentes primarias (el propio paciente) y secundarias (familia, allegados, otros documentos). Siempre que sea posible, los datos conseguidos deben ser validados (especialmente que proceden directamente de expresión verbal de la persona).

Los principales métodos de recolección de información en enfermería son: La entrevista, las técnicas de observación y las escalas o inventarios de calificación.

(5.1)

La entrevista suele ser un encuentro cara a cara con el objeto de intercambiar información, también sirve como punto de inicio para establecer la relación terapéutica. Las entrevistas pueden ser formales (registradas de forma estandarizadas) o informales (son casuales, con más oportunidad de conocer a la persona y su familia). (5.2)

La observación se define como el proceso de mirar con un propósito, se lo denomina también como inspección, que en el caso de salud mental significa examen del cuerpo y las conductas de la persona con el fin de detectar aspectos o características relacionadas con posibles disfunciones. Este método es excelente para obtener información en salud mental, pero solo cuando el enfermero se mantiene imparcial y no emite juicios de valor, se debe ser cuidadoso y objetivo. (5.3)

Las escalas e intervenciones de calificación son instrumentos diseñados para destacar determinados tipos de información por ejemplo coeficiente intelectual, características de la personalidad, percepción del dolor, habilidades concretas, etc. Los resultados se comparan con medidas estándar. Este tipo de instrumentos pueden resultar muy útiles para centrarse en ciertos aspectos de los trastornos de la persona. (5.4)

En una valoración de urgencia no se suele usar registros estandarizados para la recolección de datos, estos suelen reflejarse en documentos abiertos en los que consta el motivo de la urgencia, el nivel de riesgo y la intervención elegida, posteriormente cuando la persona ha alcanzado más estabilidad en sus funciones se realiza una valoración más amplia. (5.5)

Elementos de valoración

En todo proceso de valoración realizado en el contexto de la salud mental, se prestará atención a tres ejes fundamentales:

- a) La persona, por medio de todos los indicadores de salud mental

presentes en el ciclo vital.

- b) La familia o personas con las que convive y se relaciona el paciente.
- c) El entorno, incluyendo en el tanto las variables personales como las físicas y ambientales. ^(5.6)

Valoración de la persona

Se admite que el desarrollo personal es el resultado del crecimiento, del aprendizaje y de la maduración (capacidad de combinar crecimiento y aprendizaje), estén desarrollo que, va de lo simple a lo complejo, tiene dos aspectos importantes durante la infancia que determinaran la salud mental de la persona adulta (el razonamiento y la emoción, ambos estrechamente ligados con el desarrollo físico y el desarrollo cultural. ^(5.7)

Entre los aspectos relacionados con la salud mental que tiene su origen en la infancia podemos destacar lo siguiente:

- Desarrollo emocional: son periodos sensibles que pueden ser afectados por influencias (positivas o negativas) del entorno. Las formas de resolver los problemas que aparezcan durante estos periodos establecerá las bases para las siguientes fases del desarrollo.
- Problemas ambientales: Es relacionado con la pobreza, el maltrato, el abandono o la violencia los cuales pueden dejar secuelas.
- Problemas en la interacción padres-hijos: son cuidados inadecuados, maltrato físico o emocional.
- Problemas de la conducta: Pueden presentarse en cualquiera de los ámbitos sociales Ej. Déficit de atención, conducta destructiva y conducta antisocial.
- Problemas de ingestión o eliminación: Presentados por la enuresis, encopresis y posteriormente, la anorexia y la bulimia.
- Problemas del desarrollo: Generales como el retraso mental, o más específicos como los trastornos del aprendizaje y los trastornos de la comunicación.
- Trastornos invasivos del desarrollo: Los principales son el autismo y la

esquizofrenia. ^(5.8)

En la adolescencia los problemas más relevantes que pueden condicionar la salud mental de la futura persona adulta son los trastornos afectivos (ansiedad y trastornos del estado de ánimo), los trastornos de alimentación, los trastornos de personalidad y la dependencia de sustancias químicas. ^(5.9)

En la edad adulta son importantes las dimensiones emocionales, intelectual, socio cultural y espiritual del propio carácter, el personal de enfermería debe prestar atención a todos estos aspectos, sin olvidar que el estado emocional dirige, en la mayoría de las ocasiones, las decisiones y pautas de conducta de la persona. ^(5.10)

Infancia	<ul style="list-style-type: none">● Desarrollo emocional● Problemas ambientales● Problemas de relación entre padres e hijos.● Problemas emocionales● Problemas de conducta● Problemas de ingestión y eliminación● Problemas de desarrollo
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none">● Trastornos afectivos● Trastornos de alimentación● Trastornos de personalidad● Dependencia de sustancias tóxicas.
Edad adulta	<ul style="list-style-type: none">● Adaptación a situaciones de estrés● Identidad personal● Parones de comunicación e interacción

	<ul style="list-style-type: none"> ● Patrones de conducta sexual ● Valores y creencias (dimensión espiritual)
--	---

Tabla centro de atención en la valoración de la persona (5)

Habilidades en el proceso de valoración

El personal de enfermería utiliza un amplio abanico de habilidades personal para comunicarse con los demás (expresiones, gestos, miradas, tono de voz, etc.), las cuales, junto con determinados instrumentos, tienen una finalidad terapéutica. Algunas de las habilidades esenciales que debe transmitir el enfermero para establecer una relación terapéutica fructífera son:

- **Aceptación del otro.** Implica aceptar a cada persona como es, aunque algunas de sus conductas sean consideradas socialmente inaceptables o inusuales.
- **Conexión (rapport).** Se caracteriza por la preocupación de los demás y el por el interés activo en su viene estar. Para conectar es necesario creer en el merecimiento y en la dignidad de cada persona, y adoptar una actitud de aceptación.
- **Uso terapéutico de sí mismo.** El instrumento más terapéutico es el propio cuerpo: La manera de interactuar, antes y animar a los demás. De esta forma el enfermero representa un modelo de salud y de forma de manejar (un modelo terapéutico), sobre todo para las personas con problemas metales o emocionales. ^(5.11)

La habilidad de interacción incluye las respuestas verbales y no verbales que animan al paciente a comunicarse, al aplicarlas hay que utilizar palabras con significado para la otra persona y, de ser posible, evitar preguntas que contengan “porque” pues la obligan a justificarse o dar explicación. Algunas de las características que facilitan y mejoran la habilidad de interacción son:

- Escuchar activamente.

- Hacer preguntas amplias.
- Reafirmar lo que el paciente o la otra persona ha dicho.
- Aclarar ideas vagas o pensamientos poco claros.
- Reflejar al paciente sus ideas, pensamientos, sentimientos, etc.
- Utilizar sentido del humor con moderación ante lo imperfecto.
- Informar aspectos relevantes para el bienestar del paciente.
- Pedir verificaciones sobre lo que hemos entendido.
- Utilizar el silencio en forma terapéutica.
- Sugerir ideas alternativas para resolver problemas. (5.12)

Descripción general.

Incluye todo lo que se puede observar a primera vista en la persona, como característica física, higiene, atuendo, expresión facial, forma de hablar, actividad motriz, reacciones o conductas, actitud o colaboración ante la entrevista. (5.13)

Evaluación física.

Supone detectar cualquier problema físico que pudiera suponer una amenaza para el bienestar de la persona. Muchas alteraciones de la conducta están vinculadas a menudo con una causa física, por ejemplo, hipoglucemia, exposición a sustancias tóxicas o a un dolor agudo, que pueden dar lugar a conductas de confusión, irritabilidad o alteraciones perceptivas. (5.14)

Evaluación de factores de riesgos.

El propósito es detectar factores de puedan suponer una amenaza potencial inmediata para la persona, es esencial central la atención en los siguientes factores. (5.15)

- Probabilidad suicida o de autolesiones.
- Potencial de agresión o violencia.
- Probabilidad de síndrome de abstinencia.
- Probabilidad de reacciones alérgicas o adversas a fármacos.
- Probabilidad de convulsiones.
- Probabilidad de caídas o accidentes.

- Probabilidad de fuga. ^(5.16)

Evaluación sociocultural.

Se centra en aspectos culturales, sociales y espirituales de la persona que pueden interferir en la consecución de un patrón conveniente de salud mental. Las áreas de evaluación en este apartado se centran en variables como edad, cultura, educación, ingresos económicos, normas y creencias, relaciones con los demás, costumbres, etc. ^(5.17)

Estado emocional.

En este caso hay que considerar el estado de ánimo y el afecto del paciente. El estado de ánimo se refiere al conjunto de sentimientos de la persona, es un factor subjetivo que solo puede ser explicado por quien lo siente. Deberá recolectarse la información proporcionada de manera textual. ^(5.18)

El afecto es la muestra emocional que hace la persona de su estado de ánimo. Es muy importante su observación en salud mental, especialmente en pacientes poco comunicativos verbalmente. ^(5.19)

Patrones funcionales de Marjory Gordon.

Es un proceso continuo y dirigido hacia un fin que incluye diferentes acciones como la obtención de información, interpretación de ésta y organización de toda la información reunida, de acuerdo con la autora (Gordon), consideramos que proporciona un formato de valoración estándar para los datos básicos, independientemente de la edad, el nivel de cuidados o la enfermedad médica de la persona, puede ser adaptable a cualquiera de los modelos teóricos los cuales son:

- Patrón de percepción y mantenimiento de la salud.
- Patrón nutricional y metabólico.
- Patrón de eliminación.
- Patrón de actividad y ejercicio.
- Patrón de sueño y descanso.
- Patrón cognitivo y perceptivo.
- Patrón de autopercepción y autoconcepto.

- Patrón del rol y relaciones.
- Patrones de sexualidad y reproducción.
- Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés.
- Patrón de valores y creencias.^(5.20)

Plan de cuidados

La mayoría de las personas que tienden al suicidio se encuentran deprimidos, presentan ideas negativas, un bajo autoestima y un auto concepto negativo y presentan fases antes de llegar al suicidio.^(5.21)

Fases habituales del suicidio

Fase ideativa: La persona tiene una idea que aparece y desaparece, como una ocurrencia. Siguen surgiendo vivencias que motivan la aparición de la idea. Toma en consideración una mera expresión emocional.

Fase deliberativa: La persona considera la idea suicida, analiza los pros y los contras. La fase puede durar de semana o meses desde que la idea comienza a tener sentido hasta el acto de suicidarse. Lo que en un momento era una idea exagerada, una ocurrencia por el estado emocional, se hace posible.

Fase decisiva: La persona ha evaluado todo lo relacionado con el suicidio y toma la decisión de hacerlo. Después de tomar la drástica decisión y tras un largo periodo de angustia y dolor, entra en un periodo de calma y tranquilidad.

Fase dilatoria: Corresponde al periodo de calma, cuando la persona, una vez tranquilizada, ya está convencida de lo que va a hacer. Esta fase es de duración variable, con ciertos hechos que la adelantan a la siguiente fase.

Fase operativa: En esta fase corresponde toda maniobra que hace la persona para ejecutar el suicidio, es todo lo previo al acto suicida desde prever que va a hacer con sus bienes hasta conductas para que no se den cuenta de sus intenciones, con el fin de que otros no intervengan en el acto. Lo preparan físicamente.

Fase ejecutiva: La persona ejecuta la acción concreta de suicidarse.^(5.22)

Los patrones y parámetros disfuncionales en un riesgo suicida.

Patrones	Parámetros
Patrón de percepción y mantenimiento de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ aspectos generales: descuido ➤ actitud y conducta de no aceptación del problema. ➤ Pautas y recomendaciones terapéuticas: no aceptadas. ➤ Hábitos tóxicos: frecuentes.
Patrón nutricional y metabólico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peso e IMC: disminución o aumento ➤ Apetito: disminuido o aumentado ➤ Náuseas y/o vómitos: pueden estar presente
Patrón de eliminación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eliminación intestinal: puede estar alterada por alteraciones en la ingesta ➤ Eliminación cutánea: puede estar aumentada
Patrón de actividad y ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expresión facial: triste e inexpresiva ➤ Conducta motriz: inhibición y/o agitación ➤ Desinterés por actividades de consumo de energía
Patrón de sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Horas de sueño nocturno: disminuidas ➤ Problemas de inicio y mantenimiento
Patrón cognitivo y perceptivo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Posibles problemas de memoria reciente. ➤ Pensamientos y lenguaje (curso y contenido)
Patrón de autopercepción y autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reactividad emocional: disminuida. ➤ Percepción de la imagen corporal: deteriorada. ➤ Actitud de rechazo-indiferencia frente sí mismo. ➤ Auto descripción: negativa.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autoevaluación general y competencia: negativas. ➤ Sentimientos: Negativos.
Patrón del rol y relaciones	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percepción del rol y responsabilidades: Insatisfactorias. ➤ Relaciones familiares y sociales: Escasas y/o problemáticas. ➤ Condición escolar o laboral: Problemática.
Patrones de sexualidad y reproducción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Opinión negativa de actividad y respuesta sexual.
Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estado de tensión: continuado. ➤ Percepción de control: Bajo o nulo. ➤ Sentimientos Inadecuado.: negativos. ➤ Grado de incapacitación: Alta. ➤ Estrategias de adaptación:
Patrón de valores y creencias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los valores o creencias describen: cierto, correcto e incorrecto.

Tabla de Patrones disfuncionales y parámetros alterados en las personas con riesgo de suicidio (5)

Plan de cuidados

Para llevar a cabo el plan de cuidados de modo que contribuya a conseguir los objetivos terapéuticos y así evitar un intento autolítico, ya sea frustrado o no.

- Informar al paciente de las medidas que el personal sanitario va a tomar, explicándole que son para evitar posibles riesgos de lesiones.
- Recoger el máximo de información del paciente, familia e historia clínica en relación con dobles antecedentes de autolisis.
- Mostrar empatía, actitud tranquila, no criticar, no mostrar nerviosismo, un trato corto y comprensivo.
- Mantener informado a todo el equipo.
- Tener en cuenta las amenazas suicidas del paciente.
- Observar la conducta del paciente.

- Considerar la posibilidad de suicidio por acontecimientos vitales estresantes.
- Valorar situaciones anteriores: número de intento, métodos y llamadas de atención. ^(5.23)

Los siguientes Indicadores a tener en cuenta para la intervención:

- Antecedentes de episodio maníaco.
- Ideas de muerte y riesgo suicida.
- Gravedad del episodio.
- Síntomas psicóticos, catatónicos.
- Intenso sufrimiento psíquico.
- Importante repercusión orgánica: adelgazamiento anorexia.
- Tiempo de inicio del cuadro.
- Antecedentes de cuadros similares anteriores. ^(4.3)

Intervenciones

Desde enfermería las intervenciones propuestas se enfocarán en dos centros de interés:

Controlar la conducta autolesiva y suicidas.

1. Fomentar la confianza y evitar el riesgo de daño auto infligido.
 - Proteger al enfermo del daño a si mismo colocándole en un ambiente seguro, entendemos por ambiente seguro aquel en el que existan los mínimos elementos de riesgo potencial para llevar a cabo actos suicidas, ya sean cordones de ropa y zapatos, gasas, tijeras, sistemas de suero, etc. Si bien las unidades habitualmente ya cuentan con las instalaciones y el mobiliario adecuado para estos casos, nosotros debemos minimizar los riesgos siendo cuidadosos con cualquier elemento de este tipo, así como vigilar, retirar algunos utensilios de aseo personal, como maquinillas de afeitar, para que no resulten violentos o lesivos para la persona.
 - Demostrar preocupación sobre su estado de bienestar. Preguntaremos a la persona como se encuentra, sin agobiarla, al

menos cuando se despierte y según veamos su respuesta, una vez más a lo largo del día.

- Abstenerse de críticas negativas. Podemos explicarle que hubiese sido mejor tomar otra decisión, pero nunca criticando su conducta. Reforzar positivamente cualquier conducta correcta de la persona, haciendo de sus pequeños logros algo importante.

2. Establecer un dispositivo de vigilancia y seguridad.

- Recolección y análisis continuos de datos acerca del enfermero y de su entorno con el fin de proveer su seguridad.
- Supervisar los cambios en las funciones física y cognitivas del enfermero que pudieran llevarse a una conducta peligrosa. Debemos intentar que nos explique lo que piensa y siente y como esto va variando a lo largo de los días.
- Controlar los riesgos potenciales de entorno. Siempre hay elementos, como por ejemplo las sábanas, que no se podrán eliminar del entorno; se trata de minimizar riesgo sin hacer el ambiente hostil a la persona, por eso la vigilancia intensiva será lo mejor para evitar riesgos.
- Proporcionar un grado adecuado de vigilancia que permita el control del enfermero y la acción terapéutica. Es importante también que la vigilancia no sea demasiado evidente para la persona y que resulte a sus ojos una ayuda y acompañamiento más que un control restrictivo que le haga sentirse violento y controlado.
- Colocarle en un entorno lo menos restrictivo posible y que permite el grado de observación necesario.
- Realizar controles horarios frecuentes durante el turno de noche. Al menos cada hora debemos pasar por la habitación del paciente para ver si está dormido y si se encuentra bien.
- Valorar el estado de ánimo a lo largo del día. Será importante al menos tres veces al día, por la mañana, a mediodía y por la tarde, valorar como se encuentra el paciente.^(5.24)

Proporcionar conocimientos y habilidades para un mejor afrontamiento de situaciones conflictivas.

- Infundir esperanza facilitando el desarrollo de una perspectiva positiva.
- Revisar logros y experiencias pasadas, con el uso, si son apropiados, de los recuerdos de situaciones anteriores que la persona resolvió de forma adecuada.
- Animar a establecer relaciones terapéuticas con personas significativas. Hacer un repaso con ella de individuos significativos que en su vida hayan podido ayudarle, o que cree que podrían hacerlo en una situación de crisis. Animarle a recobrar, si se ha perdido, el contacto con ellas.
- Aumentar el repertorio de mecanismos de afrontamiento de situaciones estresantes de la vida diaria.
- Enseñar como reconocer la realidad de forma objetiva, examinando la situación y elaborando planes contingentes para enfrentarnos a las situaciones de estrés. La técnica de resolución de problemas puede ser una buena estrategia.
- Ayudar a la reflexión y cambio de ideas irracionales (reconstrucción cognitiva). ^(5.25)

Contención psíquica o verbal

La primera pauta a seguir ante un paciente agitado es fomentar la verbalización. Es importante que no intervenga ningún miembro de la familia o acompañante, y sea el profesional quien la realice. Para ello es importante que el profesional cumpla los siguientes puntos:

- Debe presentarse e informar al paciente en todo momento de los procedimientos que se van a realizar.
- El profesional debe mantener una actitud tranquila y relajado, pero tener firmeza
- El profesional mantendrá un tono de voz suave, evitando las amenazas y manteniendo una conversación tranquila, con preguntas cortas y escucha activa y sin mostrar prejuicios hacia el paciente. Aunque no debe olvidar siempre limitar las conductas del paciente, diciéndole cuales se aceptaran

y cuáles no.

- El profesional actuara siempre de la forma más natural posible, sin mantener la mirada fija si no efectuando movimientos naturales con la vista.
- Es recomendable que se lleve a cabo siempre preservando la intimidad del paciente, por lo que se intentara llevar a cabo, en la medida de lo posible, esta técnica en un lugar tranquilo.
- El profesional no debe dejar de vigilar en todo momento los signos de violencia inminente como puede ser el aumento del tono de voz, tensión muscular, hiperactividad, nerviosismo etc.
- Se debe considerar la posibilidad de ofrecer medicación sedante por vía oral.⁽⁸⁾

Contención mecánica

La contención mecánica se puede definir como el proceso mediante el cual se restringe o suprime la movilidad total o parcial, de un paciente mediante la utilización de dispositivos adecuados, con el fin de evitar que se produzcan daños (al propio enfermo y/o a terceras personas o su entorno) cuando el paciente se encuentra en un estado de agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos y hayan fracasado otras alternativas como la contención verbal o farmacológica.^(8.1)

La principal causa de utilización de este método es la agitación psicomotriz la cual se define como un estado de excitación mental acompañado de intenso aumento de la actividad motora, manifestado por movimientos irreflexivos, continuados y desordenados, de inicio generalmente brusco, en respuesta a impulsos instintivos o afectivos variables, y exige una intervención terapéutica inmediata.^(8.2)

El estado de ánimo del paciente agitado se puede manifestar como nervioso, eufórico, colérico, y son frecuentes las risas, el llanto y los gritos incontrolables.^(12.1)

La agitación psicomotriz puede desencadenarse por diferentes etiologías entre las que destacan: trastornos endocrino-metabólicos; enfermedades

neurológicas; fármacos y tóxicos (abstinencia o abuso), siendo esta última la causa más frecuente del cuadro en urgencias. En estos casos puede darse alteración del nivel de conciencia, así como de la atención y la orientación y verse afectadas las constantes vitales, poco frecuente si el origen de la agitación es psiquiátrico (como en el caso de la esquizofrenia) ^(10.1)

La contención mecánica es una medida muy estresante para el paciente, por lo que en caso de que el paciente no ceda en su agitación, será el paso previo y necesario a una sedación farmacológica. La retirada de la inmovilización física se debe realizar progresivamente, observando la respuesta del paciente. Se retirará cada vez la sujeción de un solo miembro a intervalos de 5 minutos excepto los dos últimos que se retiraran a la vez. No se debe dejar nunca a un paciente sujeto por un solo miembro porque, además de poder soltarse, puede autolesionarse. ^(9.1)

El objeto de la contención mecánica es la protección del paciente, de otros pacientes, de la familia y/o del personal cuando han fracasado las anteriores medidas para contener la agitación. Su aplicación no siempre requiere que la situación violenta se haya producido, sino que los profesionales estimen de forma razonada que esta se puede producir de forma inminente. ^(12.2)

Por ello la utilización de este método debe cumplir una serie de criterios entre los que cabe destacar los siguientes:

La utilización de este método de contención debe cumplir los siguientes criterios:

1. Debe de estar siempre justificada y basarse en todo momento en la salud y La seguridad del paciente y de su entorno.
2. Esta debe de estar indicada de forma individualizada y debe tener un límite de tiempo.
3. Se utiliza como última medida terapéutica tras haber fracasado otras medidas de contención.
4. Además este procedimiento debe de estar siempre indicado por el médico responsable del paciente, pudiendo la enfermera tomar la decisión en situaciones de urgencias, pero con comunicación inmediata al médico. ^(8.3)

Cabe destacar que, como cualquier medida restrictiva, esta técnica también tiene contraindicaciones, como son:

- Cuando no exista indicación.
- Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención como la verbal y/o farmacológica.
- No puede ser utilizada como castigo o pena.
- La contención no puede estar condicionada por la antipatía hacia el paciente
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad sino con carácter delictivo.
- Para descanso del personal sanitario.
- Cuando no exista personal suficiente o sea una situación peligrosa, y técnicamente imposible (Ej.: paciente armado) ^(8.4)

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

El principal factor de riesgo para presentar agitación psicomotora o conducta agresiva es la existencia previa de alguno de los trastornos o condiciones mencionados previamente. Los siguientes factores predicen un mayor riesgo de agresividad:

- Sexo masculino.
- Edad joven.
- Antecedentes de agresividad.
- Violencia en la familia de origen.
- Número de hospitalizaciones previas.
- Desempleo reciente.
- Personalidad disocial.
- Alucinaciones auditivas que imparten órdenes.
- Consumo de sustancias adictivas. ^(11.1)

Complicaciones del uso inadecuado de la sujeción mecánica:

- Cianosis distal. - Edemas / hematomas.
- Dolores musculares / articulares.
- Compresión nerviosa. - Neumonía aspirativa.
- Estreñimiento. - Esguinces, luxaciones.
- Rechazo al tratamiento / temor de la persona a regresar al servicio. ^(11.2)

Ejecución de la contención mecánica.

El responsable de la indicación de dicha técnica será el médico responsable del paciente y siempre deberá de quedar reflejado en la historia clínica del paciente. Es importante saber las indicaciones y precauciones que hay que tomar a la hora de su realización, que son el protocolo de contención mecánica del Hospital Universitario de Canarias son las siguientes:

- El personal deberá tener en cuenta su integridad física y solicitar la presencia del servicio de seguridad de dicho centro si es necesario.
- El personal que vaya a realizar la técnica deberá de prescindir de cualquier objeto que resulte potencialmente peligroso (bolígrafos, collares, gafas, etc.), así como retirárselos al paciente, para asegurar la seguridad de ambos
- El material se prepara, en la medida de lo posible, antes de llevar a cabo la sujeción.
- Se alejará a los usuarios que estén en la zona
- Para realizar una contención de forma segura tanto para el paciente como para el personal, deben participar como mínimo 4 personas, siendo lo ideal 5, ya que de esta manera se podría poner una persona por cada extremidad y otra en la cabecera para dirigir el procedimiento.
- Antes de iniciar dicho procedimiento el equipo deberá concretar el plan de actuación y este se iniciara cuando el profesional designado crea oportuno^(8.5)



Figura 2-4. ■ Las sujeciones se utilizan únicamente en urgencias relacionadas con la conducta cuando corre riesgo la seguridad del paciente o de los demás. *Fuente:* Precision Video and Photography.

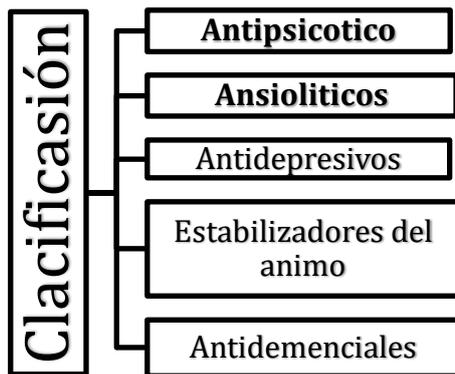
Figura de libro (7)

Psicofarmacología

El uso de medicaciones psicótropas para tratar trastornos mentales marca el principio de una nueva era en el tratamiento de los problemas de salud mental. Más importante fue el descubrimiento de que la medicación podría influir sobre el estado la química del cerebro que marcó el comienzo de la asimilación de que los estados cerebrales biológicos influyen sobre el estado mental y el ánimo. ^(13.1)

Las enfermeras tienen la responsabilidad profesional de mantener actualizadas en cuanto a sus conocimientos de los nuevos medicamentos, sus indicaciones clínicas y efectos secundarios. Los pacientes tratados con medicamentos psicótropos deben ser supervisados estrechamente por posibles efectos adversos. ^(13.2)

Describiremos brevemente algunas medicaciones más utilizadas en el servicio de salud mental según las clasificaciones principales, los síntomas diana, los efectos adversos, dosis y las intervenciones específicas de enfermería.



Cuadro propio

Los principales grupos de fármacos que se usan en la clínica psiquiátrica desde el punto de vista de su utilidad práctica y no desde sus características farmacológicas. Un psicólogo o enfermero que está tratando a una persona a la que se le ha prescrito una medicación tiene que saber para qué sirve, cómo actúa, qué efectos secundarios tiene. ^(14.1)

En las últimas décadas multitud de estudios han demostrado que existe una serie de fármacos efectivos para tratar diversos síntomas psiquiátricos, como la depresión, la ansiedad, las alucinaciones, los delirios, etc. Las investigaciones, surgidas inicialmente de observaciones empíricas, se han ido desarrollando paralelamente al conocimiento de los mecanismos neuroquímicos de muchos de esos trastornos, logrando avances significativos en varios campos. Ahora bien, para que estos fármacos tengan esa eficacia en cada uno de los sujetos a los que se les indica, deben llegar en cantidades adecuadas al cerebro. Esto depende, además del cumplimiento del tratamiento indicado, de su absorción, distribución, metabolismo, eliminación y paso a través de la barrera hematoencefálica. Desde el punto de vista farmacológico son aspectos fundamentales para la actuación final de un fármaco su mecanismo de acción, su farmacocinética y su farmacodinámica. ^(13.3)

La farmacocinética describe qué hace el organismo con el fármaco una vez ingerido. Las cuatro fases fundamentales que caracterizan esta acción son:

- a) La absorción.
- b) La distribución.
- c) El metabolismo.
- d) La excreción o eliminación. ^(14.2)

Conocer estos factores farmacocinéticos permite saber el tiempo que tardará en hacer efecto un fármaco una vez administrado y su duración tras su supresión, así como la frecuencia de la administración para mantener los efectos deseados. Tanto el género como la edad afectan a la farmacocinética de los fármacos. En las personas mayores hay una serie de cambios en las distintas fases farmacocinéticas que hacen que los fármacos permanezcan más tiempo en el organismo, acumulándose y produciéndose efectos tóxicos si no se regulan las dosis. ^(14.3)

La farmacodinamia describe qué produce el fármaco en el organismo, tanto los efectos deseables como los indeseables.

Estas respuestas dependen de:

- a) Las concentraciones críticas del fármaco en los lugares de acción: los receptores, los segundos mensajeros y las enzimas.
- b) Algunas propiedades dinámicas, como la curva dosis respuesta, el índice terapéutico, los fenómenos de tolerancia y la dependencia.

Respecto al denominado "índice terapéutico" permite conocer el grado de seguridad de un fármaco, ya que se define como el cociente entre la dosis tóxica media (con la que el 50% de los pacientes experimenta efectos tóxicos) y la dosis efectiva media (con la que el 50% de los pacientes experimenta efectos terapéuticos). ^(14.4)

La "tolerancia" es el fenómeno según el cual un fármaco produce menos efectos terapéuticos cuando se administra durante mucho tiempo.

No todos dan lugar al mismo grado de tolerancia y dependencia; muchos fármacos que no originan dependencia pueden dar lugar a una serie de síntomas adversos cuando se reduce de un modo brusco la dosis. Este fenómeno recibe

el nombre de "síndrome de discontinuación". Esto ocurre en el caso de algunos fármacos antidepresivos que actúan sobre la serotonina y puede reducirse si se disminuye la dosis de un modo progresivo. (14.5)

Antipsicóticos

Los antipsicóticos se han llamado también "neurolepticos" (por su capacidad de producir efectos de tipo extrapiramidal) y "tranquilizantes mayores" por su gran poder de sedación; pero en la actualidad es su capacidad para reducir las alucinaciones y los delirios que se dan en las psicosis la que mejor define su acción. Se usan en distintos tipos de psicosis: esquizofrénica, esquizofreniforme, esquizoafectiva, delirante crónica, reactiva breve, depresiva o maníaca o secundariamente al empleo de sustancias o de una afectación orgánica cerebral. (14.6)

Los medicamentos antipsicóticos se subdividen en agentes típico y atípico. Los típicos bloquean los receptores de dopamina en el cerebro afectando a la liberación y el recambio de la dopamina; los efectos periféricos incluyen además bloqueo alfa-adrenérgico y efecto anticolinérgico. (13.4) aunque no modifica los síntomas negativos de la esquizofrenia. Además, presentan síntomas secundarios de tipo extrapiramidal. (14.7)

Los fármacos antipsicóticos atípicos difieren de los agentes antipsicóticos tradicionales en su capacidad de actuar bloqueando el receptor de serotonina. Este bloqueo simultáneo puede ser responsable de la mayor eficacia de estos fármacos para mejorar los síntomas negativos de la esquizofrenia, con menos efectos adversos extrapiramidales. (13.5)

DOSIFICACIÓN Y FORMAS DE ADMINISTRACIÓN

La estrategia de elección del fármaco se basa en su perfil de acción clínica y de efectos adversos, en la historia de respuesta previa del sujeto y en la respuesta subjetiva al inicio del tratamiento. Su administración por vía intramuscular alcanza niveles plasmáticos terapéuticos a los 30 min., mientras que esto se produce a los 90 si es por vía oral; este hecho debe tenerse en cuenta si se busca una sedación rápida del enfermo. Se recomienda la utilización de los

antipsicóticos atípicos como primera elección por la menor presencia de síntomas secundarios extrapiramidales, la mejora de los síntomas negativos y su eficacia probada en los síntomas positivos. ^(14.8)

Se puede comenzar una reducción lenta y progresiva de la dosis hasta alcanzar la dosis mínima eficaz y, a veces, la reducción completa. ^(14.9)

VÍA ORAL: La vía oral de administración de medicamentos es la vía de administración más cómoda, segura y económica, de elección siempre que sea posible. Sin embargo, para obtener la máxima seguridad y eficacia del uso de los medicamentos hay que tener en cuenta aspectos como la biodisponibilidad, la tolerancia gastrointestinal, las interacciones, tanto entre fármacos administrados simultáneamente o no, como entre fármaco y alimento, así como los efectos adversos más fácilmente reconocibles. ^(15.1)

VÍA INTRAMUSCULAR: Vía de administración a través de la musculatura esquelética que se utiliza para administrar fármacos líquidos o suspensión que se absorben mal o se degradan fácilmente cuando son administrados por vía oral; también se utiliza en pacientes quirúrgicos o con vómitos, y para asegurar el cumplimiento terapéutico. Se consigue un efecto rápido, ya que la rica vascularización del músculo permite una rápida absorción, excepto con los medicamentos de liberación lenta, que logran un efecto más prolongado. ^(16.1)

Vía endovenosa:

INTRAVENOSA DIRECTA

Los medicamentos administrados por vía IV directa se administran muy lentamente durante al menos 1 minuto. La administración de un medicamento por vía intravenosa elimina el proceso de absorción y descomposición del fármaco al depositarlo directamente en la sangre. Esto resulta en la elevación inmediata de los niveles séricos y una alta concentración en órganos vitales, como el corazón, el cerebro y los riñones. ^(17.1)

PERFUSION CONTINUA

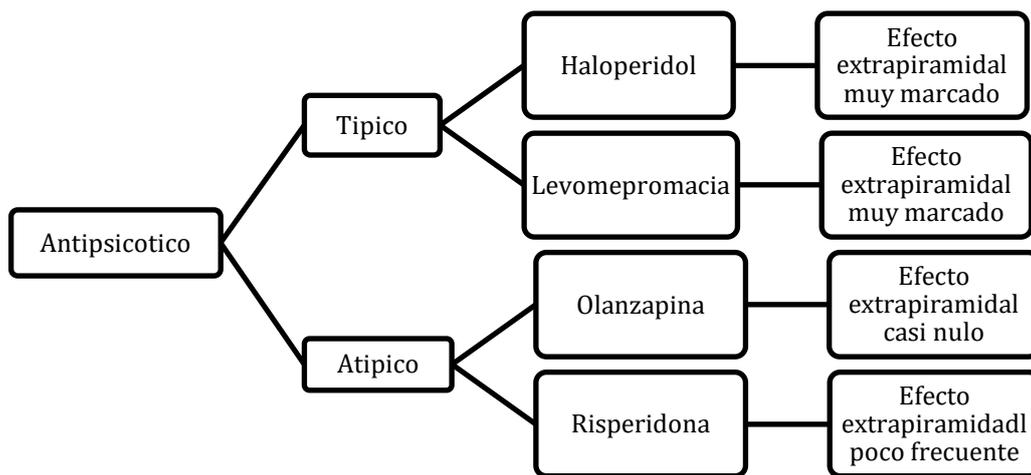
Se utiliza cuando el volumen de fluidos a administrar supera los 250cc. El tiempo de infusión es igual o superior a 4 horas. Tiene como objetivo mantener un nivel

plasmático del medicamento constante, o por tener una vía disponible para cualquier situación (17.2)

EFFECTOS ADVERSOS

Los pacientes que toman medicamentos antipsicóticos deben ser vigilados estrechamente por la posibilidad de que se produzcan efectos adversos. (13.6)

El riesgo mayor es la aparición de efecto adverso, como reacciones extrapiramidales y discinesia tardía y el efecto secundario más grave y potencialmente fatales es el síndrome neuroleptico maligno. (13.6)



Cuadro propio

Ansiofíticos

Los medicamentos ansiofíticos, o antiansiedad, se utilizan para tratar los trastornos de ansiedad generalizada y proporcionan alivio en los estados de ansiedad aguda. Los síntomas de ansiedad pueden incluir:

- Palpitaciones cardiacas
- Sudación
- Temblor o tiritona
- Disnea
- Dolor o molestia en tórax

- Nauseas
- Mareos
- Sensaciones de irrealidad
- Miedo a perder el control o a morir escalofrió
- Entumecimiento. ^(13.7)

Su utilización masiva (en casi todos los países las BZD son los psicofármacos más prescritos) ha levantado la alarma, ya que, aunque con un perfil de efectos secundarios menos peligroso, da lugar a dependencia cuando se emplea repetidamente. Las recomendaciones van en la línea de un uso restringido de estos productos y durante períodos cortos (los ingleses aconsejaban no prescribirlas durante más de dos meses) y utilizando otras medidas no farmacológicas (relajación, técnicas de manejo del estrés, psicoterapia, etcétera) en primer lugar. ^(14.10)

Las benzodiazepinas tienen potencial de dependencia psicológica y física, y no deben ser utilizadas con otros depresores del sistema nervioso central. ^(13.8)

La intoxicación por BZD es relativamente común, ya que estos fármacos se utilizan mucho en las intoxicaciones medicamentosas con finalidad autolítica. Los síntomas de esta sobredosis son los recogidos como efectos secundarios, pero en grado máximo, llegando al coma y a la depresión respiratoria. Su tratamiento consiste en la administración de un antagonista del receptor benzodiazepínico, como es el flumazenil. ^(14.11)

Las medicaciones ansiolíticas son:

Lorazepam

Clonazepam

DOSIFICACIÓN Y FORMAS DE ADMINISTRACIÓN

Lorazepam: VO, IM, EV

Clonazepam: VO

Vía oral: La vía oral de administración de medicamentos es la vía de administración más cómoda, segura y económica, de elección siempre que sea

posible. Sin embargo, para obtener la máxima seguridad y eficacia del uso de los medicamentos hay que tener en cuenta aspectos como la biodisponibilidad, la tolerancia gastrointestinal, las interacciones, tanto entre fármacos administrados simultáneamente o no, como entre fármaco y alimento, así como los efectos adversos más fácilmente reconocibles. ^{15.2}

Vía intramuscular: Vía de administración a través de la musculatura esquelética que se utiliza para administrar fármacos líquidos o suspensión que se absorben mal o se degradan fácilmente cuando son administrados por vía oral; también se utiliza en pacientes quirúrgicos o con vómitos, y para asegurar el cumplimiento terapéutico. Se consigue un efecto rápido, ya que la rica vascularización del músculo permite una rápida absorción, excepto con los medicamentos de liberación lenta, que logran un efecto más prolongado. ^{16.2}

Vía endovenosa:

INTRAVENOSA DIRECTA

Los medicamentos administrados por vía IV directa se administran muy lentamente durante al menos 1 minuto. La administración de un medicamento por vía intravenosa elimina el proceso de absorción y descomposición del fármaco al depositarlo directamente en la sangre. Esto resulta en la elevación inmediata de los niveles séricos y una alta concentración en órganos vitales, como el corazón, el cerebro y los riñones. ^{17.3}

PERFUSION CONTINUA

Se utiliza cuando el volumen de fluidos a administrar supera los 250cc. El tiempo de infusión es igual o superior a 4 horas. Tiene como objetivo mantener un nivel plasmático del medicamento constante, o por tener una vía disponible para cualquier situación ^{17.4}

EFFECTOS SECUNDARIOS

En general los efectos secundarios de los ansiolíticos e hipnóticos son pocos y suelen desaparecer con un ajuste de dosis. Muchos guardan relación directa con la cantidad de fármaco administrado. Hay unos efectos comunes sobre el sistema nervioso central que son una extensión de los propios efectos sedantes.

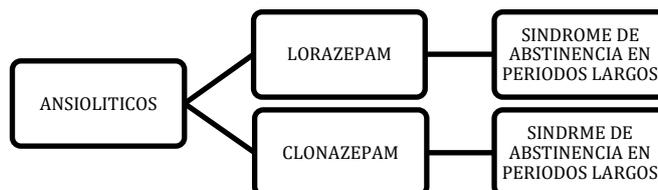
Pueden producirse reacciones paradójicas e intoxicación al aumentar la dosis. El incremento de la tolerancia y la aparición de dependencia constituyen unos de los efectos adversos más importantes en la administración de BZD. ^(14.12)

Efectos adversos

- Somnolencia, fatiga, debilidad, confusión, nistagmo, dolor de cabeza, mareos y disartria.
- Disminución de la coordinación de los movimientos y según la dosis, ataxia.
- Amnesia anterógrada, reducción de la capacidad intelectual y de la concentración y confusión y desorientación, sobre todo en personas mayores.
- Reacción paradójica con agitación. ^(13.9)

Síndrome de abstinencia de BZD, puede causar:

- Ansiedad
- Irritabilidad
- Fatiga
- Cefalea
- Espasmos o dolores musculares
- Temblor e inestabilidad
- Sudoración
- Mareos
- Dificultades de concentración
- Hipersensibilidad a los estímulos
- Náuseas y pérdida de apetito. ^(14.13)



Ley de salud mental 26657

Como establece la ley garantiza los derechos de los pacientes neuropsiquiátrico a no ser discriminados, a la atención y protección en un ambiente apto con resguardo de su intimidad entre otros, si una persona con padecimiento mental necesita atención en salud mental. Tienen derecho a ser atendido en el hospital general, si el hospital rechaza la atención por el solo hecho de tratarse de un problema de salud mental, comete un acto discriminatorio. Es por ese motivo que la ley busca la desmanicomialización de los manicomios a integrarlos a los hospitales generales donde pueden tener mejor atención desde el padecimiento mental hasta problemas de salud física, por lo que los hospitales generales son polivalentes, tienen los recursos necesarios.

Por lo cual nos basamos en los siguientes capítulos con sus correspondientes artículos de dicha ley los cuales fueron relevantes en nuestro trabajo de investigación de pacientes con intento de autoeliminación.

(Ver ANEXO N°3) (BIOGRAFIA N°6)

CAPÍTULO I

DERECHOS Y GARANTÍAS¹⁸

ARTÍCULO 1º

CAPÍTULO II

DEFINICIÓN

ARTÍCULO 3º.

CAPÍTULO IV

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL¹⁸

ARTÍCULO 7º.

CAPÍTULO V

MODALIDAD DE ABORDAJE¹⁸

ARTÍCULO 8º.-

ARTÍCULO 12.-

CAPÍTULO VI

DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO¹⁸

ARTÍCULO 13

CAPÍTULO VII

INTERNACIONES¹⁸

ARTÍCULO 14.-

ARTÍCULO 15.-

ARTÍCULO 18

ARTÍCULO 20.-

ARTÍCULO 28.-

(Ver ANEXO N°3) (BIOGRAFIA N°18)

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

La metodología usada en esta investigación es de enfoque cuantitativo: La información que se desarrollará a lo largo de la investigación será obtenida mediante una medición numérica de casos que puede ser contabilizado.

Descriptivo: por que permitirán describir las características de los enfermeros de forma amplia y así también el fenómeno que los afecta.

Transversal: porque se estudia aun grupo de profesionales dentro de un tiempo determinado.

Área de estudio

En el servicio de salud mental del 1º piso del hospital central en la Avenida Alem 450 esquina Salta de la Ciudad de Mendoza, Argentina.

Universo y muestra

UNIVERSO: Está constituido por el personal de enfermería del servicio de salud metal, vascular periférico.

MUESTRA: Nos basaremos en la población total de 14 enfermeros en el servicio de salud mental del hospital central.

VARIABLES

Variables	Dimensión	Indicadores
	1-Sexo	a) 20 a 29 b) 30 a 39 c) 40 a 49 d) 50 a 59 e) 60 o más
	2-Edad	a) Femenino b) Masculino c) Otros

VARIABLE DEMOGRÁFICO	3-Nivel de formación	a) Auxiliar b) Profesional c) Universitario d) Licenciado
	4-Años de antigüedad en el hospital	a) Menos de 2 años b) 2 a 5 años c) 5 a 10 años d) Más de 10 años
	5-Con respecto a salud mental has realizado algún tipo de capacitación (cursos, talleres, charlas, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	6-Dicha capacitación fue brindada por:	a) Institución donde se desempeña b) Particular c) A Y B
	7-En las personas con intento de autoeliminación ¿Cuál es la causa principal?	a) Agresividad b) Problemas de la conducta c) Depresión d) Apatía
	8-¿Qué elementos te parecen que son de riesgo para el paciente de intento de autoeliminación en el servicio durante su estadía?	a) Perfus b) cordones de zapatillas c) sabanas d) cepillo de dientes e) Todas son correctas

VARIABLE TÉCNICO	9- De los siguientes métodos de recolección de información en enfermería ¿Cuál es el principal método?	<ul style="list-style-type: none"> a) Técnicas de observación. b) Entrevista. c) Inventarios de calificación. d) Inspección.
	10-¿A qué se define como el proceso de mirar con un propósito?	<ul style="list-style-type: none"> a) La entrevista b) Los inventarios c) La escucha activa d) La observación
	11- La mayoría de las personas que tienden al suicidio presentan varias fases antes de llegar a la misma. Ordene las siguientes fases del 1 al 6.	<ul style="list-style-type: none"> 1- Fase ideativa 2- Fase deliberativa 3- Fase decisiva 4- Fase dilatoria 5- Fase operativa 6- Fase ejecutiva
	12- Los patrones funcionales de Marjory Gordon son un proceso continuo con un fin que incluye varias acciones ¿Cuáles son?	<ul style="list-style-type: none"> a) La obtención, interpretación y organización de la información. b) La obtención, interpretación y verificación de la información. c) La interpretación, verificación y organización de la información. d) Todas son

		correctas.
	13- La mímica y la expresión facial son parámetros que deben valorarse en el patrón de:	<ul style="list-style-type: none"> a) Percepción y mantenimiento de la salud b) Rol y relaciones c) Actividad y ejercicio d) Sueño y descanso
	14- Desde el punto de vista del enfermero ¿Qué disminuiría la conducta autolesiva y suicida del paciente?	<ul style="list-style-type: none"> a) Demostrar interés sobre su estado de bienestar. b) Abstenerse a críticas negativas. c) Quitar las sábanas de la habitación. d) Realizar una vigilancia intensiva que no sea evidente para persona.
	15- ¿Cuál sería el mejor conocimiento para afrontar las situaciones conflictivas?	<ul style="list-style-type: none"> a) Valorar el estado de ánimo durante el día. b) Animar a establecer relaciones terapéuticas con personas

		<p>significativas.</p> <p>c) Controlar los riesgos potenciales del entorno.</p> <p>d) Colocar en un lugar menos restrictivo posible.</p>
	<p>16- En caso de excitación psicomotriz ¿qué contención ejecutarías en primer lugar?:</p>	<p>a) Contención mecánica</p> <p>b) Contención verbal</p> <p>c) Contención farmacológica</p> <p>d) La que considere el profesional</p>
	<p>17- ¿Cuál es la causa más frecuente para el uso de la contención mecánica?</p>	<p>a) Agitación psicomotriz</p> <p>b) Amenazas o conductas no adecuadas</p> <p>c) Intentos de fugas reiterados</p> <p>d) Ninguna de las anteriores</p>
	<p>18- Legalmente, ¿quién es el responsable de indicar la contención mecánica?</p>	<p>a) Un médico.</p> <p>b) Un médico, pudiendo ser está pautada por la enfermera en</p>

		<p>situaciones de urgencia.</p> <p>c) La enfermera referente del turno.</p> <p>d) La persona que vaya a llevar a cabo dicho procedimiento.</p>
	<p>19- Para realizar una contención de forma segura, ¿Cuántas personas debe participar?</p>	<p>a) Mínimo 2 personas</p> <p>b) Todo el personal que esté disponible en el momento de la ejecución</p> <p>c) Mínimo 4 personal, siendo lo ideal</p> <p>d) Una sola persona puede llevar a cabo la contención mecánica.</p>
	<p>20-¿En qué orden se debe realizar la sujeción?</p>	<p>a) Cintura, miembros inferiores, miembros superiores.</p> <p>b) Miembros superiores, cintura, miembros inferiores</p>

		<p>c) Cintura, miembros superiores, miembros inferiores</p> <p>d) El orden lo debe decidir la persona que esté llevando a cabo la sujeción.</p>
VARIABLE FARMACOLÓGICO	21- Según la psicofarmacología en salud mental ¿cómo se clasifica el haloperidol?	<p>a) Ansiolítico</p> <p>b) Antipsicótico</p> <p>c) Antidepresivos</p> <p>d) Estabilizadores del animo</p>
	22-Cuál es el efecto adverso de riesgo mayor con las medicaciones antipsicóticas.	<p>a) Efecto extrapiramidal</p> <p>b) Discinesia tardía</p> <p>c) Síndrome neuroléptico maligno.</p> <p>d) Amenorrea.</p>
	23- ¿cuál de estas medicaciones antipsicóticas son típicas?	<p>a) Levomepromazina</p> <p>b) Olanzapina</p> <p>c) Clonazapina</p> <p>d) Risperidona</p>
	24- ¿cuál de estas medicaciones presenta efecto extrapiramidal muy marcada?	<p>a) Clonazepam</p> <p>b) Lorazepam</p> <p>c) Haloperidol</p> <p>d) Olanzapina</p>

	25- ¿Cuál de los siguientes fármacos es un ansiolítico?	a) Clozapina b) Clonazepam c) Risperidona d) Levomepromazina
	26- De la siguiente medicación ¿Cuál produce síndrome de abstinencia en dosis alta o en tratamientos prolongados?	a) Clonazepam b) Aripiprazol c) Lorazepam d) A y B son correctas
VARIABLE LEGAL	27- ¿En qué año se implementó la ley de salud mental?	a) 2011 b) 2010 c) 2012 d) 2009
	28- ¿Cuál es el número de la ley de salud mental actualmente vigente en nuestro país?	a) Ley de salud mental 26658 b) Ley de salud mental 26657 c) Ley de salud mental 27667 d) Ley de salud mental 26656
	29- Basándonos en la ley de salud mental ¿Qué	a) Psicología, psiquiatría,

	<p>áreas intervienen en el tratamiento o abordaje de un paciente institucionalizado?</p>	<p>trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.</p> <p>b) Psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.</p> <p>c) Psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.</p> <p>d) Psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, otras disciplinas o campos pertinentes y la familia</p>
	<p>30- Con respecto a su servicio ¿Qué cosas mejorarías?</p>	

Técnicas e instrumentos de recolección de datos análisis

Fuente Primaria: Para la obtención de datos se utilizó la muestra total de 14 enfermeros entre ellos (enfermero auxiliar, profesional, universitarios y Licenciados en enfermería) para ello se aplicó una encuesta de 29 preguntas de múltiple opción y 1 pregunta abierta.

Fuente secundaria: Se consultaron distintas bibliografías, sitios de internet y trabajos de investigación que tenían similitud en cuanto al tema de nuestro trabajo de investigación.

Análisis y procesamiento de datos

Luego de solicitar un permiso a las autoridades del Hospital se procedió a realizar una encuesta de 30 preguntas al personal de enfermería del servicio de salud mental. Se realizó de forma individual, voluntaria, anónima con fines académicos únicamente que demoro una semana aproximadamente para obtener los datos de cada encuesta.

Presentación de los datos

Una vez obtenida la información se utilizó Microsoft Excel donde se realizó una tabla matriz, luego se plasmó las respuestas correctas e incorrectas en un cuadro donde se dividía en 4 variables con sus respectivas preguntas los cuales son: Variables demográficas, variables técnicas, variables farmacológicas y variable legal.

Una vez plasmado los resultados de la encuesta se empezó a realizar gráficos de resultados de cada pregunta con sus respectivos comentarios para una mejor interpretación sobre el nivel de conocimiento que tienen los enfermeros.

La técnica de recolección que se utilizó para realizar una investigación que fue a través de una encuesta que contenía 30 preguntas que se dividían en 4 variables los cuales son demográfico, técnico, farmacológico y legal, con sus

correspondientes dimensiones e indicadores.

La encuesta se realizó mediante correo electrónico de carácter anónimo e individual para el personal de enfermería.

CAPÍTULO III: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS.

Resultados

1) Caracterización según edad.

1.Edad	FA
A. 20 a 29	6
B. 30 a 39	2
C. 40 a 49	1
D. 50 a 59	2
E. 60 0 mas	3
Total	14

Tabla 1. Caracterización por edades del personal de salud mental

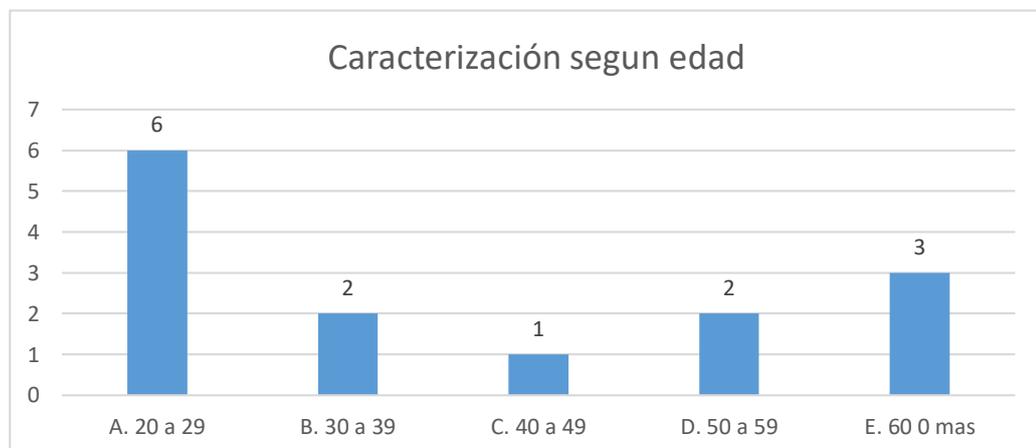


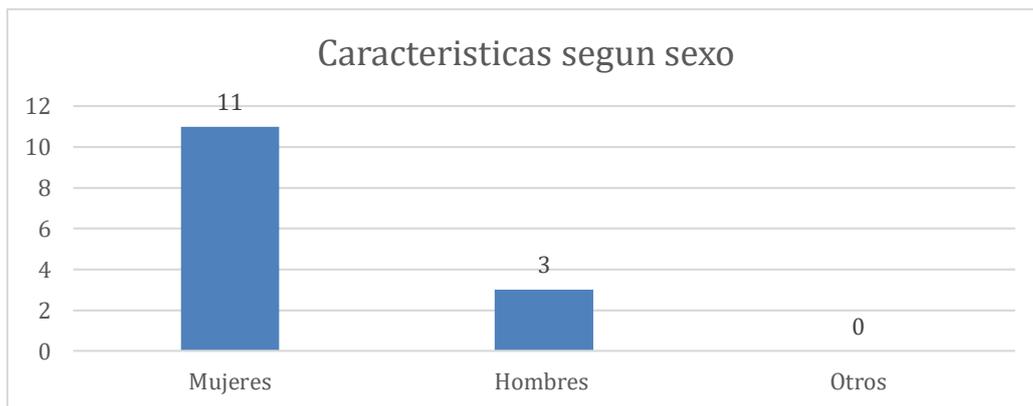
Gráfico 1. Caracterización por Edades.

Comentario: Se observó un predominio de población joven (20 a 29 años) de 6 enfermeros siendo el 43% del servicio de salud mental en segundo lugar tenemos a la población adulto mayor (60 o más) de 3 enfermeros siendo el 22%, en tercer lugar, tenemos a los adultos jóvenes y mayores de (30 a 39) de 2 enfermeras siendo el 14%, de (50 a 59) de 2 enfermeros siendo el 14% y por ultimo tenemos a la población adulto joven de (40 a 49) de un enfermero siendo el 7%.

2) Características según sexo.

P2	FA
Mujeres	11
Hombres	3
Otros	0
total	14

Tabla 2. Característica según sexo



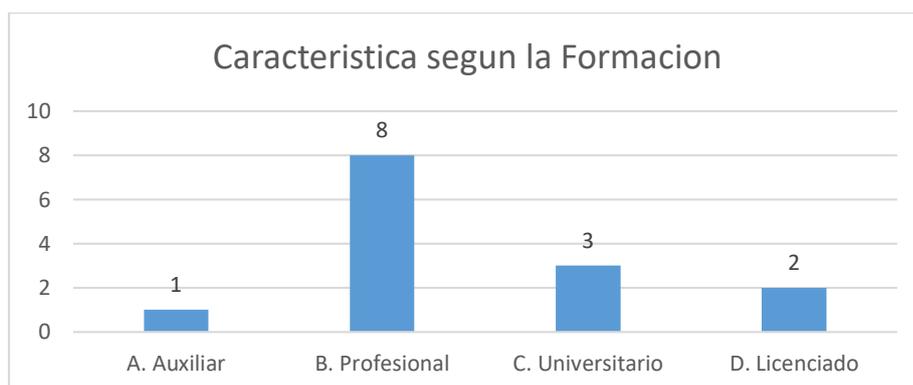
Comentario: Se observó un predominio de 11 mujeres que corresponden el 79% del total del personal del servicio y en segundo lugar tenemos 3 hombres que corresponde el 21% del total y por ultimo otros siendo el 0%.

Existe una mayor proporción de mujer en el servicio de salud mental del hospital central

3) Característica según la Formación.

P3	FA
A. Auxiliar	1
B. Profesional	8
C. Universitario	3
D. Licenciado	2
Total	14

Tabla 3. Característica según la Formación.

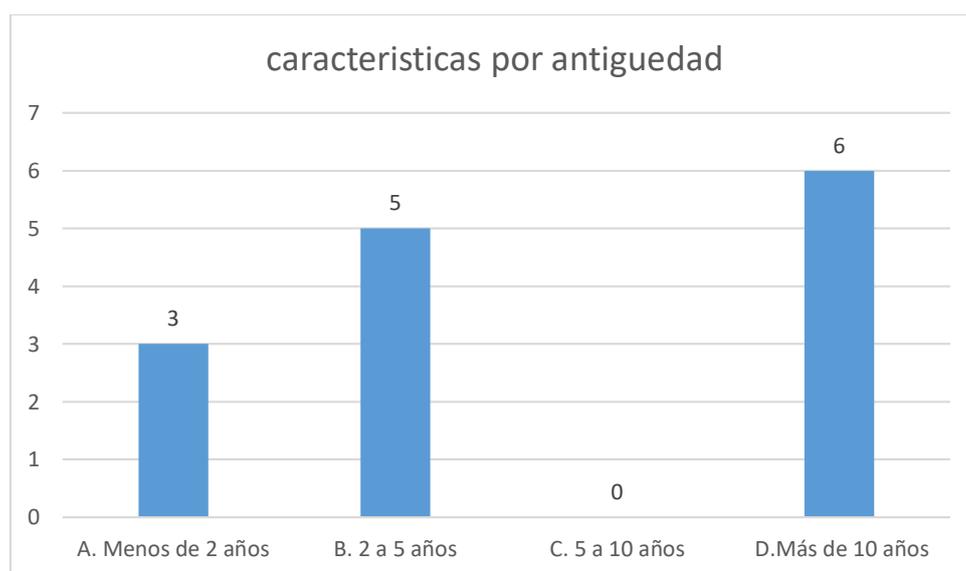


Comentario: Se observa un predominio de 8 Profesionales que corresponde el 57% del total en segundo lugar 3 universitarios siendo el 22%, tercer lugar 2 licenciados siendo el 14% y por ultimo un auxiliar siendo el 7%.

4) Características de años de antigüedad.

P4	FA
A. Menos de 2 años	3
B. 2 a 5 años	5
C. 5 a 10 años	0
D. Más de 10 años	6
Total	14

Tabla 4. Características según su antigüedad



Comentario: se observó un leve predominio de antigüedad los de más de 10 años (43%) 6 enfermeros sobre los de 2 a 5 años (36%) 5 enfermeros, en tercer lugar, los menores de 2 años (21%) 3 enfermeros y por ultimo 5 a 10 años (0%) 0 enfermeros.

5) Características de capacitación.

P5	FA
Si	14
No	0
Total	14

Tabla 5. Característica según la capacitación

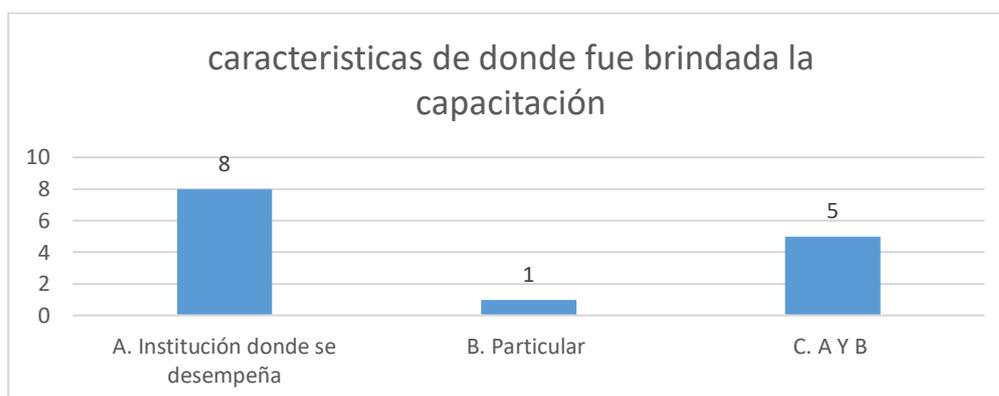


Comentario: se observa una capacitación del 100% del personal de enfermería en el servicio de salud mental y el 0% de personal no capacitado.

6) Características de quien fue brindada la capacitación.

P6	FA
A. Institución donde se desempeña	8
B. Particular	1
C. A Y B	5
Total	14

Tabla 6. Características según de quien fue brindada la capacitación

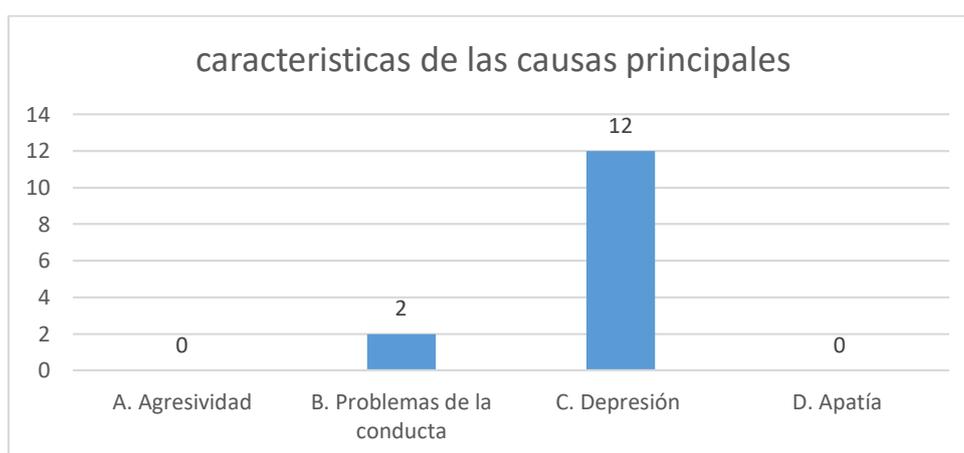


Comentario: Se observa un predominio de que el personal de enfermería fue capacitado en la institución donde se desempeña siendo 8 enfermeros del 57%, en segundo lugar, es A Y B siendo 5 enfermeros del 36% y por ultimo particular siendo 1 enfermero (7%) del total del personal.

7) Características de las causas principales por intento de autoeliminación.

P7	FA
A. Agresividad	0
B. Problemas de la conducta	2
C. Depresión	12
D. Apatía	0
Total	14

Tabla 7. Característica según las causas principales.

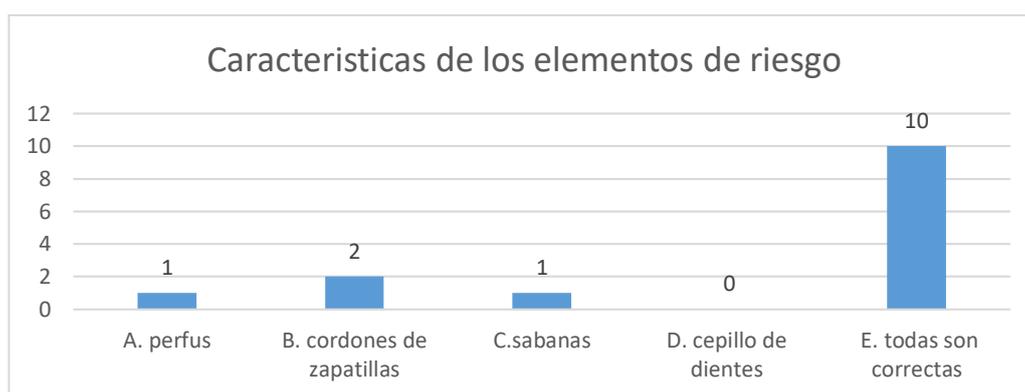


Comentario: Se observa un predominio de las causas principales de intento de autoeliminación en la respuesta (c. depresión) siendo 12 enfermeros del 86% del total estando la respuesta correcta y en segundo lugar la respuesta (B. Problemas de la conducta) siendo 2 enfermeros del 14% por último la respuesta (A Y D) 0%.

8) Característica de los elementos de riesgo.

P8	FA
A. Perfus	1
B. Cordones de zapatillas	2
C. Sabanas	1
D. Cepillo de dientes	0
E. Todas son correctas	10
Total	14

Tabla 8. Característica según los elementos de riesgo.

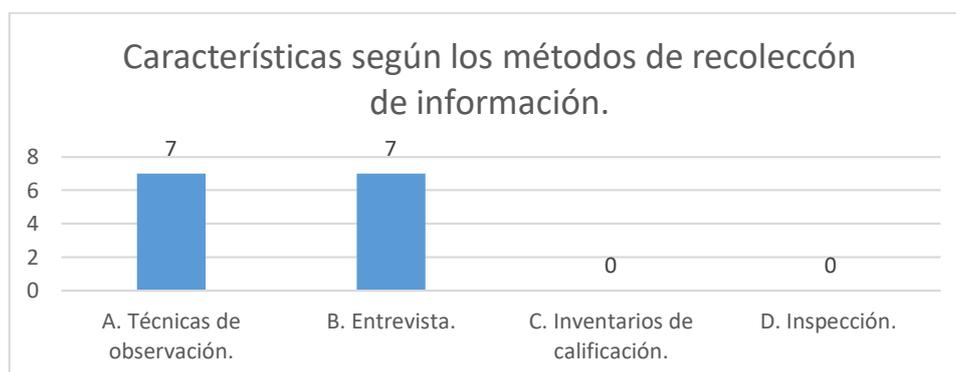


Comentario: Se observa un predominio de la respuesta (E. todas son correctas) 10 enfermeros del 72% del total siendo la respuesta correcta en segundo lugar la respuesta (B. cordones de zapatillas) 2 enfermeros del 14% del total siendo una de las respuestas incorrectas y por ultimo (A Y B) un enfermero por cada pregunta siendo el 7% de cada uno y (D) el 0% siendo las respuestas incorrectas.

9) Característica de los métodos de recolección de información.

P9	FA
A. Técnicas de observación.	7
B. Entrevista.	7
C. Inventarios de calificación.	0
D. Inspección.	0
Total	14

Tabla 9. Característica según los métodos de recolección de información.

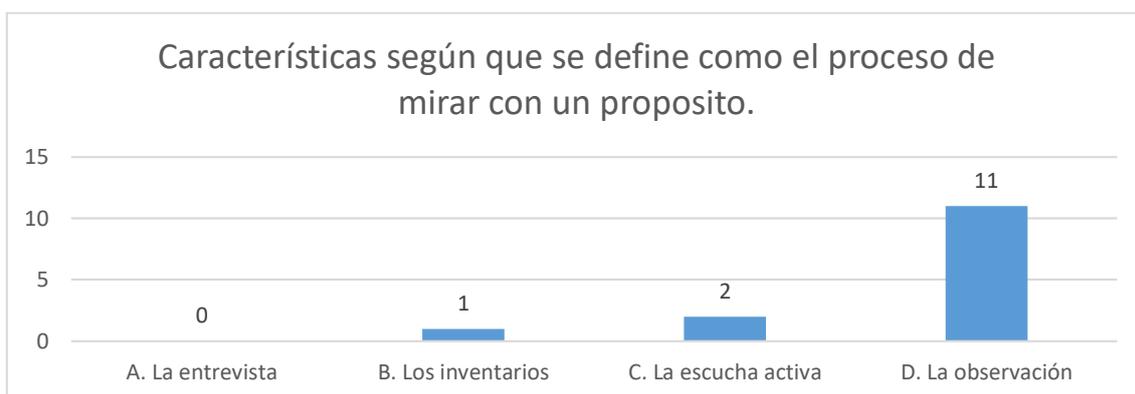


Comentario: Se observa una igualdad entre 2 métodos de recolección respuesta (A. técnicas de observación y B. entrevista) de 7 enfermeros cada respuesta siendo el 50% cada respuesta, pero siendo la respuesta correcta.

10) Características según que se define como el proceso de mirar con un propósito.

P10	FA
A. La entrevista	0
B. Los inventarios	1
C. La escucha activa	2
D. La observación	11
Total	14

Tabla 10. Características según que se define como el proceso de mirar con un propósito.

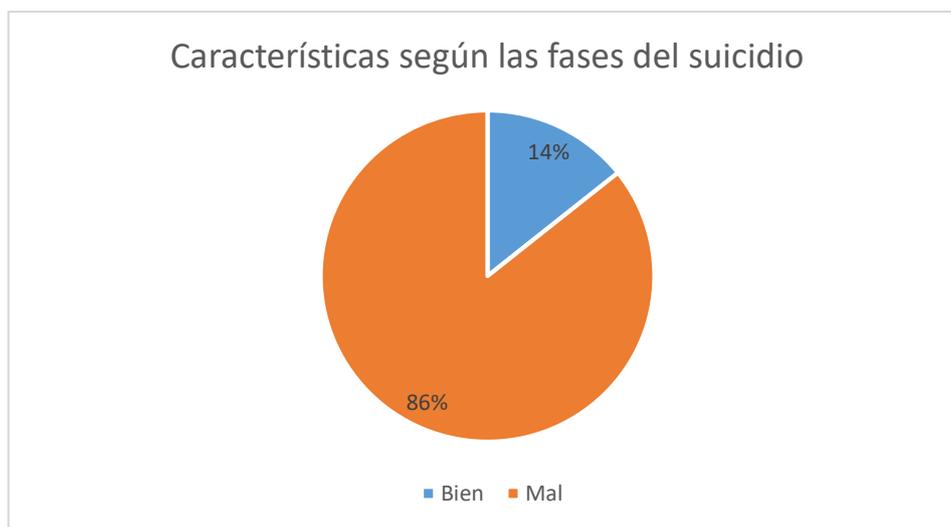


Comentario: Se observa un predominio de la respuesta (D. La Observación) de 11 enfermeros del 79% del total siendo la respuesta correcta, en segundo lugar, la respuesta (C. La escucha activa) 2 enfermeros del 14% y por último la respuesta (B. los inventarios) 1 enfermero 7% y respuesta (A. la entrevista) 0 enfermeros 0%.

11) Características según las fases del suicidio.

P11	FA
Bien	2
Mal	12

Tabla 11. Características según las fases del suicidio.

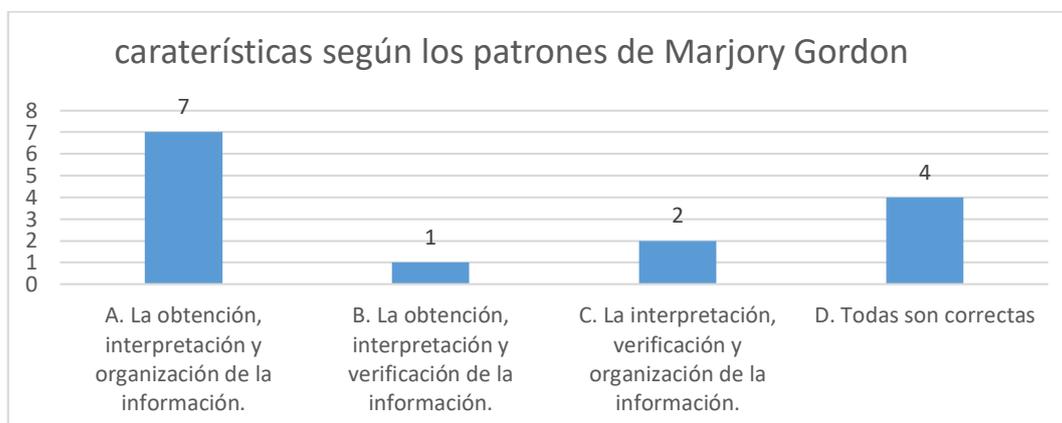


Comentario: Se observa un predominio de las respuestas incorrectas de las fases del 86% y en segundo lugar se encuentra el 14% siendo la minoría de los enfermeros en poder ordenar las fases correctamente.

12) Características según los patrones de Marjory Gordon.

P12	FA
A. La obtención, interpretación y organización de la información.	7
B. La obtención, interpretación y verificación de la información.	1
C. La interpretación, verificación y organización de la información.	2
D. Todas son correctas	4
Total	14

Tabla 12. Características según los patrones de Marjory Gordon

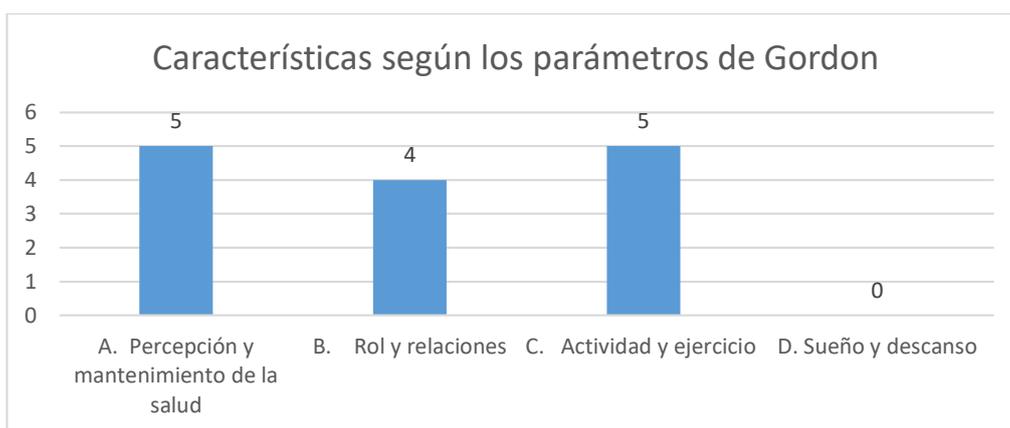


Comentario: Se observa un predominio de la respuesta (A) 7 enfermeros del 50% del total siendo la respuesta correcta, en segundo lugar, la respuesta (D) 4 enfermeros del 29%, en tercer lugar, la respuesta (C) 2 enfermeros del 14%, en último lugar la respuesta (B) 1 enfermero del 7% del total.

13) Características según los parámetros.

P13	FA
A. Percepción y mantenimiento de la salud	5
B. Rol y relaciones	4
C. Actividad y ejercicio	5
D. Sueño y descanso	0
Total	14

Tabla 13. Características según los parámetros de Gordon.

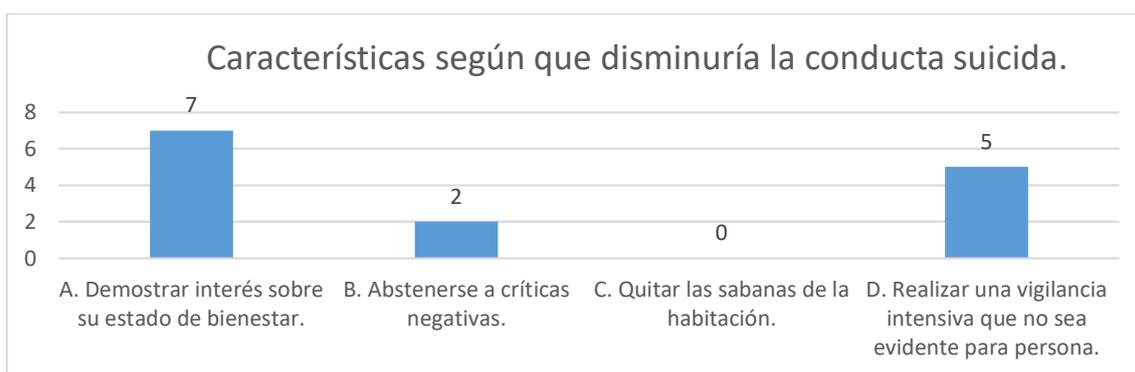


Comentario: Se observa una similitud con la respuesta (A Y C) de 5 y 5 enfermeros siendo 36% cada respuesta, pero solamente siendo la respuesta (C) la correcta y en segundo lugar la respuesta (B) 4 enfermeros siendo el 28% del total.

14) Características según que disminuiría la conducta suicida.

P14	FA
A. Demostrar interés sobre su estado de bienestar.	7
B. Abstenerse a críticas negativas.	2
C. Quitar las sábanas de la habitación.	0
D. Realizar una vigilancia intensiva que no sea evidente para la persona.	5
Total	14

Tabla 14. Características según que disminuiría la conducta suicida.

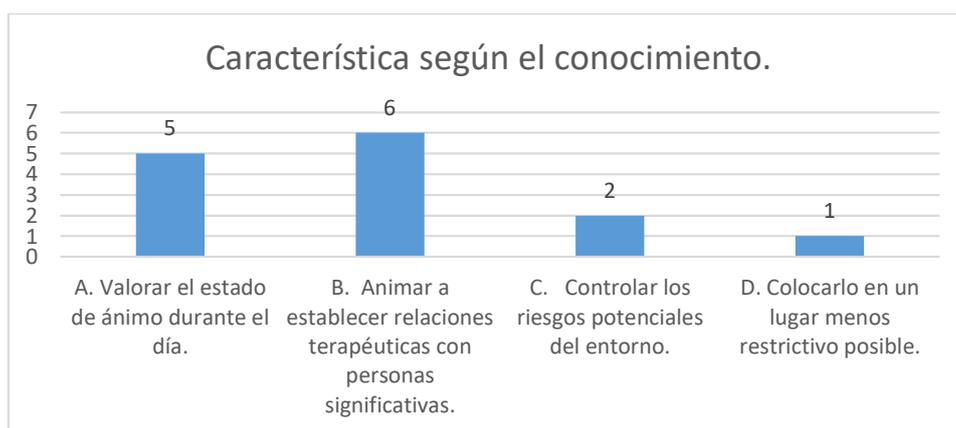


Comentario: Se observa un predominio sobre la respuesta (A) de 7 enfermeros del 50% del total siendo la respuesta incorrecta en segundo lugar la respuesta (D) de 5 enfermeros del 36% del total siendo la respuesta correcta y por último la respuesta (B) de 2 enfermeros del 14% del total.

15) Característica según el conocimiento.

P15	FA
A. Valorar el estado de ánimo durante el día.	5
B. Animar a establecer relaciones terapéuticas con personas significativas.	6
C. Controlar los riesgos potenciales del entorno.	2
D. Colocarlo en un lugar menos restrictivo posible.	1
Total	14

Tabla 15. Característica según el conocimiento.

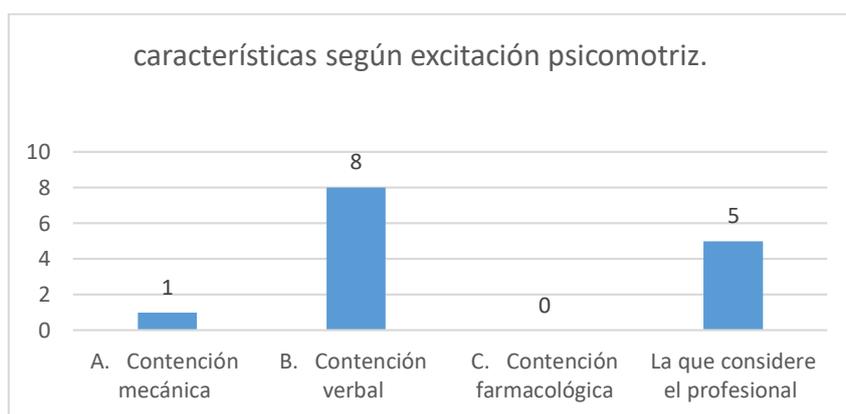


Comentario: Se observa un mínimo predominio de la respuesta (B) 6 enfermeros del 43% del total de las respuestas correctas, en segundo lugar, la respuesta (A) 5 enfermeros del 36% del total, en tercer lugar, la respuesta (C) 2 enfermeros del 14% del total y por último la respuesta (D) 1 enfermero del 7% del total.

16) Características según excitación psicomotriz.

P16	FA
A. Contención mecánica	1
B. Contención verbal	8
C. Contención farmacológica	0
D. La que considere el profesional	5
Total	14

Tabla 16. Característica según excitación psicomotriz

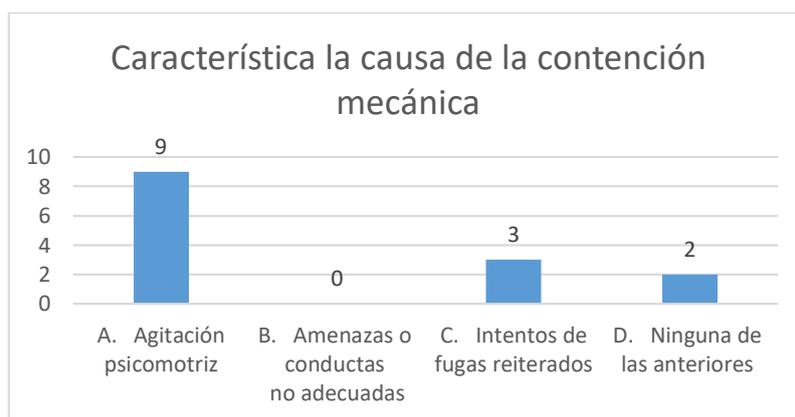


Comentario: Se observan un predominio de la respuesta (B) 8 enfermeros del 57% del total siendo la respuesta correcta, en segundo lugar, la respuesta (D) 5 enfermeros del 36%, en tercer lugar, respuesta (A) 1 enfermero del 7% del total.

17) Característica la causa de la contención mecánica.

P17	FA
A. Agitación psicomotriz	9
B. Amenazas o conductas no adecuadas	0
C. Intentos de fugas reiterados	3
D. Ninguna de las anteriores	2
Total	14

Tabla 17. Característica la causa de la contención mecánica

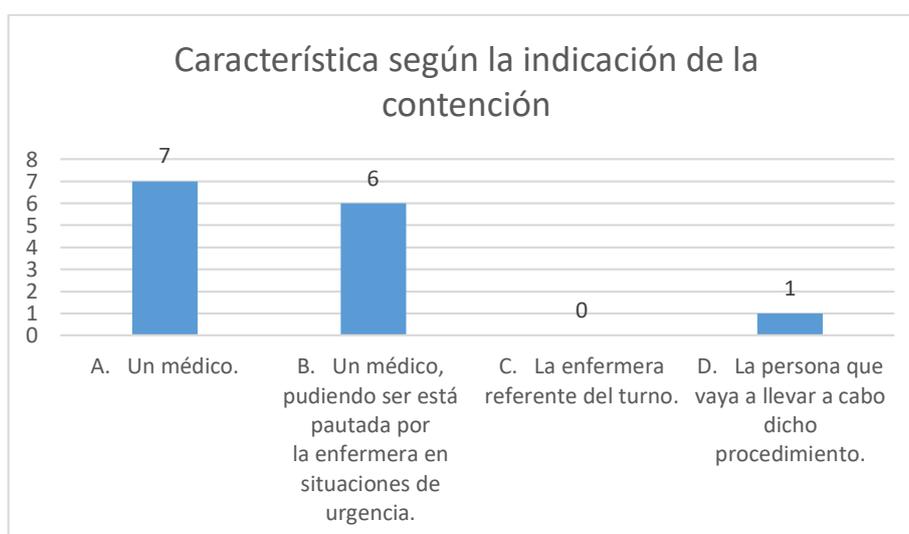


Comentario: Se observa predominio de la respuesta (A) 9 enfermeros del 64% del total siendo la respuesta correcta, en segundo lugar, la respuesta (C) 3 enfermeros del 22% del total, tercer lugar la respuesta (D) 2 enfermeros del 14% del total.

18) Característica según la indicación de la contención.

P18	FA
A. Un médico.	7
B. Un médico, pudiendo ser está pautada por la enfermera en situaciones de urgencia.	6
C. La enfermera referente del turno.	0
D. La persona que vaya a llevar a cabo dicho procedimiento.	1
Total	14

Tabla 18. Característica según la indicación de la contención

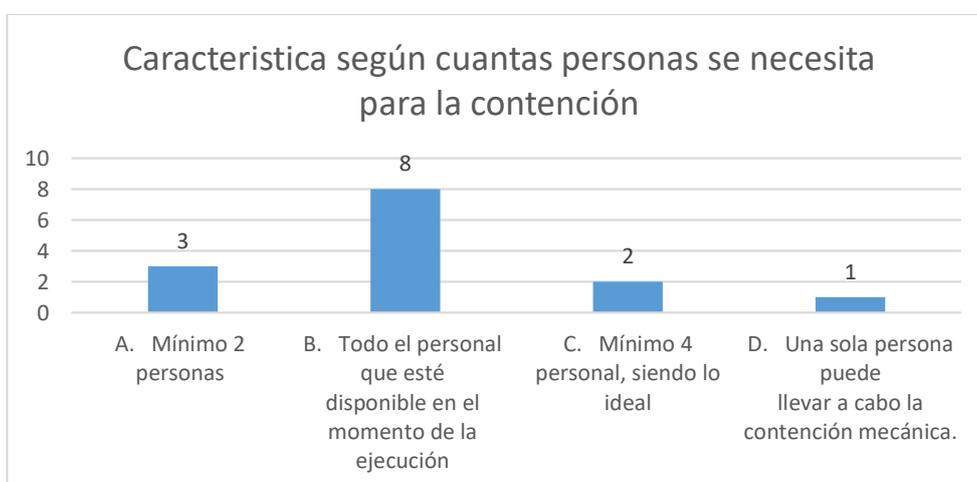


Comentario: Se observa leve predominio de la respuesta (A) 7 enfermeros del 50% del total siendo la respuesta incorrecta, en segundo lugar la respuesta (B) 6 enfermeros del 43% del total siendo la respuesta correcta, en tercer lugar la respuesta (D) 1 enfermero del 7% del total.

19) Característica según cuantas personas se necesita para la contención.

P19	FA
A. Mínimo 2 personas	3
B. Todo el personal que esté disponible en el momento de la ejecución	8
C. Mínimo 4 personal, siendo lo ideal	2
D. Una sola persona puede llevar a cabo la contención mecánica.	1
Total	14

Tabla 19. Característica según cuantas personas se necesita para la contención.

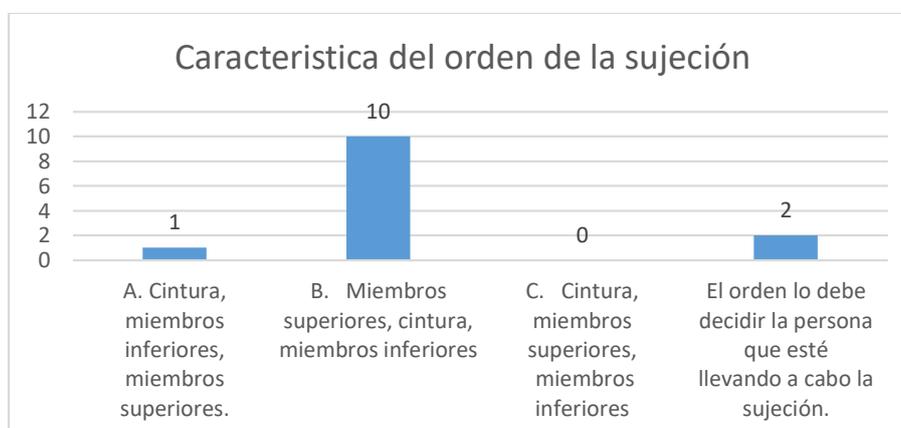


Comentario: Se observan un predominio de la respuesta (B) 8 enfermeros del 57% del total siendo la respuesta incorrecta, en segundo lugar, la respuesta (A) 3 enfermeros del 22% del total siendo la respuesta incorrecta, en tercer lugar la respuesta (C) 2 enfermeros del 14% del total siendo la respuesta correcta, en cuarto lugar respuesta (D) 1 enfermero del 7% del total siendo la respuesta incorrecta.

20) Característica del orden de la sujeción.

P20	FA
A. Cintura, miembros inferiores, miembros superiores.	1
B. Miembros superiores, cintura, miembros inferiores	10
C. Cintura, miembros superiores, miembros inferiores	0
D. El orden lo debe decidir la persona que esté llevando a cabo la sujeción.	2
Total	14

Tabla 20. Característica del orden de la sujeción

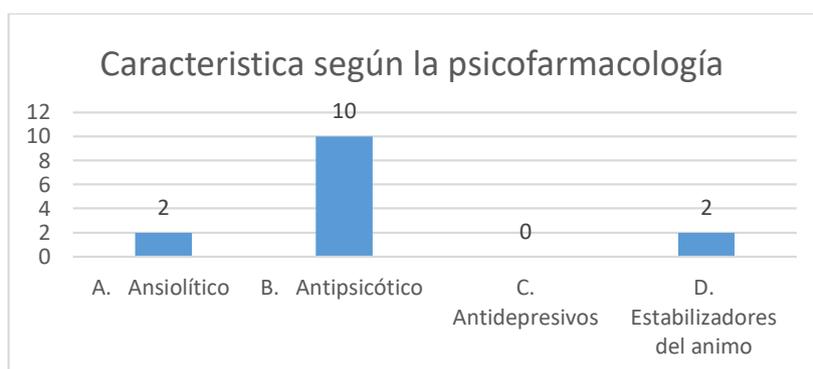


Comentario: Se observa un predominio de la respuesta (B) de 10 enfermeros del 77% del total siendo la respuesta correcta, en segundo lugar la respuesta (D) 2 enfermeros del 15% del total siendo la respuesta incorrecta, en tercer lugar la respuesta (A) 1 enfermero del 8% del total siendo la respuesta incorrecta.

21) Característica según la psicofarmacología.

P21	FA
A. Ansiolítico	2
B. Antipsicótico	10
C. Antidepresivos	0
D. Estabilizadores del animo	2
Total	14

Tabla 21. Característica según la psicofarmacología

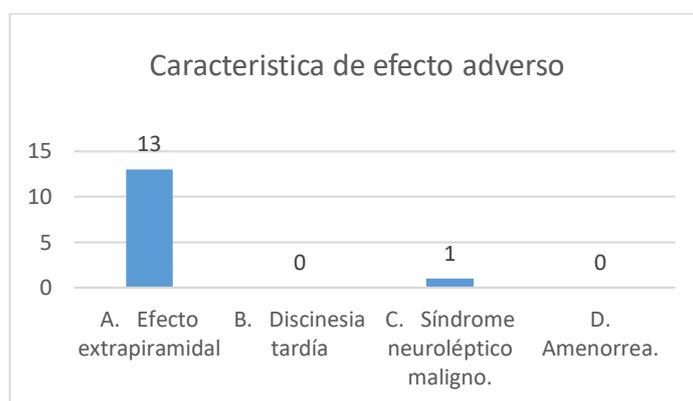


Comentario: Se observan un predominio en la respuesta (B) 10 enfermeras del 72% del total, en segundo lugar las respuestas (A Y D) 2 enfermeros por pregunta.

22) Característica de efecto adverso.

P22	FA
A. Efecto extrapiramidal	13
B. Discinesia tardía	0
C. Síndrome neuroléptico maligno.	1
D. Amenorrea.	0
Total	14

Tabla 22. Característica de efecto adverso

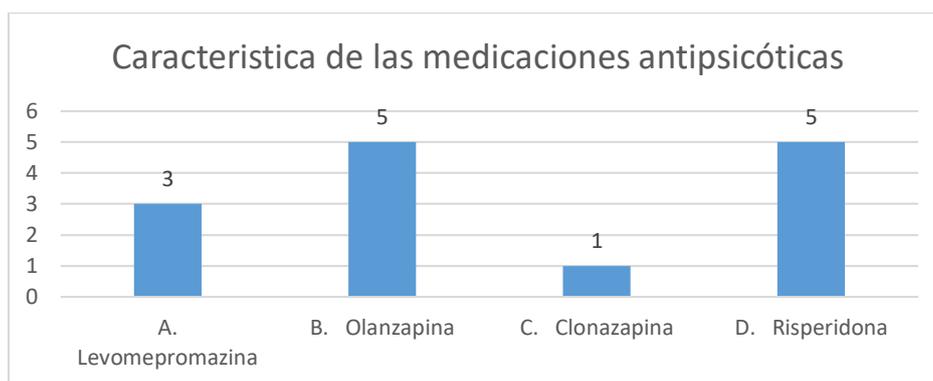


Comentario: Se observa un mayor predominio de la respuesta (A) 13 enfermeros del 93% del total siendo la respuesta correcta y en segundo lugar la respuesta (C) 1 enfermero del 7% del total.

23) Característica de las medicaciones típicas.

P23	FA
A. Levomepromazina	3
B. Olanzapina	5
C. Clonazapina	1
D. Risperidona	5
Total	14

Tabla 23. Característica de las medicaciones antipsicóticas

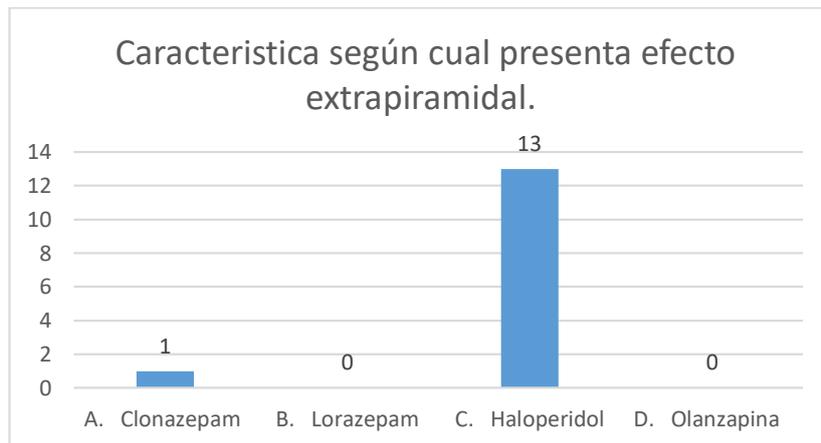


Comentario: se observa un predominio de la respuesta (B) 5 enfermeros, la respuesta (D) 5 enfermeros también siendo el 36% cada respuesta del total

24) Característica según cual presenta efecto extrapiramidal.

P24	FA
A. Clonazepam	1
B. Lorazepam	0
C. Haloperidol	13
D. Olanzapina	0
Total	14

Tabla 24. Característica según cual presenta efecto extrapiramidal.

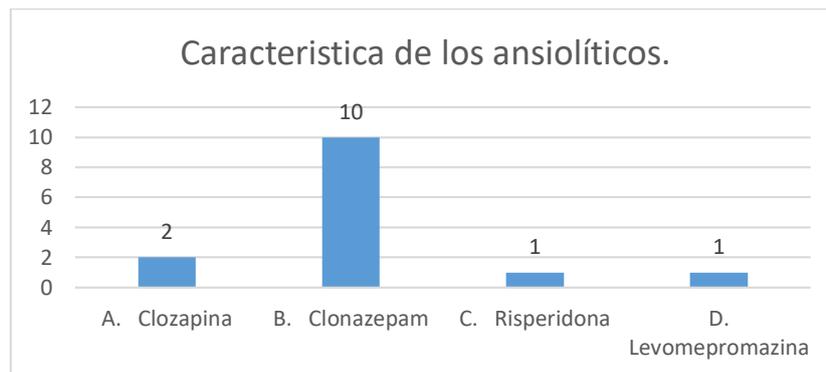


Comentario: Se observa mayor predominio de la respuesta (C) 13 enfermeros del 93% del total siendo la respuesta correcta, en segundo lugar la respuesta (A) 1 enfermero del 7% del total.

25) Característica de los ansiolíticos.

P25	FA
A. Clozapina	2
B. Clonazepam	10
C. Risperidona	1
D. Levomepromazina	1
Total	14

Tabla 25. Característica de los ansiolíticos.

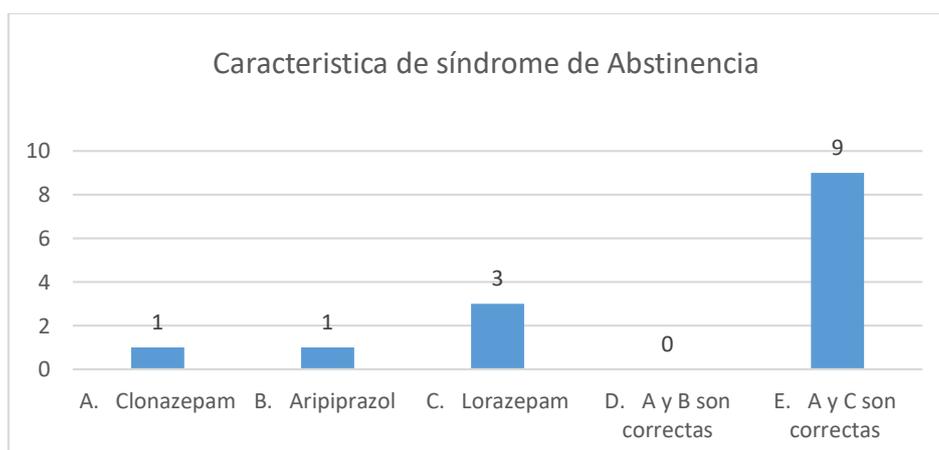


Comentario: Se observan mayor predominio de la respuesta (B) 10 enfermeros del 72% del total siendo la respuesta correcta, en segundo lugar la respuesta (A) 2 enfermeros del 14% del total, en tercer lugar las respuestas (C Y D) 1 enfermero cada respuesta del 7% del total cada respuesta.

26) Característica de síndrome de Abstinencia.

P26	FA
A. Clonazepam	1
B. Aripiprazol	1
C. Lorazepam	3
D. A y B son correctas	0
E. A y C son correctas	9
Total	14

Tabla 26. Característica de síndrome de Abstinencia

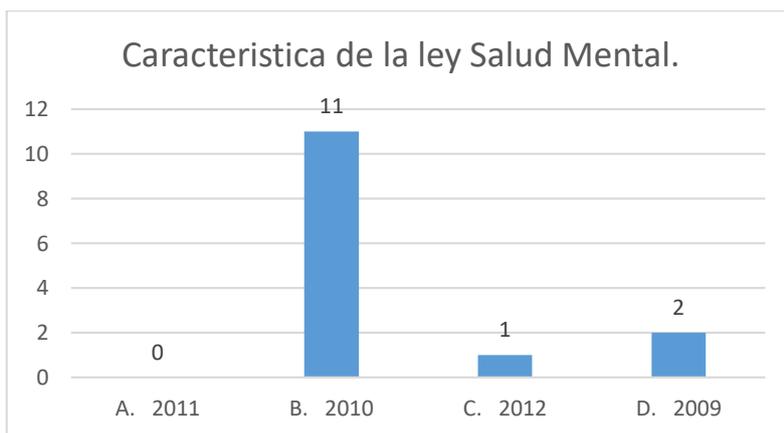


Comentario: Se observa un mayor predominio de la respuesta (E) 9 enfermeros del 64% del total siendo la respuesta correcta, en segundo lugar la respuesta (C) 3 enfermeros del 22% del total, en tercer lugar las respuestas (A Y C) 1 enfermero cada respuesta del 7% cada respuesta del total.

27) Característica de la ley salud metal.

P27	FA
A. 2011	0
B. 2010	11
C. 2012	1
D. 2009	2
Total	14

Tabla 27. Característica de la ley salud metal.



Comentario: Se observa un mayor predominio en la respuesta (B) 11 enfermeros del 79% del total siendo la respuesta correcta

28) Característica según el número de la ley salud mental.

P28	FA
A. Ley de salud metal 26658	1
B. Ley de salud mental 26657	13
C. Ley de salud mental 27667	0
D. Ley de salud mental 26656	0
Total	14

Tabla 28. Característica según el número de la ley salud mental

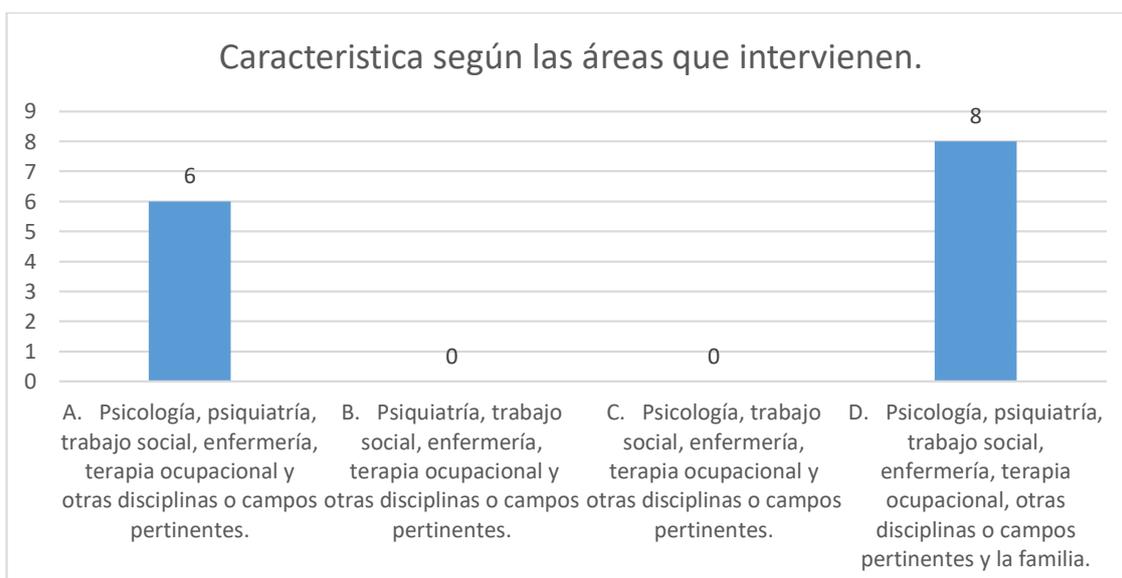


Comentario: 28. Se observa un predominio de la respuesta (B) 11 enfermeros del 93% siendo la respuesta correcta del total de los enfermeros.

29) Característica según las áreas que intervienen.

P29	FA
A. Psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.	6
B. Psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.	0
C. Psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.	0
D. Psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, otras disciplinas o campos pertinentes y la familia.	8
Total	14

Tabla 29. Característica según las áreas que intervienen.



Comentario: Se observa un mayor predominio en la respuesta (D) 8 enfermeros de 57% siendo la respuesta correcta del total de los enfermeros.

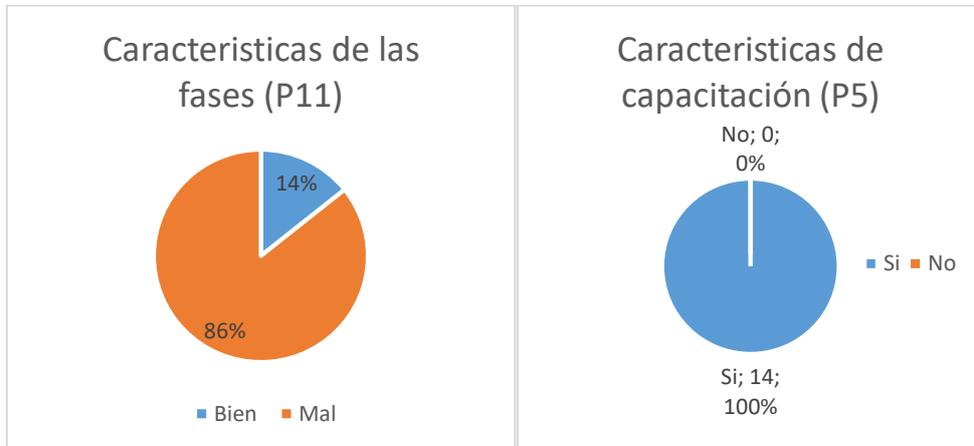
30) Respuestas de la pregunta a desarrollar individual

En la pregunta 30 que fue a desarrollar de forma individual de la siguiente pregunta (con respecto a su servicio ¿Qué cosas mejorarías?) se obtuvo en común que la mayoría estuvo de acuerdo en que el servicio necesita en primer lugar más capacitación en salud mental, seguridad y protección respecto a la ubicación del servicio en el primer piso con lo que conlleva un riesgo para el paciente, por último tener un espacio recreativo específicamente para el paciente.

Mientras el resto del personal opinó que se debería tener una atención específicamente centrada en el servicio de salud mental.

Resumen de los resultados más relevantes

1. El resultado relevante que saco fue la respuesta de la pregunta 11 y pregunta 5

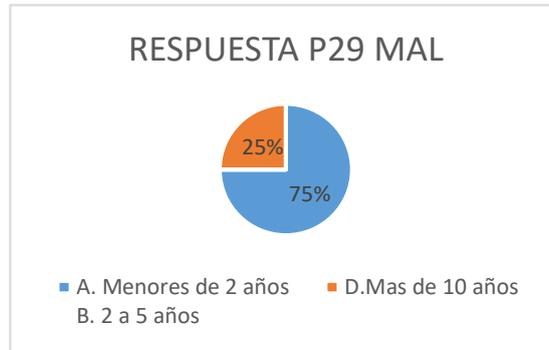


Comentario: Se observa en el gráfico de la pregunta 11 (P11) de las fases del suicidio que el 86% del personal de enfermería respondió incorrectamente, con respecto a la capacitación de la pregunta 5 (P5) se observa una capacitación del 100 %.

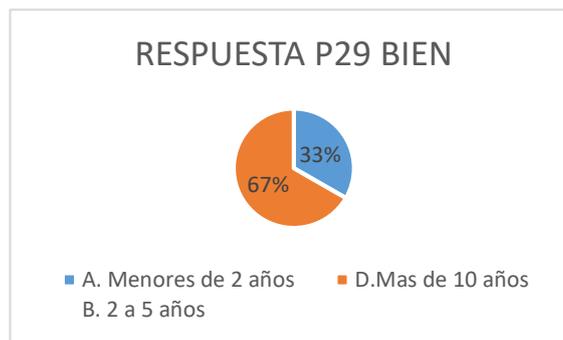
En conclusión, a pesar de la capacitación que tiene el personal se observa la falta de preparación en salud mental.

2. El resultado relevante que se saco fue de la respuesta de la pregunta 4 y pregunta 29 (P29)

ANTIGÜEDAD DE P4	RESPUESTAS DE P29 MAL
A. Menores de 2 años B. 2 a 5 años	6
D. Más de 10 años	2



ANTIGÜEDAD DE P4	RESPUESTAS DE P29 BIEN
A. Menores de 2 años B. 2 a 5 años	2
D. Más de 10 años	4



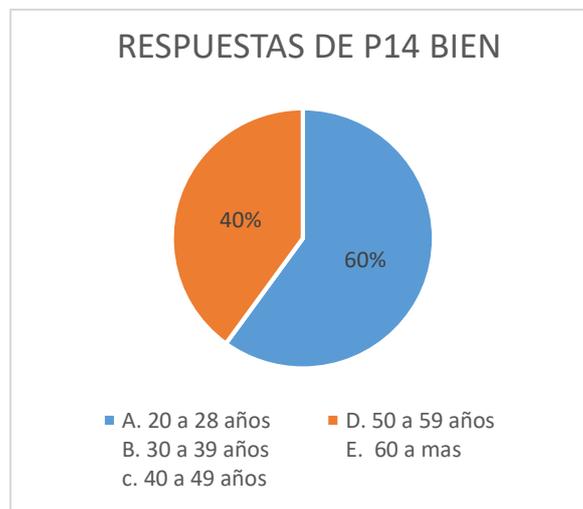
Comentario: Se observa que el personal de menor año de antigüedad en la institución fueron los que respondieron en mayor cantidad mal la P29 siendo el 75% a su vez el personal de más de 10 años respondió en mayoría bien la P29 siendo el 67%

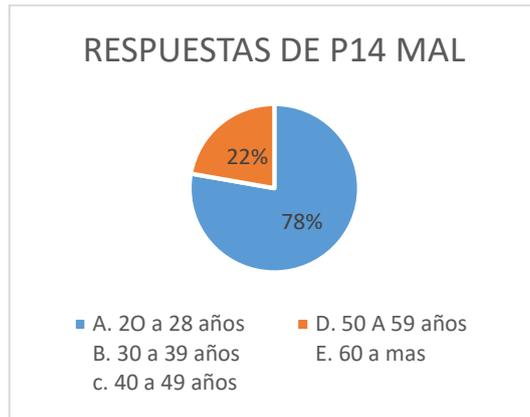
En conclusión se observa que los años de antigüedad llevan a que el personal este más capacitado en las leyes establecidas por salud mental a diferencia de los de menores años de antigüedad que les hace falta un poco más.

3. El resultado relevante que se saco fue de la respuesta de la pregunta 1 y pregunta 14.

EDAD DE P1	RESPUESTA DE P14 MAL
A. 20 a 28 años B. 30 a 39 años c. 40 a 49 años	7
D. 50 A 59 años E. 60 a mas	2
total	9

EDAD DE P1	RESPUESTA DE P14 BIEN
A. 20 a 28 años B. 30 a 39 años c. 40 a 49 años	3
D. 50 a 59 años E. 60 a mas	2
total	5



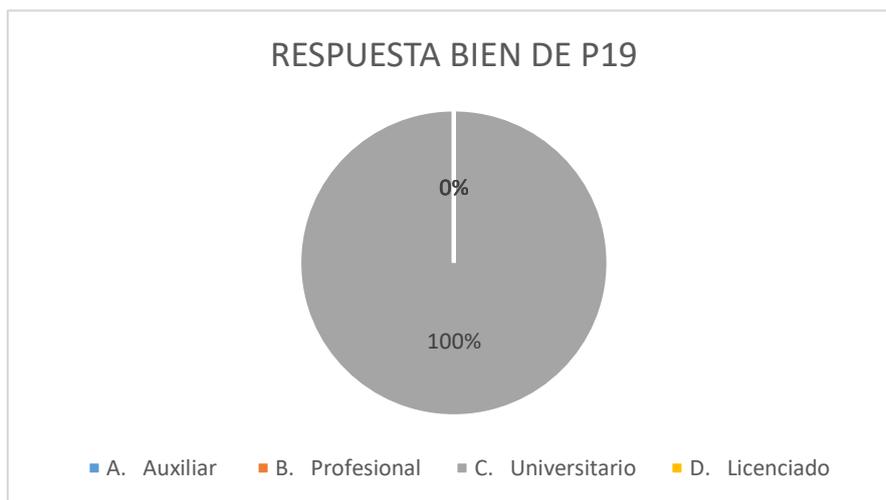


Comentario: se observa que el personal de entre 20 a 49 años respondió mal la respuesta siendo el 78% del total de las respuestas mal a su vez el personal que respondió bien de entre los 50 a 60 años respondió en su mayoría bien la P29 siendo el 60% del total de las respuestas bien.

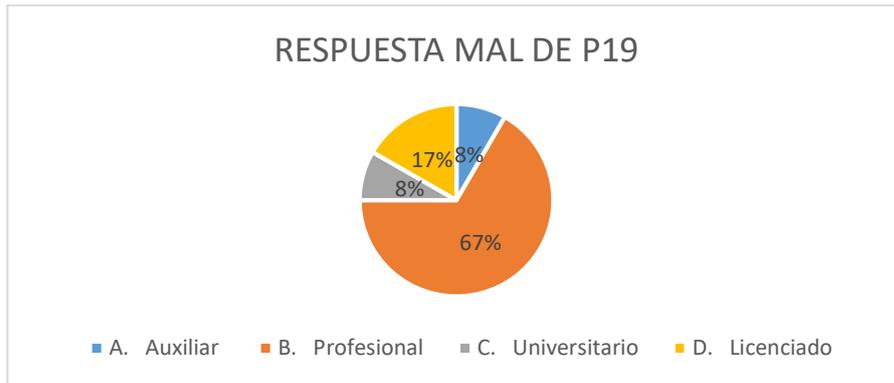
En conclusión, se observa que los enfermeros de entre 50 a 60 años tienen un punto de vista distinto para disminuir los riesgos con los pacientes con intento de autoeliminación.

4. El resultado relevante que se saco fue de la respuesta de la pregunta 3 y la pregunta 19.

FORMACION DE P3	RESPUESTA BIEN DE P19
A. Auxiliar	0
B. Profesional	0
C. Universitario	2
D. Licenciado	0
total	2



FORMACION DE P3	RESPUESTA MAL DE P19
A. Auxiliar	1
B. Profesional	8
C. Universitario	1
D. Licenciado	2
total	12



Comentario: se observa que el personal con formación académica profesional fueron los que respondieron en mayoría mal la P19 siendo el 67% de los enfermeros del total, a su vez el personal universitario respondió en mayoría bien la P19 siendo el 100% de las respuestas correctas.

En conclusión, se observa que los profesionales tienen menos capacitación en realizar una contención de forma segura para los pacientes con intento de autoeliminación.

CONCLUSIÓN

Para ilustrar mejor los resultados se obtuvo que el personal tiene poco conocimiento sobre el abordaje puntualmente en las fases del suicidio donde la mayoría no supo el orden correspondiente, pero medianamente estuvieron bien en las otras de preguntas de valoración. Por otro parte con respecto a la medicación se pudo contemplar un bueno nivel de conocimiento sobre su administración, acción y efecto adverso de los psicofármacos durante el tratamiento del paciente. Con respecto a la contención mecánica se observó que tienen poca formación al momento de ejecutar la contención que lo ideal conlleva 4 personas para realizar un correcto procedimiento por que cada personal tiene que sujetar cada extremidad para evitar daño a sí mismo o terceros y por ultimo con el tema de ley de salud mental tienen una buena perspectiva de que abarca y cuando se implementó en nuestro país.

En conclusión, con el conocimiento del personal de enfermería en salud mental se obtuvo en rangos generales de acuerdo con la encuesta realizada se destacó que un 60% aproximado corresponde a las respuestas correcta y el 40% restante corresponde a las incorrectas de acuerdo con los resultados obtenidos en el trabajo de investigación se determinó falta de conocimiento.

PROPUESTAS

Según el resultado de las estadísticas obtenidas mediante la encuesta que se realizó al personal, donde se identificó diferentes puntos de falencia que nos llevó a las siguientes propuestas para mejorar la atención y para evitar los menos riesgos posibles:

1. Más capacitación a través de talleres, cursos, charlas.
2. Protocolos para chequeo de las pertenencias de los pacientes al momento de internación en el servicio, a si descartar elementos corto punzante o de riesgo.
3. Proponer que se establezca un espacio recreativo y didáctico para todos los pacientes.
4. Que el servicio sea trasladado del primer piso a planta baja porque implica un riesgo eminente de intento de autoeliminación para el paciente
5. Con respecto a los acompañantes obligatorios más flexibilidad con los protocolos de seguridad del hospital a la hora de cambió de acompañante.

APÉNDICE Y ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina, A. B. (2011). La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Revista de enfermería neurológica*, 10(1), 53-5.
2. Muñoz, C. O., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 166-173.
3. CHÁVEZ GUERRERO, B. S. (2018). Enfermería Psiquiátrica: Un pilar en la salud mental. *Instituto de Ciencias Biomédicas*.
4. Garay, M., & Vázquez, L. (2010). Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay hoy. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 5(1).
5. Vives, J. F. (2012). Enfermería de Salud Mental. Paramérica.
6. Argentina.gov.ar. (03 de diciembre de 2010). *Ley de salud mental*. Obtenido de Argentina.gov.ar: <https://www.argentina.gov.ar/normativa/nacional/175977/texto>
7. Linda Eby, N. J. (2010). *Cuidados de Enfermería en Salud Mental* (2 ed.). PEARSON EDUCACION.
8. López López, R. (2019). Estudio del uso de la contención mecánica en la UIB de psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.
9. Gallego, V. F., Pérez, E. M., Aquilino, J. S., Angulo, C. C., & Estarlich, M. C. G. (2009). Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*, 21, 121-132.
10. Gil, R. F. "Paciente con agitación, mejoremos la comunicación": Programa de Educación para la Salud dirigido a enfermeros de urgencias. "Patient with agitation, improve communication": Health Education Program.
11. Stucchi-Portocarrero, S., Cruzado, L., Fernández-Ygreña, R., Bernuy-Mayta, M., Vargas-Murga, H., Alvarado-Sánchez, F., ... & Núñez-Moscote, P. (2014). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(1), 19-30.
12. Muñoz, I. G., Torres, J. B., Sánchez, C. D., Salesa, A. D. C., & Serrano, J. M. (2011). Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad.
13. Johnson, B. S. (2000). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría*. McGRAM-HILL-INTERAMERICANA DE ESPAÑA.
14. Ortiz, M. F. (28 de noviembre de 2002). *Psicofarmacología para Psicólogos*. Obtenido de Editorial Síntesis: <https://www.sintesis.com/gu%C3%ADas%20t%C3%A9cnicas-165/psicofarmacolog%C3%ADa%20para%20psic%C3%B3logos-ebook-1265.html>
15. Barrueco, N., Martínez Fernández-Llamazares, C., Durán, E., Martínez Marín, M. T., & Relaño García, C. (2008). Administración de medicamentos por vía oral: Interacciones medicamento-alimento. *Index de Enfermería*, 17(1), 53-57.
16. de Salud, R. PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA INTRAMUSCULAR.

17.Enfermeria Buenos Aires. (17 de enero de 2019). *Via Endovenosa-Administracion de Farmacos*. Obtenido de Enfermeria Buenos Aires:
<https://enfermeriabuenosaires.com/via-endovenosa-administracion-de-farmacos/>

ANEXO N° 1

Preguntas de la encuesta

1. Edad
 - A. 20 a 29
 - B. 30 a 39
 - C. 40 a 49
 - D. 50 a 59
 - E. 60 o más.
2. Sexo
 - A. Femenino
 - B. Masculino
 - C. Otros.
3. Nivel de formación.
 - A. Auxiliar
 - B. Profesional
 - C. Universitario
 - D. Licenciado
4. Años de antigüedad en el hospital
 - A. Menos de 2 años
 - B. 2 a 5 años
 - C. 5 a 10 años
 - D. Más de 10 años
5. CON RESPECTO A SALUD MENTAL has realizado algún tipo de capacitación (cursos, talleres, charlas, etc.).
 - Si
 - No
6. Dicha capacitación fue brindada por:
 - A. Institución donde se desempeña
 - B. Particular
 - C. A Y B

7. En las personas con intento de autoeliminación ¿Cuál es la causa principal?
- A. Agresividad
 - B. Problemas de la conducta
 - C. Depresión**
 - D. Apatía
8. ¿Qué elementos te parecen que son de riesgo para el paciente de intento de autoeliminación en el servicio durante su estadía?
- A. perfus
 - B. cordones de zapatillas
 - C. sabanas
 - D. cepillo de dientes
 - E. todas son correctas**
9. De los siguientes métodos de recolección de información en enfermería ¿Cuál es el principal método?
- A. Técnicas de observación.
 - B. Entrevista.**
 - C. Inventarios de calificación.
 - D. Inspección.
10. ¿A qué se define como el proceso de mirar con un propósito?
- A. La entrevista
 - B. Los inventarios
 - C. La escucha activa
 - D. La observación**
11. La mayoría de las personas que tienden al suicidio presentan varias fases antes de llegar a la misma. Ordene las siguientes fases del 1 al 6.

1-Fase ideativa: La persona tiene una idea que aparece y desaparece, como una ocurrencia. Siguen surgiendo vivencias que motivan la aparición de la idea. Toma en consideración una mera expresión emocional.

2-Fase deliberativa: La persona considera la idea suicida, analiza los pros y los contras. La fase puede durar de semana o meses desde que la idea

comienza a tener sentido hasta el acto de suicidarse. Lo que en un momento era una idea exagerada, una ocurrencia por el estado emocional, se hace posible.

3-Fase decisiva: La persona ha evaluado todo lo relacionado con el suicidio y toma la decisión de hacerlo. Después de tomar la drástica decisión y tras un largo periodo de angustia y dolor, entra en un periodo de calma y tranquilidad.

4-Fase dilatoria: Corresponde al periodo de calma, cuando la persona, una vez tranquilizada, ya está convencida de lo que va a hacer. Esta fase es de duración variable, con ciertos hechos que la adelantan a la siguiente fase.

5-Fase operativa: En esta fase corresponde toda maniobra que hace la persona para ejecutar el suicidio, es todo lo previo al acto suicida desde prever que va a hacer con sus bienes hasta conductas para que no se den cuenta de sus intenciones, con el fin de que otros no intervengan en el acto. Lo preparan físicamente.

6-Fase ejecutiva: La persona ejecuta la acción concreta de suicidarse.

12. Los patrones funcionales de Marjory Gordon son un proceso continuo con un fin que incluye varias acciones ¿Cuáles son?

- A. **La obtención, interpretación y organización de la información.**
- B. La obtención, interpretación y verificación de la información.
- C. La interpretación, verificación y organización de la información.
- D. Todas son correctas.

13. La mímica y la expresión facial son parámetros que deben valorarse en el patrón de:

- A. Percepción y mantenimiento de la salud
- B. Rol y relaciones
- C. **Actividad y ejercicio**
- D. Sueño y descanso

14. Desde el punto de vista del enfermero ¿Qué disminuiría la conducta autolesiva y suicida del paciente?

- A. Demostrar interés sobre su estado de bienestar.
- B. Abstenerse a críticas negativas.
- C. Quitar las sabanas de la habitación.
- D. **Realizar una vigilancia intensiva que no sea evidente para la persona.**

15. ¿Cuál sería el mejor conocimiento para afrontar las situaciones conflictivas?
- A. Valorar el estado de ánimo durante el día.
 - B. Animar a establecer relaciones terapéuticas con personas significativas.**
 - C. Controlar los riesgos potenciales del entorno.
 - D. Colocarlo en un lugar menos restrictivo posible.
16. En caso de excitación psicomotriz ¿qué contención ejecutarías en primer lugar?:
- A. Contención mecánica
 - B. Contención verbal**
 - C. Contención farmacológica
 - D. La que considere el profesional
17. ¿Cuál es la causa más frecuente para el uso de la contención mecánica?
- A. Agitación psicomotriz**
 - B. Amenazas o conductas no adecuadas
 - C. Intentos de fugas reiterados
 - D. Ninguna de las anteriores
18. Legalmente, ¿quién es el responsable de indicar la contención mecánica?
- A. Un médico.**
 - B. Un médico, pudiendo ser está pautada por la enfermera en situaciones de urgencia.
 - C. La enfermera referente del turno.
 - D. La persona que vaya a llevar a cabo dicho procedimiento.
19. Para realizar una contención de forma segura, ¿Cuántas personas debe participar?
- A. Mínimo 2 personas
 - B. Todo el personal que esté disponible en el momento de la ejecución
 - C. Mínimo 4 personal, siendo lo ideal**
 - D. Una sola persona puede llevar a cabo la contención mecánica.

20. ¿En qué orden se debe realizar la sujeción?
- A. Cintura, miembros inferiores, miembros superiores.
 - B. Miembros superiores, cintura, miembros inferiores**
 - C. Cintura, miembros superiores, miembros inferiores
 - D. El orden lo debe decidir la persona que esté llevando a cabo la sujeción.
21. Según la psicofarmacología en salud mental ¿cómo se clasifica el haloperidol?
- A. Ansiolítico
 - B. Antipsicótico**
 - C. Antidepresivos
 - D. Estabilizadores del animo
22. Cuál es el efecto adverso de riesgo mayor con las medicaciones antipsicóticas.
- A. Efecto extrapiramidal**
 - B. Discinesia tardía
 - C. Síndrome neuroléptico maligno.
 - D. Amenorrea.
23. ¿cuál de estas medicaciones antipsicóticas son atípicas?
- A. Levomepromazina**
 - B. Olanzapina
 - C. Clonazapina
 - D. Risperidona
24. ¿cuál de estas medicaciones presenta efecto extrapiramidal muy marcada?
- A. Clonazepam
 - B. Lorazepam
 - C. Haloperidol**
 - D. Olanzapina
25. ¿Cuál de los siguientes fármacos es un ansiolítico?
- A. Clozapina

B. Clonazepam

C. Risperidona

D. Levomepromazina

26. De la siguiente medicación ¿Cuál produce síndrome de abstinencia en dosis alta o en tratamientos prolongados?

A. Clonazepam

B. Aripiprazol

C. Lorazepam

D. A y B son correctas

E. A y C son correctas

27. ¿En qué año se implementó la ley de salud mental?

A. 2011

B. 2010

C. 2012

D. 2009

28. ¿Cuál es el número de la ley de salud mental actualmente vigente en nuestro país?

A. Ley de salud metal 26658

B. Ley de salud mental 26657

C. Ley de salud mental 27667

D. Ley de salud mental 26656

29. Basándonos en la ley de salud mental ¿Qué áreas intervienen en el tratamiento o abordaje de un paciente institucionalizado?

A. Psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

B. Psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

C. Psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

D. Psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, otras disciplinas o campos pertinentes y la familia.

30. Con respecto a su servicio ¿Qué cosas mejorarías?

- Respuesta a desarrollar individual

ANEXO N°2

Tabla matriz

Nr o.	Edad	Sexo	Formación	Anti	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29
1	A	A	C	B	SI	A	C	E	B	D	1+2+3+4+5+6	A	C	D	B	B	A	A	C	B	B	A	A	C	B	E	B	B	A
2	A	B	C	B	SI	A	C	E	B	D	1+2+4+3+5+6	A	C	D	B	B	A	A	C	B	B	A	A	C	B	E	B	B	A
3	A	B	B	A	SI	A	C	B	B	C	1+2+3+5+3+6	A	B	A	A	D	A	B	B	A	D	A	B	C	B	C	B	B	D
4	D	A	A	D	SI	C	B	E	A	D	3+4+5+2+1+6	D	C	A	B	D	A	B	B	D	B	C	B	C	B	E	B	B	D
5	C	A	D	D	SI	A	C	E	A	D	1+2+4+3+5+6	A	A	A	A	B	A	A	B	B	B	A	D	C	B	E	B	B	D
6	B	A	B	A	SI	A	C	E	A	D	1+2+4+3+5+6	A	A	A	A	B	A	A	B	B	B	A	D	C	B	E	B	B	D
7	A	A	C	B	SI	C	C	E	A	D	1+2+4+5+3+6	D	A	B	C	B	A	A	A	B	B	A	A	C	B	C	B	B	D
8	A	A	B	A	SI	A	C	E	B	D	4+2+5+1+3+6	A	B	A	B	B	A	B	B	B	B	A	B	C	B	B	B	B	D
9	B	A	B	B	SI	A	B	E	A	D	1+3+2+1+2+3	D	A	A	B	D	D	D	B	D	D	A	B	C	C	E	D	B	D
10	D	A	B	D	SI	C	C	E	B	B	4+5+4+5+6+6	C	B	D	D	B	D	B	B	B	B	A	D	C	B	E	B	B	A
11	E	B	B	D	SI	C	C	E	B	D	4+2+3+1+4+2	C	A	B	B	B	C	A	D	D	A	A	D	C	A	A	C	B	A
12	E	A	B	D	SI	B	C	C	B	C	2+3+4+6+5+1	B	C	D	A	D	C	B	B	B	A	A	B	A	A	E	D	A	A
13	E	A	D	D	SI	C	C	B	A	D	1+2+3+4+5+6	D	B	A	A	D	C	A	A	B	B	A	D	C	B	C	B	B	A
14	A	A	B	B	SI	A	C	A	A	D	2+4+3+5+6+1	A	C	D	C	A	A	B	A	B	B	A	C	C	D	E	B	B	D

ANEXO N°3
LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657

CAPÍTULO I

DERECHOS Y GARANTÍAS ARTÍCULO

ARTÍCULO 1º.- La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 2º.- Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

CAPÍTULO II

DEFINICIÓN

ARTÍCULO 3º.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- c) Elección o identidad sexual.
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTÍCULO 4º.- Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTÍCULO 5º.- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

CAPÍTULO III

ÁMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 6º.- Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

CAPÍTULO IV

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

ARTÍCULO 7º.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.
- h) Derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión.
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

CAPÍTULO V

MODALIDAD DE ABORDAJE

ARTÍCULO 8º.- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTÍCULO 9º.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTÍCULO 10.- Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTÍCULO 11.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades

de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTÍCULO 12.- La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

CAPÍTULO VI

DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

ARTÍCULO 13.- Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

CAPÍTULO VII

INTERNACIONES

ARTÍCULO 14.- La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTÍCULO 15.- La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTÍCULO 16.- Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar

c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTÍCULO 17.- En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 18.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al Órgano de Revisión creado por esta ley.

ARTÍCULO 19.- El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTÍCULO 20.- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTÍCULO 21.- La internación involuntaria debida mente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al Órgano de Revisión, debiendo agregarse a las CUA RENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificación debe:

a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley

b) Requerir informes ampliatorios de los Profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o.

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTÍCULO 22.- La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTÍCULO 23.- El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 o 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTÍCULO 24.- Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación. Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al Órgano de Revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTÍCULO 25.- Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 26.- En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTÍCULO 27.- Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátrico o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los

dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTÍCULO 28.- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTÍCULO 29.- A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al Órgano de Revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional. Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidas y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

CAPÍTULO VIII

DERIVACIONES

ARTÍCULO 30.- Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con

acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

CAPÍTULO IX

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 31.- El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un

Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTÍCULO 32.- En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10%) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 33.- La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTÍCULO 34.- La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las

jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTÍCULO 35.- Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTÍCULO 36.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 37.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

CAPÍTULO X

ÓRGANO DE REVISIÓN

ARTÍCULO 38.- Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTÍCULO 39.- El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTÍCULO 40.- Son funciones del Órgano de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos.
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado.
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez.
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley.
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares.
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades.
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación.
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos.

j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones.

k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental.

l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

CAPÍTULO XI

CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON

LAS PROVINCIAS

ARTÍCULO 41.- El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley.

b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades.

c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

CAPÍTULO XII

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 42.- Incorporase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones

interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTÍCULO 43.- Sustituyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTÍCULO 44.- Derógase la Ley 22.914.

ARTÍCULO 45.- La presente ley es de orden público.

ARTÍCULO 46.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

Promulgada el 2 de Diciembre de 2010.

Publicada en el Boletín Oficial N° 32041 el 3 de Diciembre de 2010

ANEXO N°4

Mendoza, 10 de noviembre de 2022.

Sres./Sras. referentes del H. Central:

Nos dirigimos **Arnez Javier y Sandra Mallon** a ustedes con el respeto que se merecen de solicitarles la autorización con el fin de realizar un proyecto de investigación que se llevara a cabo por nosotros, estudiantes de 5° año de la carrera de Lic. en Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, en el servicio de salud mental del primer piso del Hospital Central, esta investigación tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de enfermería sobre los pacientes con intento de autoeliminación a través de una encuesta totalmente voluntaria y de carácter anónima al personal de enfermería de servicio.

Estaremos a la espera de una respuesta favorable, atentamente saludos cordiales.

Lic. GRACIELA M. VARGAS
Jefa Depto. Enfermería
Hospital Central

Firma de las autoridades.

Sandra Mallon Javier Arnez
Firma de los estudiantes.

EROL P. M. H.
MAY 2022