



ESCUELA DE ENFERMERIA

CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Nivel de conocimiento que poseen los enfermeros en el manejo de la R.V.A. en instituciones no psiquiátricas.

AUTORES:

- Arce Vanesa
- Vilamani Zonia
- Vilamani Richar

Mendoza 2020

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

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

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

AGRADECIMIENTOS Y/O DEDICATORIA:

Vilamani Zonia:

“Agradezco en primer lugar a mi amado padre, que lo perdí en el transcurso de la carrera, él fue mi propulsor a seguir siempre adelante ante adversidades que surjan durante etapas de la vida, también agradezco a mis hijos, esposo, madre y hermanos por brindarme su apoyo incondicional y todas aquellas personas que ayudaron en mi formación profesional. Gracias profesor Gaii Marcos por el acompañamiento continuo. Gracias Dios mío”.

Arce Vanesa:

“Quiero agradecer Dios en primer lugar, a mi Familia Emiliano, Anto, Mateo, que son mi motivación para querer ser mejor persona y mejor profesional por el apoyo, la paciencia, la colaboración para que pudiera concretar esta etapa de mi formación. Y a Marta un agradecimiento especial por estar y ayudarme en cada momento”.

Vilamani Richar:

“Agradezco a mi familia, conocidos y a todas aquellas personas que contribuyeron con su tiempo y apoyo, aun sin que ellos se dieran cuenta en el cumplimiento de mis metas”.

PREFACIO

Esta investigación es una invitación para profundizar en la enfermería psiquiátrica, un campo olvidado de la profesión pero no menos importante ya que las funciones y el desempeño de una enfermera es fundamental en todo ámbito de la salud, en el tratamiento psiquiátrico así como los cuidados brindados.

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Santa Isabel de Hungría y el Centro de Salud N°246.

Es de gran importancia esta investigación para los autores ya que forman parte del equipo de salud y se ve la problemática del Nivel de conocimiento que poseen los enfermeros en el manejo de la R.V.A. en instituciones no psiquiátricas.

Se pretende proyecta posibles soluciones para esta problemática detectada, logrando así una mejor atención de enfermería a pacientes con trastornos mentales.

INDICE GENERAL

Advertencia	II
ACTA DE APROBACIÓN	III
AGRADECIMIENTOS Y/O DEDICATORIA:	IV
PREFACIO.....	V
INDICE DE TABLA Y GRÁFICOS	VIII
CAPITULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA.....	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	6
MARCO TEÓRICO	7
APARTADO 1: DEFINICIÓN DE LA R.V.A.	8
Clasificación de Reacciones psíquicas anormales	10
DATOS ESTADISTICOS DE TRASTORNOS MENTALES EN ARGENTINA.....	13
APARTADO 2: LEY DE SALUD MENTAL N°26.657.....	14
APARTADO 3: RECOMENDACIONES PARA LA ATENCION DE URGENCIAS DE SALUD MENTAL (ACCIONES DE ENFERMERIA)	15
A) CONTENCIÓN EMOCIONAL:.....	21
B) CONTENCION MECANICA:.....	22
C) ABORDAJE PSICOFARMACOLOGICO:	24
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	27
TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
ÁREA DE ESTUDIO.....	28
UNIVERSO	28
MUESTRA.....	28
VARIABLES.....	29
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.....	33

RESULTADOS	34
CAPITULO III: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS.....	54
DISCUSION	55
CONCLUSIONES	57
PROPUESTAS	58
BIBLIOGRAFIA	59
APÉNDICES Y ANEXOS.....	60
ANEXOS 1: LEY DE SALUD MENTAL	61
ANEXO 2: ENCUESTA.....	65
ANEXO 3: TABLA MATRIZ	69

INDICE DE TABLA Y GRÁFICOS

Tabla y Grafico n°1.....	35
Tabla y Grafico n°2.....	36
Tabla y Grafico n°3.....	37
Tabla y Grafico n°4.....	38
Tabla y Grafico n°5.....	39
Tabla y Grafico n°6.....	40
Tabla y Grafico n°7.....	41
Tabla y Grafico n°8.....	42
Tabla y Grafico n°9.....	43
Tabla y Grafico n°10.....	44
Tabla y Grafico n°11.....	46
Tabla y Grafico n°12.....	47
Tabla y Grafico n°13.....	48
Tabla y Grafico n°14.....	49
Tabla y Grafico n°15.....	50
Tabla y Grafico n°16.....	51
Tabla y Grafico n°17.....	52
Tabla y Grafico n°18.....	53

CAPITULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

Según el primer estudio Argentino de Epidemiología en Salud Mental del año 2018, publicado en la revista científica *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1 uno de cada tres argentinos mayores de 18 años presentó un trastorno de salud mental en algún momento de su vida.

El principal objetivo de este estudio es poder contar con datos epidemiológicos propios, hasta ahora se infería sobre datos de otros países, estos datos nos muestran que uno de cada tres argentinos padecerá algún tipo de trastorno mental severo como depresión o trastornos de ansiedad, siendo este último el de mayor prevalencia dentro de la población estudiada.

De acuerdo con este estudio lo más prevalente son las fobias específicas (6,8%), luego la ansiedad generalizada (3,9%), los trastornos de ansiedad por separación (3,1%), el trastorno obsesivo-compulsivo (con casi el 3%, una cifra superior a otros países), seguidos por el trastorno por estrés postraumático, la fobia social, los trastornos de pánico y la agorafobia, es aquí donde nos detenemos ya que estos últimos son detonantes para que se pueda desarrollar una Reacción Vivencial Anormal, otro dato preocupante es la edad media en que aparecen estos trastornos, alrededor de los 20 años, cada vez son más jóvenes las personas propensas a desarrollar algún trastorno de salud mental, dentro de ellos las R.V.A.

Es de gran valor contar con estos datos ya que nos permite orientar nuestros servicios de atención de salud y también nos sirve de base para seguir investigando una problemática que va en aumento.

Sumado a esto la ley de salud mental N° 26657 propone como meta para el año 2020 cerrar los hospitales monovalentes de atención psiquiátrica, es decir que la atención de estos pacientes será derivada a hospitales generales, lo cual nos hace pensar que prever como están preparados desde el área de enfermería en materia de cuidados de pacientes con patologías psiquiátricas, es un punto clave para brindar mejor calidad de atención.

Debido a esto nuestro trabajo se cimienta en determinar con que conocimientos en salud mental cuentan los enfermeros que no trabajan en instituciones monovalentes psiquiátricos.

“El conocimiento de datos epidemiológicos en salud mental es clave para definir aspectos tan básicos y esenciales como la currícula de estudio de las carreras de grado, desarrollar programas de tratamiento y evaluar, desde una perspectiva de salud pública, la eficacia de las medidas. No solo es un tema de interés académico sino también ético, saber de qué sufre nuestra sociedad y formarnos para estar a la altura de las circunstancias”, concluyó. Federico Pavlovsky 2018

PLANTEO DEL PROBLEMA

TEMA: Nivel de conocimiento que poseen los enfermeros en el manejo de la R.V.A. en instituciones no psiquiátricas.

FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Qué conocimientos poseen los enfermeros que trabajan en instituciones no psiquiátricas acerca de las RVA?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Para llevar adelante este trabajo de investigación hemos decidido indagar en los conocimientos que posee enfermería con respecto a las patologías psiquiátricas, más concretamente las RVA (REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES) y su abordaje dentro de las instituciones no especializadas, es decir, por ej.: una guardia de un hospital privado o en un centro de salud.

El interés por este tema surge a raíz del análisis de la Ley de Salud Mental 26.657 que propone como meta para el año 2020 en su art. 27. – (La autoridad de aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas...)

Tenemos conocimiento de que se están implementando políticas de adecuación para dar cumplimiento efectivo al propósito de la ley, generando esto un impacto en la atención de estos pacientes por parte del sistema de salud privado y público no especializado en el área.

Además, podemos mencionar que el contexto político y socioeconómico que atraviesa el país contribuye a generar hechos de mayor violencia y de estrés en la sociedad, dando lugar al aumento de este tipo de casos, (Reacciones Vivenciales Anormales). Sobre todo, en el ámbito de la salud, donde hasta hace un par de años atrás no se observaban tantos hechos de estas características.

Por estos motivos creemos en el valor que puede significar dimensionar en qué condiciones se encuentra enfermería para llevar a cabo las acciones pertinentes al abordaje de este tipo de trastorno.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el nivel de conocimientos de enfermería acerca del manejo de los pacientes con RVA en instituciones no psiquiátricas.

Objetivos específicos

- Determinar si el personal de enfermería conoce que es una Reacción Vivencial Anormal (RVA).
- Caracterizar demográficamente al personal de enfermería en relación con el conocimiento del RVA.
- Establecer el nivel de conocimiento de enfermería acerca de la Ley de Salud Mental.
- Conocer cómo actúan frente a un paciente con RVA en instituciones no especializadas.

MARCO TEÓRICO

APARTADO 1: DEFINICIÓN DE LA R.V.A.

Según K.Schneider¹ describe a la reacción vivencial normal como la respuesta sentimental y dotada de una motivación plena de sentido, a una vivencia; es decir, la respuesta oportuna, motivada y sentimentalmente adecuada a dicha vivencia. Y dice respecto de las reacciones vivenciales anormales:...que; las mismas se apartan sobre todo del promedio de las normales a causa de su extraordinaria intensidad, a lo cual hay que agregar el no hallarse adecuadas con respecto al motivo, o bien la anormalidad de la duración. Existen fluidas transiciones entre tales reacciones vivenciales anormales y las normales. Con frecuencia dependen ampliamente del observador y de cómo éste valora las causas, el que una reacción sea designada como anormal. Es difícil responder a la cuestión de si las reacciones vivenciales son susceptibles de apartarse también de lo anormal de un modo cualitativo.

Las reacciones anormales configuran una expresión exagerada de una vivencia motivadora, existe una desproporción cuantitativa. Saca al individuo de su equilibrio interno, y son de carácter excepcional.

Jaspers (1970)¹ estableció criterios para delimitar las reacciones vivenciales; para que se presente una reacción vivencial se requieren tres condiciones:

- 1) No se hubiesen presentado de no mediar una vivencia.
- 2) El contenido de la reacción vivencial tiene una relación comprensible con la vivencia causal.
- 3) Al desaparecer la causa desaparece la reacción vivencial.

Las reacciones vivenciales anormales: Se apartan sobre todo del promedio de las normales a causa de su extraordinaria intensidad, a lo cual hay que agregar el no hallarse adecuadas con respecto al motivo o bien la anormalidad de la duración.

¹ Kurt Schneider. Patopsicología clínica. Editorial paz Montalvo, 3ra edición. Madrid 1970

Son vivencias psicotraumáticas aquellas que sacuden o minan el equilibrio anímico de un hombre o que trastornan más o menos el balance interno previamente alterado. Se producen porque circunstancias del medio ambiente, que pasando por los órganos de los sentidos, entran en el psique, afectan a ciertas disposiciones sensibles de las personas : de este modo se produce una vivencia afectiva, especialmente intensa o profunda, de forma que no puede ya ser controlada suficientemente por el aparato psíquico global.

Sin embargo hemos de insistir desde el principio en que no son solo los acontecimientos aislados importantes los que actúan psicotraumáticamente, sino que la experiencia de influencias permanentes del medio, poco aparentes, que producen una acumulación de microtraumas anímicos, tiene una importancia existencial para la persona mucho mayor y por ello puede tener efectos psicológicos profundos.

En las respuestas anímicas a las vivencias traumáticas es conveniente distinguir entre reacciones y desarrollos. La reacción psicológica anormal: es la respuesta a un trastorno psicotraumático agudo del equilibrio y cursa en breve tiempo (entre unas horas y un par de meses) como manifestación aislada. Al cesar el efecto traumático de la vivencia la persona recupera relativamente pronto el dominio de sus afectos y la reacción por regla general, cesa sin dejar tras sí alteraciones permanentes de la psique.

Los desarrollos psíquicos anormales: son mucho más difíciles de superar. Bajo el flujo de daños psicotraumáticos crónicos o que se repiten continuamente se producen alteraciones desfavorables de la estructura de determinadas disposiciones psíquicas y con ello actitudes descompuestas de larga duración (meses y años) y la correspondiente orientación inadaptada de la vida.

Existen multitud de clases de sentimientos anímicos (o psíquicos), todos los cuales son susceptibles de convertirse en el sentimiento rector de una reacción anormal.

Se consideran solo más de cerca aquellos sentimientos de los que pueden surgir situaciones que entran en el campo de la psiquiatría, que en

ocasiones alcanzan la magnitud de psicosis que pueden dar lugar a explicaciones de orden diferencial frente a las auténticas psicosis. Se trata únicamente de sentimientos como la tristeza, el terror, y la angustia.

Clasificación de Reacciones psíquicas anormales

● Depresiones reactivas

Solo son anormales aquellas depresiones psicógenas que producen una impresión de desproporción, tanto en relación con la intensidad como con la duración. Se manifiesta con rasgos especialmente llamativos: gran trastorno de la concentración, parálisis de la iniciativa del pensamiento, ideas sobrevaloradas, incapacidad de decisión, etc. Las depresiones psicógenas muy intensas suponen peligro de suicidio.

● Agitaciones reactivas

Hemos de considerar aquí estados de agitación interna de orden colérico o angustioso, motivado por estímulos ambientales especiales, que representan reacciones afectivas desbordadas, inadecuadas, y que cursan con una necesidad de descarga motora. Estas últimas se manifiestan hacia fuera en forma de movimientos expresivos vivos, el carácter desmesurado de la agitación afectiva se muestra muchas veces en la inhibición acompañante del pensamiento, de impulsos llenos de intensa rabia insuficientemente justificados desde un punto de vista objetivo. El impulso ciego puede conducir a actuaciones en corto circuito, ej.: asesinatos, infanticidio, actos incendiarios, suicidio, etc.

● Reacciones primitivas

Solo se tratan de aumentos cuantitativos de formas vivenciales normales. Es característico de las reacciones primitivas en que el trauma psíquico provoca un afecto muy intenso de aparición repentina, temor, angustia, ira, desesperación, que paraliza la “capa superior” estructurada de modo racional de la psique, y

aviva ciertas formas de reacción generales, preformadas somáticamente y muy amplias, de las capas inferiores primitivas, según Kretschmer (1970)¹ entran en juego aquí mecanismos de protección y de defensa muy primitivos, el mundo que los rodea es percibido solo de modo incompleto, estas expresiones solos sirven para la propia descarga y no tienen relación con el mundo circundante.

● Reacciones de Conversión

El intenso afecto de desagrado provocado por el trauma psíquico se exterioriza en mecanismos somáticos preformados, estos se convierten en expresión de lo anímico: parálisis psicogénicas, espasmos psicógenas, tics, temblores psicógenos, también trastornos de la sensibilidad y de los sentidos como reducción del campo visual, sordera.

Así como expresión corporal de afectos traumáticos agudos se producen por ejemplo desmayos vegetativos, ataques de asma, urticaria, síntomas cardiovasculares y gastrointestinales.

● Reacciones histéricas.

Representan un papel con la intención de obtener de los demás atención, compasión, amor, ayuda, etc. Con la intención de obtener una ganancia del medio ambiente. El histérico cree en la enfermedad que finge y de hecho tiene un sufrimiento.

Todas las reacciones psicogénicas explicadas hasta aquí pueden servir de material para la exageración histérica. Se produce sobre todo en personas débiles mentales, primitivo e infantil.

● Reacciones hipocondriaco.

El deseo histérico de enfermedad, que está siempre más o menos reprimido por la conciencia del yo, los temores hipocondriacos originan un exagerado auto observación lo que lo lleva a provocar verdaderos trastornos funcionales, porque muchos funcionalismos automáticos pueden ser modificados por la atención dirigida a ellos.

También puede darse por una tendencia de encubrir o justificar, ante sí mismo, por medio de la enfermedad cualquier fracaso en la vida.

Lo mismo que el histérico, el hipocondriaco puede también en su exagerado temor a la enfermedad activar aquellos patrones preformados que estudiamos en las reacciones de conversión y puede dar expresión a su temor por medio de convulsiones, temblor, etc., psicógenos sin que la reacción por ello tenga que adquirir un carácter histérico.

● Reacciones paranoides

Consisten en que, tras una vivencia psicotraumáticas (ofensa, humillación, vergüenza) aparecen durante cierto tiempo ideas erróneas de ser tratado por el mundo de un modo hostil, de ser perjudicado o despreciado, pero no se trata de verdaderas ideas delirantes con una pérdida constante y duradera de la crítica, sino solo de ideas sobrevaloradas, anormalmente cargadas de afecto.

Consiste en una tendencia exagerada a poner en relación los hechos con uno mismo de tal forma que los acontecimientos del mundo son referidos de un modo falso a la propia persona, así como una impresionabilidad aumentada y una tendencia a la retención interna de vivencias.

Cuando el trauma psíquico más o menos *agudo* no se repite, las reacciones psíquicas anormales duran por regla general solo poco tiempo (entre unas horas y un par de semanas).

DATOS ESTADISTICOS DE TRASTORNOS MENTALES EN ARGENTINA

En el año 2018 se realiza en Argentina el primer estudio de Epidemiología en Salud Mental, financiado por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Facultad de medicina de la UBA en conjunto con la Universidad de Harvard, gracias a un convenio con el Consorcio Internacional de Epidemiología psiquiátrica.

El objetivo del estudio fue recolectar datos propios del país en epidemiología en salud mental, este estudio arrojó como resultado que una de cada tres personas padecerá algún trastorno a lo largo de su vida. Llamativamente los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia, acá encontramos en primer lugar las fobias específicas, la ansiedad generalizada, los trastornos de ansiedad por separación, el trastorno obsesivo compulsivo, seguido por el estrés postraumático (dentro de este grupo encontramos las Reacciones Vivenciales Anormales, que se dan si el individuo desencadena una expresión exagerada de la vivencia). Seguidas de los trastornos de ánimo, como el trastorno depresivo mayor, la bipolaridad y la distimia. Y por último encontramos los trastornos de abuso de sustancias.

Contar con estos datos propios nos permite tomar cartas en el asunto, replanteándonos si estamos en el camino correcto con la modificación de la Ley de Salud mental que pretende cerrar los hospitales monovalentes y no hacer un análisis más profundo y a largo plazo de cómo podemos prevenir o mejorar el estado de salud de nuestra sociedad.

Según Federico Pavlovsky (2018)² “El conocimiento de datos epidemiológicos en salud mental es clave para definir aspectos tan básicos y esenciales como la currícula de estudio de las carreras de grado, desarrollar programas de tratamiento y evaluar, desde una perspectiva de salud pública, la eficacia de las medidas. No solo es un tema de interés académico sino también ético, saber de qué sufre nuestra sociedad y formarnos para estar a la altura de las circunstancias”. (El perfil)

²Florencia Ballarino. El perfil. Buenos aires 11 del 2018. Disponible: www.perfil.com

APARTADO 2: LEY DE SALUD MENTAL N°26.657

Según La ley de salud Mental garantiza el derecho a la atención de toda persona con trastorno mental o enfermedad mental que asista a un establecimiento tanto privado como público, debiendo atender independientemente del sexo, raza, religión, edad e idioma, ya se lo considera como un todo.

Brindar una atención pronta así disminuir su sufrimiento.

Brindarle información clara, precisa y adecuada de su padecimiento mental, en términos que el paciente logre comprender lo que se le está explicando.

Escucharlo cuando el paciente desee hablar sobre lo que le está sucediendo, y a su vez brindar información clara con respecto a su tratamiento.

Si el paciente es incapaz se le brindará información al familiar o representante legal.

Se debe promover comunicación y acompañamiento familiar, para que el paciente no se sienta abandonado por ellos.

En caso que el paciente no asista con un acompañante buscar, datos e información que puedan brindar acerca del apoya familiar.

Proteger y resguardar en todo momento la integridad física como la intimidad del paciente.

No brindar información del paciente a terceros a menos que el paciente de su consentimiento³

³Ley de Salud Mental N° 262657, decreto 603/2013. Disponible:

<http://www.saij.gob.ar/603-nacional-reglamentacion-ley-26657-sobre-salud-mental-dn20130000603-2013-05-28/123456789-0abc-306-0000-3102soterced>

APARTADO 3: RECOMENDACIONES PARA LA ATENCION DE URGENCIAS DE SALUD MENTAL (ACCIONES DE ENFERMERIA)

Aproximación y evaluación psiquiátrica de urgencia.

El proceso de evaluación del paciente en una urgencia psiquiátrica debe adaptarse a cada situación. A través del mismo el médico debe procurar diagnosticar la existencia de algún cuadro psiquiátrico, clínico o neurológico que pueda ser la causa de la urgencia, adecuando su intervención a cada caso en particular. Así por ejemplo sería inadecuado sentarse a escuchar si sospechamos que el paciente puede tener un cuadro neurológico o intervenir demasiado rápidamente si pensamos que el paciente presenta un trastorno de personalidad y que por alguna motivación busca internación.

A la evaluación inicial se le ha dado el nombre de triage, que se refiere al hecho de separar y clasificar a los pacientes de tal forma que puedan ser encauzados para recibir el tratamiento adecuado. En breves instantes se debe decidir la ruta que debemos seguir con el paciente en función de sus necesidades. Se puede clasificar a los pacientes con padecimientos psiquiátricos en tres categorías según el riesgo:

1. Emergencia: hay signos vitales anormales o conducta amenazante para el propio paciente o para los otros. En el primer caso, la medida inicial será la valoración médica. En el segundo, seleccionar la indicación de las medidas de control del medio ambiente (habitación, acompañante, etc.), de contención física, farmacológica o de ambas.
2. Aguda: en los casos de ideación suicida, ansiedad intensa, dificultades de recabar adecuadamente información. En estos casos el manejo inicial será la valoración psiquiátrica.
3. No aguda: cuando el paciente reclama asistencia psiquiátrica pero no cumple criterios para un tratamiento urgente. En este caso habrá que valorar psiquiátricamente la derivación hacia los servicios de salud mental.

Si es posible hay que hablar primero con el paciente, y posteriormente con los acompañantes para solicitar información adicional. Tanto en esta evaluación inicial como en fases posteriores lo ideal sería un lugar tranquilo para la evaluación, preferiblemente una habitación individual y sin ruido, para procurar prevenir que pueda incrementarse la agresividad o ansiedad del paciente.

Conviene tener situados adecuadamente mecanismos de contención física (camilla o correas de sujeción) o sedación (como medicamentos de administración intramuscular) para el caso de que fueran necesarios.

Resulta útil realizar una exploración rutinaria de forma que no se pase por alto ningún aspecto relevante.

- ✓ La historia clínica debe incluir los siguientes puntos:
- ✓ Motivo de consulta: signos y síntomas, inicio, relación con factores precipitantes y evolución.
- ✓ Antecedentes orgánicos y medicación actual.
- ✓ Antecedentes tóxicos: alcohol y o drogas.
- ✓ Antecedentes psiquiátricos: tratamiento farmacológico (tiempo y dosis) o psicoterapéutico previo. Internación por motivos psiquiátricos.
- ✓ Antecedentes psiquiátricos familiares.
- ✓ Valoración orgánica.
- ✓ Exploración psiquiátrica.
- ✓ Medio social, familiar y laboral del paciente.

Con relación a la valoración orgánica es importante tener en cuenta que cualquier síntoma psiquiátrico puede estar causado o exacerbado por patología orgánica. Es por esto que la valoración orgánica es una parte indispensable de la evaluación psiquiátrica de urgencia, y debe ser especialmente completa si cualquier parte de la entrevista o del examen del estado mental del paciente sugiere organicidad. Así también los pacientes con enfermedades mentales tienen mayor riesgo que la población general de padecer enfermedades somáticas graves que precisan atención urgente.

Hay determinadas características que nos deben hacer profundizar en el examen físico. Así un cuadro psiquiátrico de instauración súbita, la relación temporal con enfermedades o tratamientos farmacológicos, una alteración del nivel de conciencia, o clínica poco frecuente como síntomas psicóticos de inicio tras los cuarenta años o la presencia de alucinaciones visuales, deben hacer buscar con mayor fuerza una posible etiología orgánica.

Determinados cuadros médicos se presentan con relativa frecuencia como urgencias psiquiátricas. Algunos de los más importantes son:

Alteraciones hidroelectrolíticas

Hipo e hipertiroidismo

Cetoacidosis diabética

Hipoglucemia

Infección urinaria

Infarto de miocardio

Enfermedad Cerebro Vascular Aguda

Traumatismo Craneoencefálico Insuficiencia Respiratoria

Enfermedad Hepática Aguda Intoxicación o deprivación alcohólica

Intoxicación o deprivación de drogas

SIDA

Envenenamientos

En todos los pacientes deberían realizarse las siguientes valoraciones:

- ✓ Exploración física y o neurológica
- ✓ Registro de los signos vitales: temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

- ✓ Si se dispone de un laboratorio de urgencias, y en caso de cualquier duda sobre la etiología del cuadro, debería realizarse una analítica básica que incluyera: hemograma completo, electrolitos, glucosa, urea y creatinina, además de las que estimaran oportunas (por ej. tiempo de protrombina y amoníaco en caso de sospecha de encefalopatía hepática o determinaciones de tóxicos si se sospecha su ingesta).

Con respecto a la exploración psiquiátrica deben evaluarse de forma rutinaria los siguientes aspectos del estado mental o funciones intelectuales superiores del paciente:

- Estado de conciencia (alerta, obnubilado o estuporoso)
- Orientación.
- Concentración.
- Memoria.
- Pensamiento: contenido (delirios persecutorios, autorreferenciales, etc.) y curso (acelerado, enlentecido, disgregado).
- Afectividad: estado de ánimo (tristeza, euforia), afecto (restringido, lábil), ansiedad.
- Sensopercepción: alucinaciones, ilusiones
- Ritmos biológicos: sueño, apetito, función sexual.

La evaluación psiquiátrica de urgencia debe permitir elaborar un diagnóstico aproximado del cuadro psiquiátrico, o si se sospecha de un proceso neurológico o físico, para orientar el resto del examen.

Con toda la información recabada debemos decidir donde se realizará el manejo de la situación: en forma ambulatoria en caso de ser manejable, en un centro hospitalario de referencia cuando el cuadro orgánico así lo requiere o si se deberá remitir el paciente a una institución especializada si su cuadro psiquiátrico así lo requiriera.

Las crisis de agitación aguda consisten en un aumento inadecuado de la actividad motora. Pueden tener una intensidad variable entre inquietud psicomotriz y agitación extrema.

No todo paciente agitado es violento. En el paciente violento la hiperactividad presenta un objetivo determinado y puede manifestarse en forma de hostilidad, brusquedad o tendencia a la destrucción con auto y/ o heteroagresividad.

También puede observarse en el paciente agitado oposición al medio y a las indicaciones, ansiedad severa, pánico u otros estados emocionales intensos. Otros síntomas presentes en este síndrome pueden ser alucinaciones, ideas delirantes, desorientación temporoespacial, etc. De acuerdo a la etiología del cuadro.

La agitación debe considerarse una situación de urgencia vital. Estas situaciones se dan con frecuencia entre los enfermos atendidos en áreas de urgencias y médico quirúrgicas de los hospitales generales y no sólo en instituciones psiquiátricas. La valoración de la conducta agitada supone por lo general, la rápida aplicación del sentido común y la experiencia de cualquier equipo de salud.

En el abordaje del paciente agitado está involucrado todo el personal disponible. Da lugar a intervenciones en situaciones de gran presión que requieren una actuación rápida, con implicaciones médicas y legales y gran componente emocional. Es imprescindible garantizar la seguridad de todas las personas implicadas, para lo que es necesario seguir pautas protocolizadas en las que el personal debe estar adecuadamente entrenado.

La consideración de la conducta agitada objeto de la intervención como “conducta sintomática” es la única justificación de una actuación contra la voluntad del individuo, y adjetiva al acto como médico, y al sujeto como paciente.

- La forma de presentación de la crisis es variable, y depende de las circunstancias que rodean al hecho y de las características propias del

individuo. Por ejemplo, será diferente en un paciente con trastorno psicótico, en un intoxicado, en un alcohólico, en quien padece una patología orgánica o en una persona normal en crisis. Generalmente la presentación del cuadro es dramática; los pacientes son traídos a la guardia en un estado de máxima agitación, con amenazas de actos violentos, con antecedentes de haber agredido física o verbalmente a otras personas, siendo muy difícil controlar su comportamiento.

- Es importante efectuar una evaluación que nos permita arribar a una orientación diagnóstica en el menor tiempo posible. En estos casos es importante establecer, a través de la valoración orgánica y del examen psiquiátrico, el estado de conciencia, la existencia de alteraciones de la afectividad, de la Sensopercepción, del pensamiento. En cualquiera crisis de agitación aguda psicomotriz es prioritario la atención a la situación orgánica del paciente que puede implicar un riesgo vital. Como en todos los casos, el primer paso es descartar que haya una patología orgánica que pueda motivar el cuadro. Hay que tener en cuenta que la alteración del nivel de conciencia es prácticamente patognomónica de patología orgánica. Además se pueden presentar alteración de la memoria, desorientación y alteración del ritmo sueño vigilia. Conviene recordar que las alucinaciones visuales nos orientan a pensar siempre en una causa orgánica. Con frecuencia las intoxicaciones, sobre todo el alcohol y las drogas, pueden ser causa de un cuadro de excitación psicomotriz. Una adecuada entrevista y exámenes de laboratorio complementarios nos orientarán en el diagnóstico.
- En algunas ocasiones en paciente con agitación puede ser necesaria la sedación y contención mecánica para poder realizar una correcta evaluación médica. Así mismo también se debe evaluar la peligrosidad de estos pacientes, extremando los cuidados cuando exista sintomatología paranoide, crisis de furor, reacciones de ira y en cualquier cuadro con ideas delirantes o alucinaciones.³

SUGERENCIAS TERAPÉUTICAS:

A) CONTENCIÓN EMOCIONAL:

La premisa fundamental es evitar que el paciente se haga daño a sí mismo o les haga daño a otros. El primer paso es hablarle al paciente. El médico debe actuar con serenidad y firmeza para lograr un ambiente de tranquilidad para el enfermo, orientando al paciente con relación al lugar donde se encuentra y preguntándole que le sucede y recordándole el objetivo terapéutico que tenemos. Es importante evitar dudas en el paciente con respecto a la identidad del médico y del personal de salud interviniente. El médico debe tratar de establecer una relación con el paciente que le infunda confianza, invitándolo a sentarse y tranquilizarse, escuchándolo y comprendiendo, sin afirmar ni negar lo que el paciente expresa. Nunca se debe discutir con el paciente. El que el paciente pueda expresar con sus propias palabras lo que le ocurre ayuda a calmar la excitación del mismo. Es importante que el entrevistador transmita al paciente la seguridad de que controla la situación, y que no permitirá que lleve a cabo actos agresivos. Una medida que colabora a desdramatizar la situación y al manejo del ambiente es evitar la presencia de curiosos o personas que puedan irritar al paciente y que no ofrecen ninguna colaboración efectiva.

Se debe hablar con el paciente durante todo el procedimiento, preguntando como se encuentra, las posibilidades que tiene de perder el control y los sentimientos que eso le genera. Si percibe que no puede afrontar la situación el médico debe pedir ayuda y no continuar intentándolo a solas. Es importante disponer de un ambiente adecuado: una habitación amplia y tranquila, con dos puertas de acceso que no se puedan bloquear por dentro. Los muebles deberían estar fijos y sin objetos peligrosos. Disponer de personal de salud adecuado, suficiente y entrenado. El personal de salud debe mantenerse cercano a la salida y conservar una distancia de seguridad respecto al paciente y cuidar la postura y el lenguaje. Debe mostrar calma y comprensión evitando desafíos o provocaciones. Mantener al paciente siempre bajo vigilancia o supervisión. Evitar que se encierre en lugares de difícil acceso. Evitar el personal no necesario o la presencia de curiosos. El personal de seguridad debe estar

próximo, alerta y si fuera necesario presente. Ante la presencia de armas solicitar la intervención del personal de seguridad y/o las fuerzas del orden.⁴

B) CONTENCION MECANICA:

Se recurrirá a esta medida cuando haya sido imposible resolver la crisis por medio de la intervención verbal y/o del uso de psicofármacos considerando la persistencia del riesgo cierto e inminente. Tener en cuenta que al ser una medida restrictiva su utilización está fundamentada en el cuidado de la salud y enmarcada dentro de un enfoque de derechos.

Es un procedimiento que permite limitar los movimientos de la persona agitada mediante sistemas de inmovilización física, evitando un posible daño para la persona en crisis y para su entorno.

En el entorno de las urgencias, se debe contar con un protocolo de actuación que contenga los datos filiatorios, diagnóstico, estado de situación que justifique la medida, que medidas terapéuticas fracasaron previamente, tipo de sujeción, estado clínico general y hora de inicio y finalización de la sujeción.

La práctica de sujeción mecánica, no constituye una medida terapéutica por sí sola, y no implica el alivio de sufrimiento de la persona. Es principalmente un medio para facilitar la acción de los abordajes descriptos anteriormente.

Esta práctica supone una relación de asimetría real, concreta y materializada entre el equipo de salud y la persona con padecimiento psíquico. Se debe tener siempre presente que constituye en tanto recurso coercitivo, un momento en donde la reciprocidad u acuerdo terapéutico no son posibles debido a que compromete la subjetividad y ejercicio de derechos. Esto conlleva a experimentar emociones negativas por parte de los profesionales y persona con padecimiento psíquico.

⁴ Ministerio de salud. Lineamiento para la atención de la urgencia en salud mental. Argentina 2013. Disponible: www.cplz.org.ar

Precauciones:

La contención física no constituye una medida terapéutica por sí sola, es principalmente un medio para facilitar la acción de los abordajes descritos anteriormente, en caso de presentarse, por ejemplo, dificultad para medicar, extrema agitación motora, autolesiones compulsivas, la manipulación de vías o sondas, entre otros.

Examinar posibles complicaciones clínicas que pueden originarse directamente por la presión o por mal posicionamiento del medio de contención tales como: abrasiones de la piel, compresión de nervios, isquemia de las extremidades y órganos. La inmovilidad puede producir entre otras complicaciones, trombo embolismo pulmonar y úlceras de decúbito.

Los incidentes potencialmente mortales pueden ser causados por mala colocación de las medidas de contención y por los intentos simultáneos de la persona que busca liberarse, lo que puede determinar asfixia y muerte.

Es importante contar con el personal necesario para efectuar el procedimiento. En caso de escalada de los síntomas de irritación y agresividad no se debe esperar a ser agredido para intervenir y, en caso de ser necesario, avisar al personal de seguridad o policía. Las fuerzas de seguridad tienen la obligación legal de colaborar. En caso contrario es delito de abandono de persona.

Procedimiento:

Las recomendaciones presentadas pueden requerir diversos grados de complejidad, de acuerdo a cada situación presentada.

Eliminar objetos peligrosos próximos y prever, de ser posible, un espacio físico adecuado para dicha intervención.

De ser posible, contar con la ayuda de 4 o 5 personas: una por cada extremidad y otra para el control de la cabeza. Es recomendable que alguien coordine la intervención.

Sujetar primero un brazo y la pierna contralateral, hasta sostener todas las extremidades, así como la cabeza y, según la intensidad del cuadro, también la cintura.

- Colocar la cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones.
- Evitar la opresión del cuello y abdomen.
- Las sujeciones de cuero, material de consistencia similar o silicona son las más seguras para realizar la contención. Las vendas, sábanas o similares pueden desajustarse o producir lesiones.
- Las ligaduras deben permitir movimientos amplios y no obstaculizar la circulación.

La persona deberá ser evaluada y acompañada en forma permanente:

- Controlar los signos vitales, hidratación, vía aérea, higiene y necesidades básicas.
- Aflojar y rotar periódicamente las ataduras para evitar lesiones.

Explicitar cada acto del procedimiento, la intención de ayudar y cuidar, así como la transitoriedad y brevedad posible de esta medida, respetando en todo momento la dignidad humana. Considerar que se retirará, en forma gradual, cuando aparezca el efecto sedativo de los psicofármacos y remita el cuadro de excitación.

C) ABORDAJE PSICOFARMACOLOGICO:

El empleo de medicación constituye una de las herramientas del equipo de salud. A través de su uso en el abordaje de las urgencias, se pretende disminuir el sufrimiento y en los casos de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros lograr la sedación, con el fin de poder definir una conducta efectiva para el seguimiento.

La medicación responderá a las necesidades fundamentales de la salud de la persona y solo se utilizará con fines terapéuticos o de diagnóstico.

Utilizar la vía oral en primer lugar si es posible. En caso contrario o de riesgo inminente, se usará la vía intramuscular (de más rápida acción).

El uso combinado de Haloperidol y de Lorazepam es la indicación más adecuada para atender la urgencia.

La combinación de ambos potencia el efecto incisivo (antidelirante /antialucinatorio) del Haloperidol y el efecto sedativo del Lorazepam que poseen por separado, permitiendo utilizar menor dosis de cada uno.

El Haloperidol posee el mayor efecto incisivo de todos los antipsicóticos y el Lorazepam, al ser relajante muscular, disminuye la aparición de disquinesias precoces que se pueden presentar con el primero (disonías cervicofaciales, bucolingual y faríngea o de otros grupos musculares).

No se recomienda el uso de Lorazepam en personas que cursan cuadros de intoxicación con drogas sedativas, hipnóticos o ambas, daño cerebral y en población adulta mayor. No es aconsejable el uso de antipsicóticos típicos sedativos como la Clorpromazina, Levomepromazina (Nozinan) y Prometazina (Fenergan) por ser bloqueantes alfa adrenérgicos, pudiendo generar efectos contraproducentes (hipotensión, arritmias, etc.), sobretodo en personas con antecedentes cardiovasculares previos.

Para la elección del fármaco a utilizar es conveniente delimitar.

- 1) Si la crisis corresponde primariamente a un cuadro orgánico (tóxico, metabólico, entre otros) o psicógeno (trastornos producidos por factores psicológicos o emocionales)
- 2) Cuáles son los síntomas preponderantes y más perturbadores, porque acorde a ellos será el tratamiento a instaurar en la urgencia,
- 3) Si se conocen los antecedentes de tratamientos y la urgencia constituye una descompensación, tener en cuenta el esquema previo y su cumplimiento.

Esquema de referencia:

Haloperidol: Comp. 1, 5 y 10 mg y gotas con 0.1 mg haloperidol/gota y de 0.5 mg haloperidol/gota (VO), ampollas de 5 mg (IM).

Cada administración puede ser entre 2 a 10 mg VO o IM. La dosis máxima diaria no debe superar los 20 mg. El haloperidol es una medicación segura ya que se requieren dosis muy elevadas para provocar letalidad.

En niños, niñas y adolescentes: de 3 a 12 años: 0,01 a 0,03 mg/kg/día VO en dos dosis día. Máximo 0,15 mg/kg/día. En mayores de 12 años: 0,5 a 5 mg dosis. Por vía IM: 0,025 a 0,075 mg/kg/ dosis o 1 a 5 mg dosis, repetibles cada ½ a 1 hora hasta ceder la agitación.

Lorazepam: Comp. 1, 2, 2.5 mg vía oral (VO) o ampollas de 4 mg vía intramuscular (IM) (requiere cadena de frío)

Dosis de inicio: En adultos sanos 2 mg (VO o IM), no se deben superar los 4 a 6 mg en un lapso de 1.5 hs. En niños, niñas, adolescentes o ancianos 0.5 a 1 mg (VO o IM), no se deben superar los 2 a 4 mg en un lapso de 1.5 hs. Considerar antecedentes de uso y posibilidades de efecto paradójico.

Las dosis pueden repetirse cada 30 a 60 minutos hasta obtener la remisión de la excitación de la persona. La dosis máxima de Lorazepam en 24 horas es de 10 a 15 mg.

Atención de las Urgencias en Salud Mental

Se pueden repetir ambos (haloperidol + Lorazepam) luego de la primera hora de administrados. Si fuera necesario, puede acortarse el tiempo de repetición de las dosis a cada 30 minutos hasta la remisión de la agitación.

En caso de no contar con haloperidol, podrá ser reemplazado por otro antipsicótico típico, como el zuclopentixol, o por antipsicóticos atípicos, como la Risperidona, olanzapina o quetiapina. En caso de no contar con Lorazepam, reemplazar por Clonazepam (sublingual o vía oral) o Diazepam con las precauciones.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente trabajo de investigación propone una metodología descriptiva cuantitativa. Donde describimos, identificamos y caracterizamos el problema.

Es de tipo transversal

Se realiza una sola medición en un momento determinado.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se llevara a cabo en el ámbito privado, siendo el lugar elegido el Hospital Santa Isabel de Hungría ubicado en calle pedro del castillo 2854 y también en el ámbito público en el Centro de salud N° 246 de puente de hierro, ambos del departamento de Guaymallén de la provincia de Mendoza.

UNIVERSO

El universo de nuestra investigación son los enfermeros profesionales y licenciados que trabajan en el Hospital Santa Isabel de Hungría y en el centro de salud N° 246, durante el mes de septiembre del 2019.

MUESTRA

Nuestra muestra se toma de manera aleatoria dentro de las instituciones que conforman el universo.

Son 30 enfermeros encuestados, de los cuales 15 enfermeros son del ámbito público y 15 enfermeros del ámbito privado.

VARIABLES

Es una entidad abstracta que adquiere distintos valores, se refiere a una cualidad, propiedad o característica de un apersona o cosa en estudio y varia de un sujeto a otro o en un mismo sujeto en diferentes momentos, en nuestra investigación la variable en estudio es el Nivel de conocimientos acerca de las R.V.A.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- .Edad
- .Estado civil
- .Antigüedad laboral
- .Institución donde trabaja

VARIABLES DEPENDIENTES:

- .Actualización de conocimientos
- .Capacitación en el manejo de la RVA
- .Tener protocolos de actuación
- .Conocimiento de la RVA
- .Conocimiento de la ley de salud mental
- .Recepción de pacientes con RVA

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos específicos	Variables	Definición de variables	Indicadores
Caracterizar demográficamente al personal de enfermería en relación con el conocimiento del RVA.	Demografía del personal de enfermería	Conocer el estado demográfico del personal de enfermería.	.Edad .Sexo .Estado civil .Nivel de formación .Antigüedad laboral .Institución donde trabaja .Trabaja en otra institución.
Establecer el nivel de conocimiento de enfermería acerca de la Ley de Salud Mental.	Conocimiento de la Ley de Salud Mental.	Conocer, el modo de actuación en caso de una R.V.A.	¿Mantiene actualizado su conocimiento acerca de la ley 26.657 de salud mental? Según el artículo n°1 de la ley de salud mental. ¿Todo paciente que se presente con R.V.A en un establecimiento que presta servicios de

			salud será atendido? ¿Según la ley 26657 de la salud mental que tipo de contención se realiza como primera medida en pacientes que presentan una R.V.A?
Determinar si el personal de enfermería conoce que es una Reacción Vivencial Anormal (RVA).	Conocimiento del personal de enfermería sobre la R.V.A.	Determinar el conocimiento de la R.V.A. y sus causas	¿Tiene conocimiento de que significa una R.V.A.? ¿Cuáles son las causas que originan una R.V.A.? ¿Recibe capacitación del manejo de R.V.A? ¿Cuándo fue la última capacitación que recibió del

			manejo de una R.V.A? ¿Recibió alguna vez un paciente con R.V.A. en su ámbito laboral?
Conocer cómo actúa frente a un paciente con RVA en instituciones no especializadas.	Actuación de R.V.A. en instituciones no psiquiátricas	Determinar protocolos de actuación en R.V.A. instituciones no psiquiátricas	.Según el protocolo de actuación en pacientes con R.V.A ¿Cuál de esta combinación de estos fármacos es la adecuada? ¿Qué medicación esperarías encontrar para tratar una R.V.A. en un botiquín o en su ámbito de trabajo? ¿En su ámbito laboral cuenta con protocolos de actuación en casos de pacientes con R.V.A.?

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuente primaria: encuestas cerradas, las cuales son de diseño propio. Se hace entrega del cuestionario a la muestra para ser completado y se retiran al día siguiente.

ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Se volcaron a la tabla matriz los datos obtenidos a través del uso de Microsoft office Excel 2017, luego se construirán tablas de entrada simples y una de doble representas en barras, procedimiento, luego a los análisis estadísticos de los resultados.

RESULTADOS

TABLA N°1

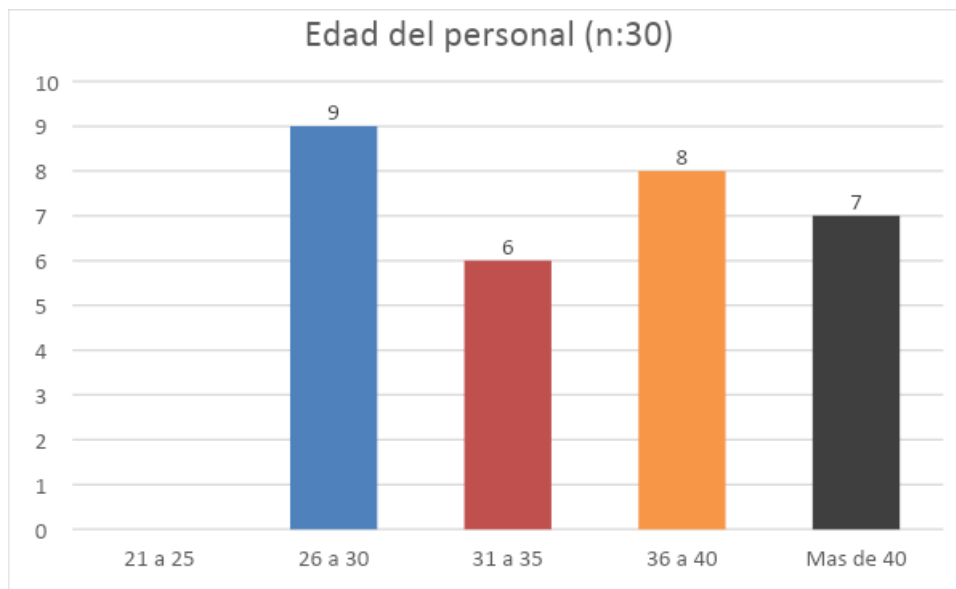
Variable: Demografía del personal de enfermería

Indicador: edad

Edad	FA
21 a 25	0
26 a 30	9
31 a 35	6
36 a 40	8
Más de 40	7

Referencia: De los treinta (30) Enfermeros encuestados, se observó que los rangos de edades de los enfermeros nueve (9) tienen entre 26 a 30 años y ocho (8) entre 36 años a 40 años.

GRAFICO N° 1



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°2

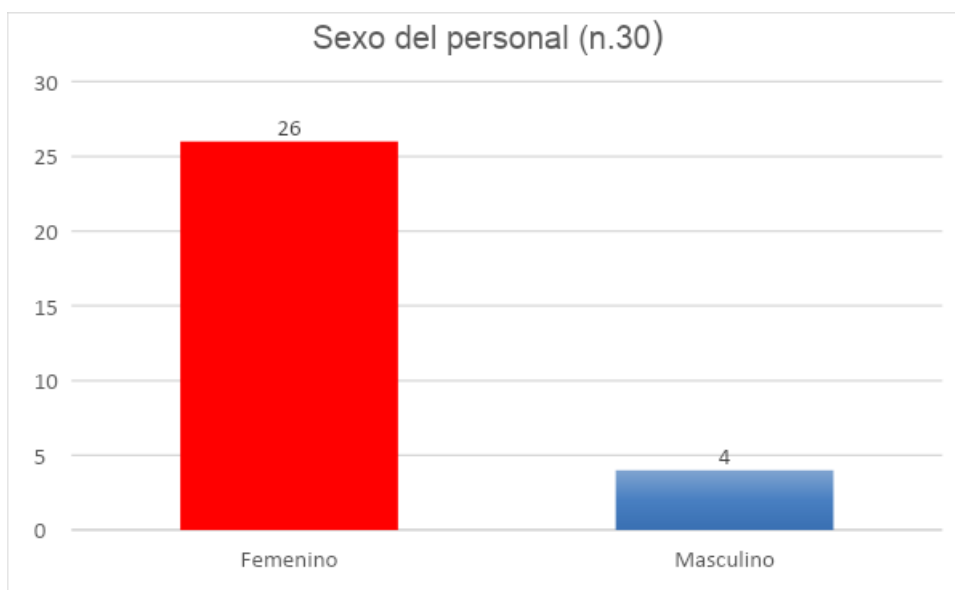
Variable: Demografía del personal de enfermería

Indicador: sexo

Sexo	FA
Femenino	26
Masculino	4

Referencia: De las encuestas realizadas a los enfermeros se observó que la mayoría veinte seis (26) son del sexo femenino.

GRAFICO N °2



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°3

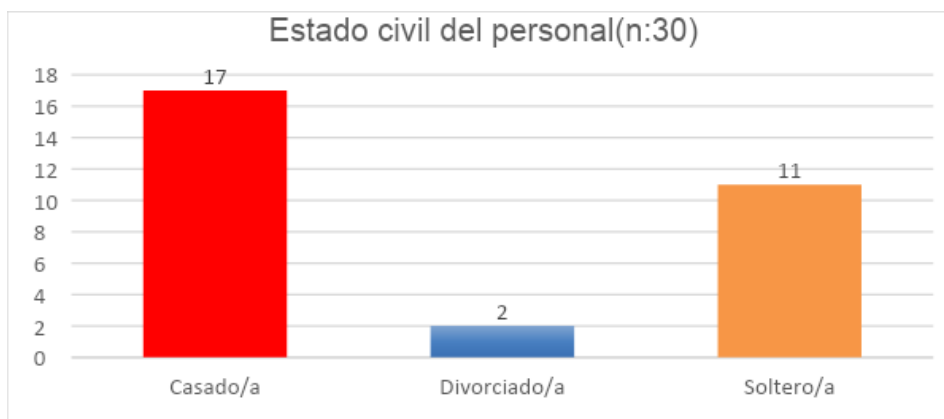
Variable: Demografía del personal de enfermería

Indicador: Estado civil

Estado civil	FA
Casado/a	17
Divorciado/a	2
Soltero/a	11

Referencia: De los encuestados se observó que diecisiete (17) están casados.

GRAFICO N°3



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°4

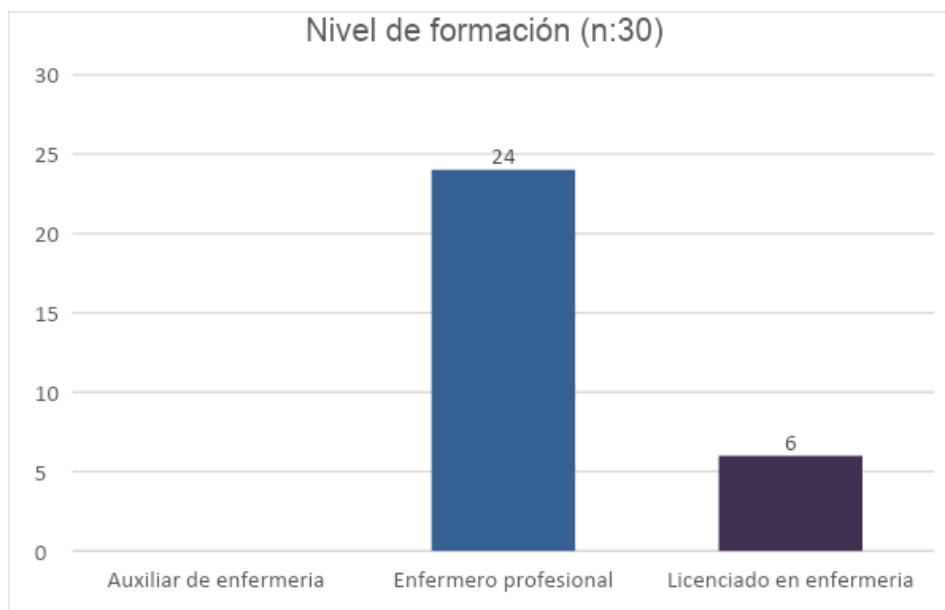
Variable: Demografía del personal de enfermería

Indicador: Nivel de formación

Nivel de formación	FA
Auxiliar de enfermería	0
Enfermero profesional	24
Licenciado en enfermería	6

Referencia: De los 30 enfermeros encuestados la mayoría: veinte cuatro (24) son enfermeros profesionales y seis (6) Licenciados en enfermería.

GRAFICO N°4



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019

TABLA N°5

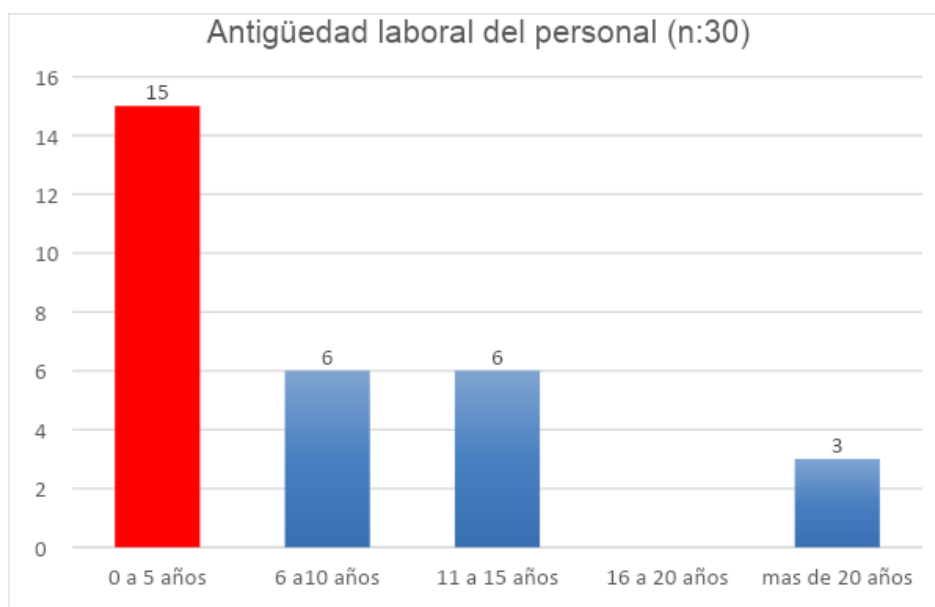
Variable: Demografía del personal de enfermería

Indicador: Antigüedad laboral

Antigüedad laboral del personal	FA
0 a 5 años	15
6 a10 años	6
11 a 15 años	6
16 a 20 años	0
más de 20 años	3

Referencia: De la mayoría de los encuestados quince (15) tienen antigüedad de 0 -5 años y tres (3) más de 20 años.

GRAFICO N°5



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019

TABLA N°6

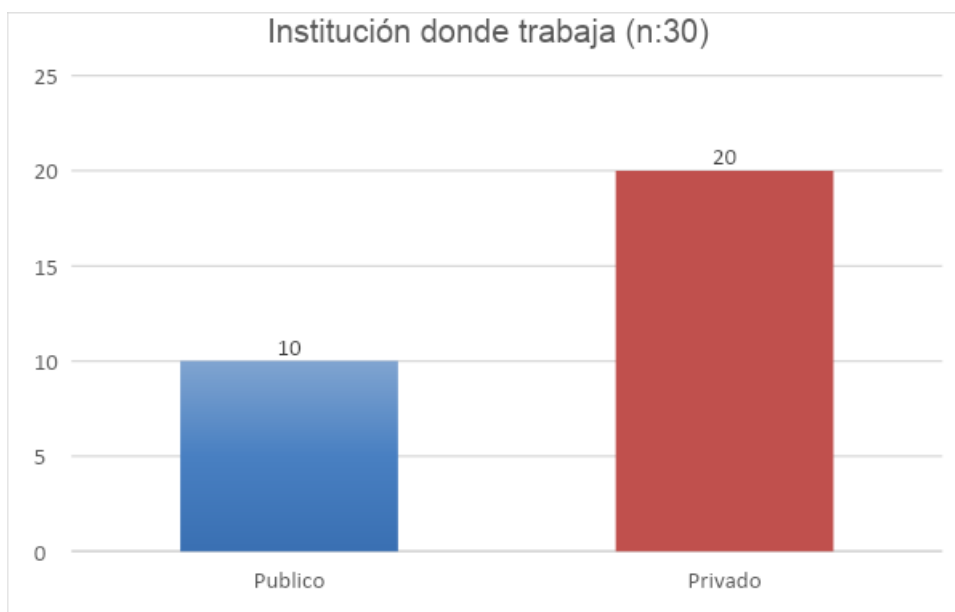
Variable: Demografía del personal de enfermería

Indicador: Institución donde trabaja

Institución donde trabaja	FA
Publico	10
Privado	20

Referencia: La mayoría de los enfermeros encuestados veinte (20) trabajan en la parte privada y diez (10) en parte pública.

GRAFICO N° 6



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital "Santa Isabel de Hungría" (privado) y el Centro de Salud 246" (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°7

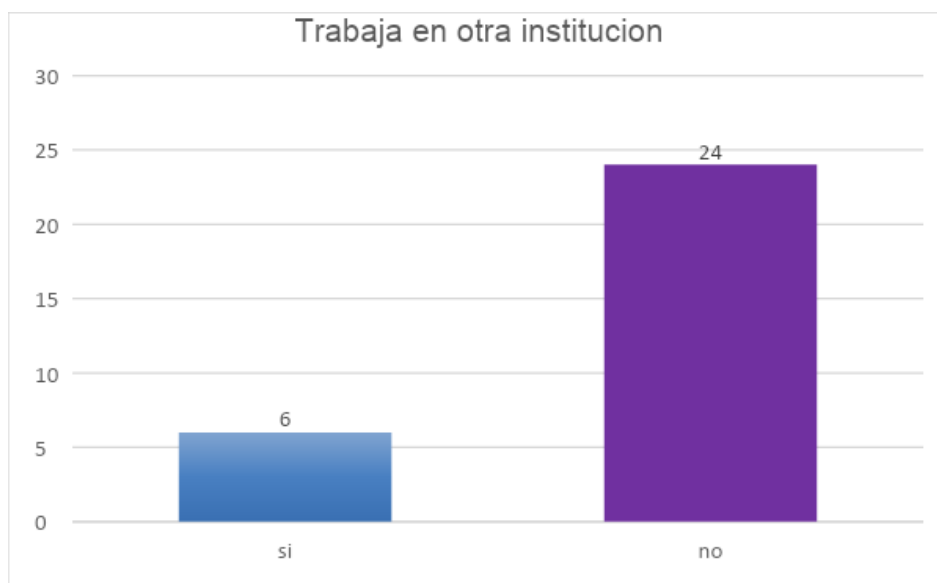
Variable: Demografía del personal de enfermería

Indicador: Trabaja en otra institución

Otro trabajo	FA
Si	6
No	24

Referencia: De los enfermeros encuestados la mayoría: veinte y cuatro (24) no trabajan en otra institución y seis (6) trabajan en otra institución.

GRAFICO N°7



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital "Santa Isabel de Hungría" (privado) y el Centro de Salud 246" (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°8

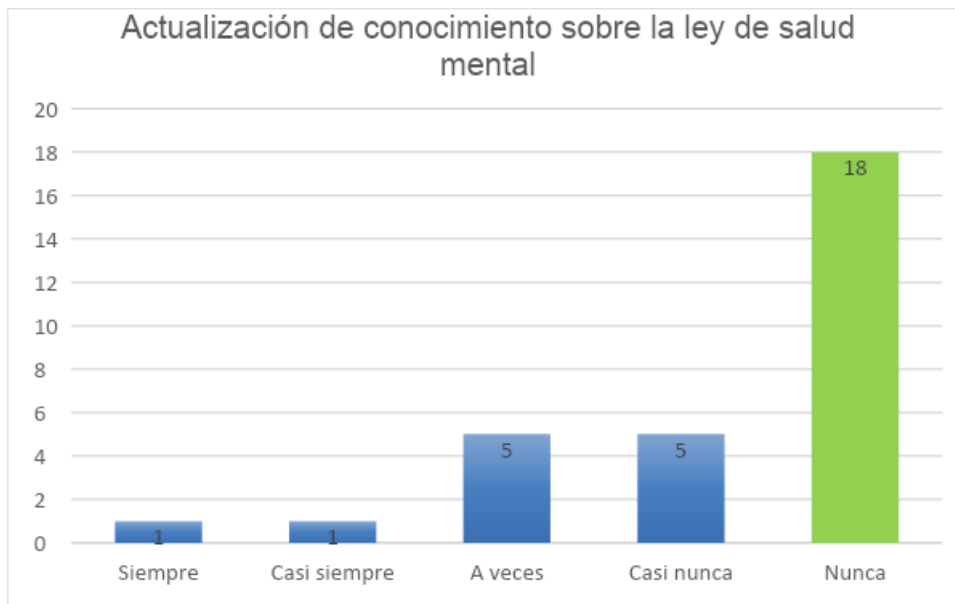
Variable: Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Indicador: ¿Mantiene actualizado su conocimiento acerca de la ley 26.657 de salud mental?

Actualización de conocimiento sobre la ley de salud mental	FA
Siempre	1
Casi siempre	1
A veces	5
Casi nunca	5
Nunca	18

Referencia: De los 30 enfermeros/as encuestados Dieciocho (18) nunca se actualizan en la Ley de Salud Mental.

GRAFICO N°8



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°9

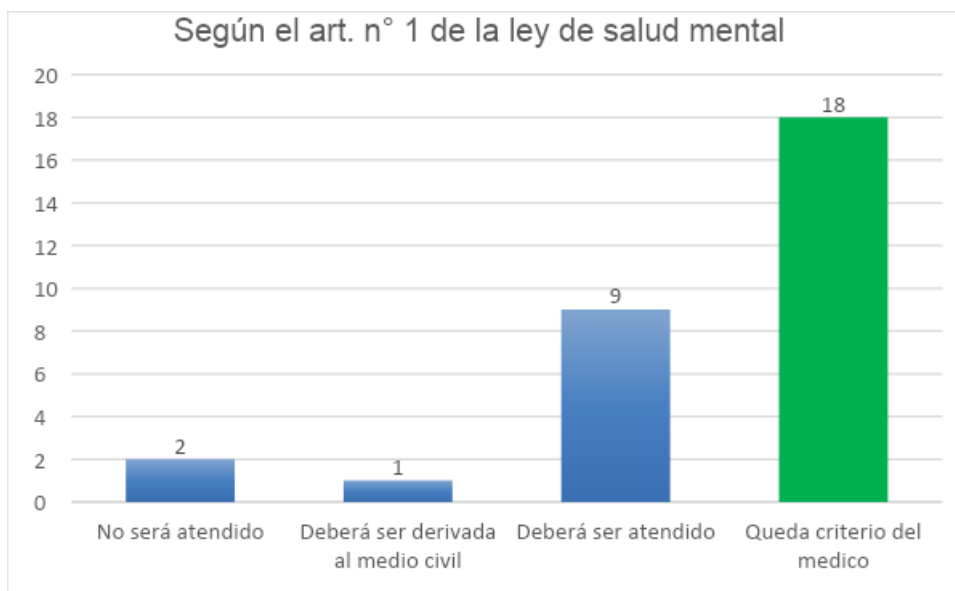
Variable: Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Indicador: Según el artículo n°1 de la ley de salud mental. Todo paciente que se presente en una guardia con R.V.A

Según el artículo n° 1 de la ley de salud mental	FA
No será atendido	2
Deberá ser derivada al medio civil	1
Deberá ser atendido	9
Queda criterio del medico	18

Referencia: De enfermeros encuestados dieciocho (18) refieren que el paciente que se presenta en la guardia con una R.V.A. queda a criterio del Médico y solo nueve (9) refieren que deberá ser atendido.

GRAFICO N°9



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°10

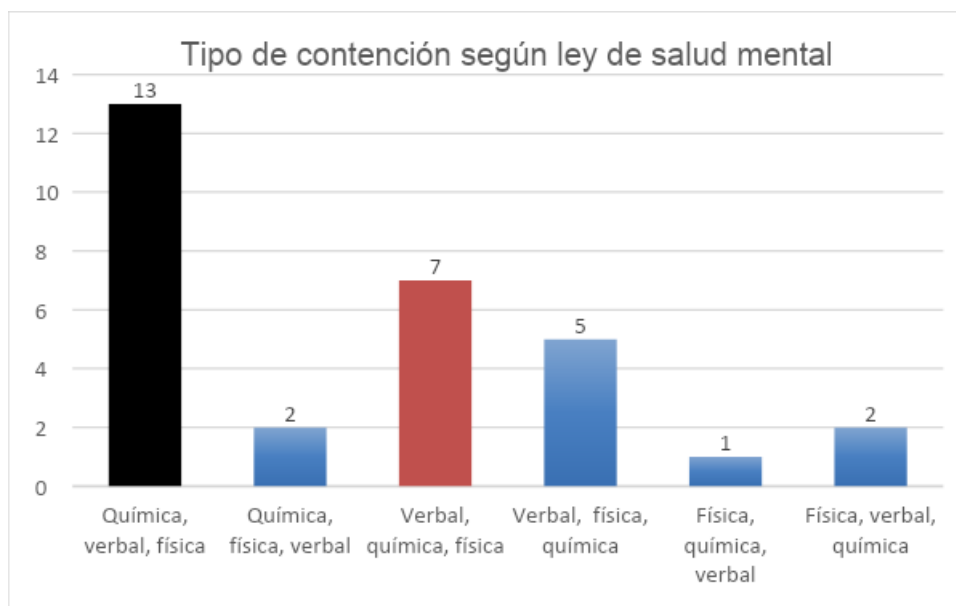
Variable: Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Indicador: Según la ley 26657 de la salud mental que tipo de contención se realiza como primera medida en pacientes que presentan una R.V.A. Enumere del 1 al 3 según prioridad.

Tipo de contención	FA
Química, verbal, física	13
Química, física, verbal	2
Verbal, química, física	7
Verbal, física, química	5
Física, química, verbal	1
Física, verbal, química	2

Referencia: De las encuestas realizadas a los enfermeros del procedimiento de contención en caso que una persona se presente con RVA en un establecimiento que preste servicios de salud la mayoría: trece (13) refieren que debe ser Química-verbal-física y sólo siete (7) refieren Verbal-química-física.

GRAFICO N°10



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019

TABLA N°11

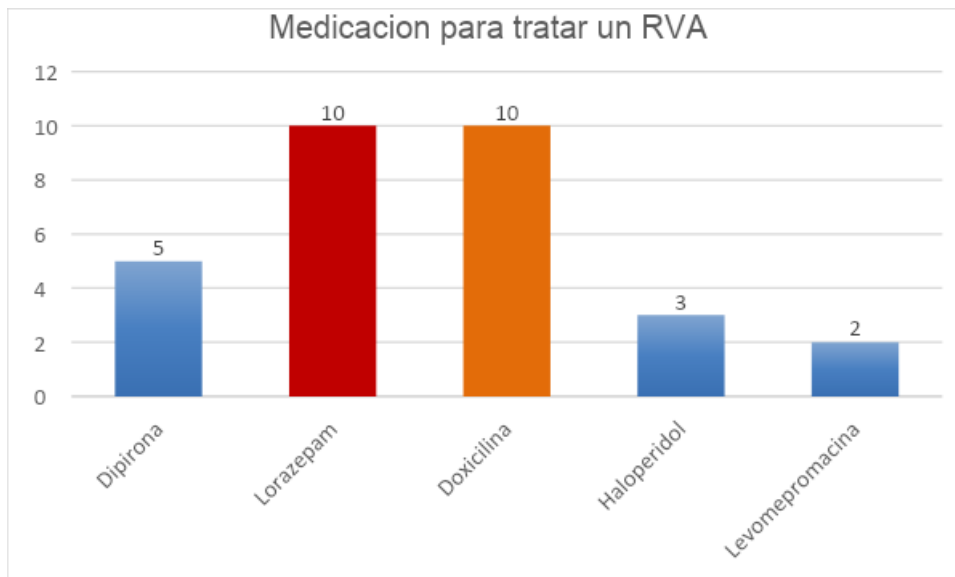
Variable: Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Indicador: ¿Qué medicación esperarías encontrar para tratar una R.V.A. en un botiquín o en la guardia de su ámbito de trabajo?

Medicación para tratar una R.V.A.	FA
Dipirona	5
Lorazepam	10
Doxicilina	10
Haloperidol	3
Levomepromazina	2

Referencia: Según las encuestas diez (10) De los enfermeros sabe que medicación se debe encontrar en la guardia para tratar una R.V.A es Lorazepam.

GRAFICO N°11



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°12

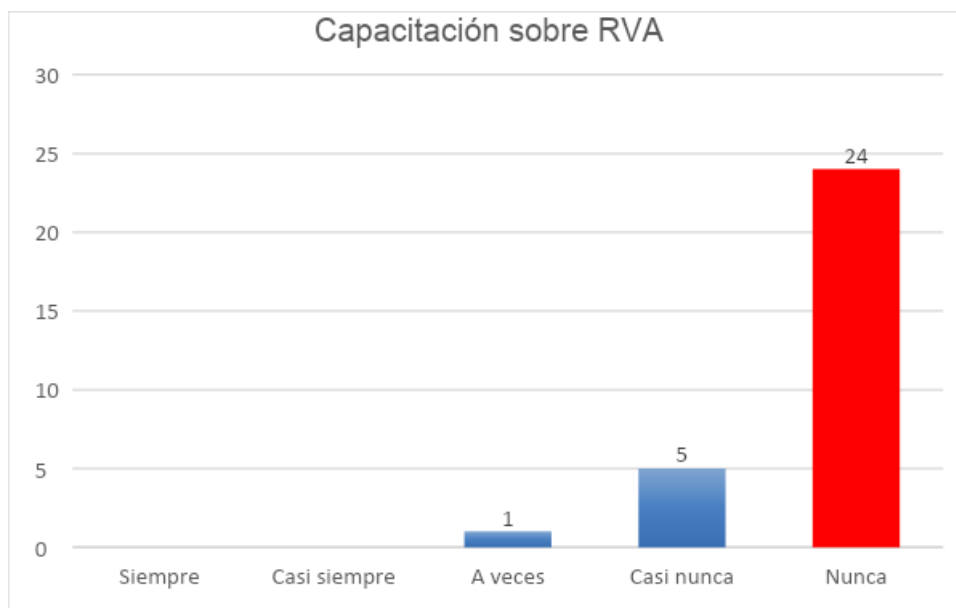
Variable: Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Indicador: Recibe capacitación del manejo de R.V.A.

Capacitación sobre RVA	FA
Siempre	0
Casi siempre	0
A veces	1
Casi nunca	5
Nunca	24

Referencia: De los enfermeros encuestados veinte cuatro (24) nunca reciben capacitación del manejo de RVA.

GRAFICO N°12



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°13

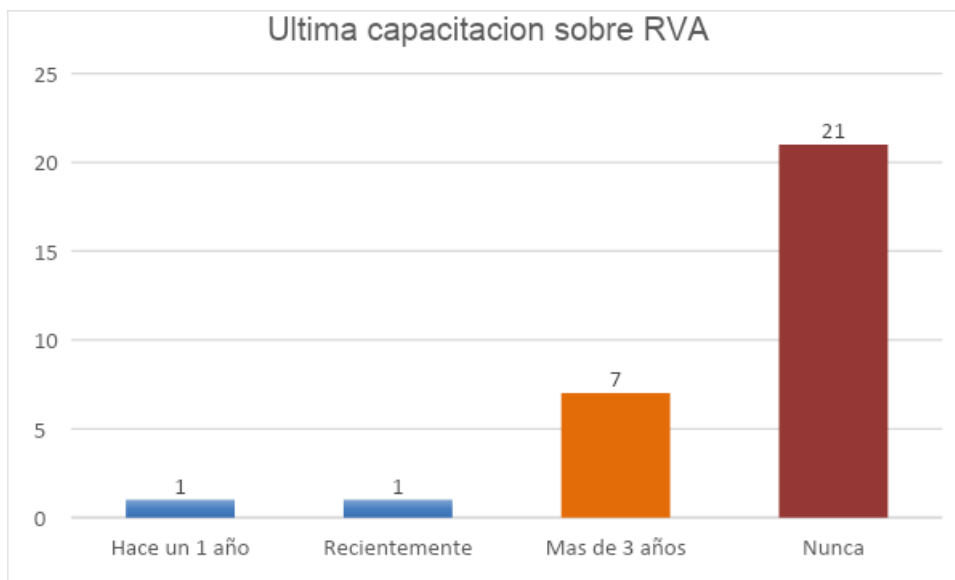
Variable: Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Indicador: Cuándo fue la última capacitación que recibió del manejo de una R.V.A.

Ultima capacitación sobrera	FA
Hace un 1 año	1
Recientemente	1
Más de 3 años	7
Nunca	21

Referencia: De las encuestas realizadas se observó que veinte uno (21) nunca tuvieron capacitación de RVA y siete (7) hace más de tres (3) años.

GRAFICO N°13



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°14

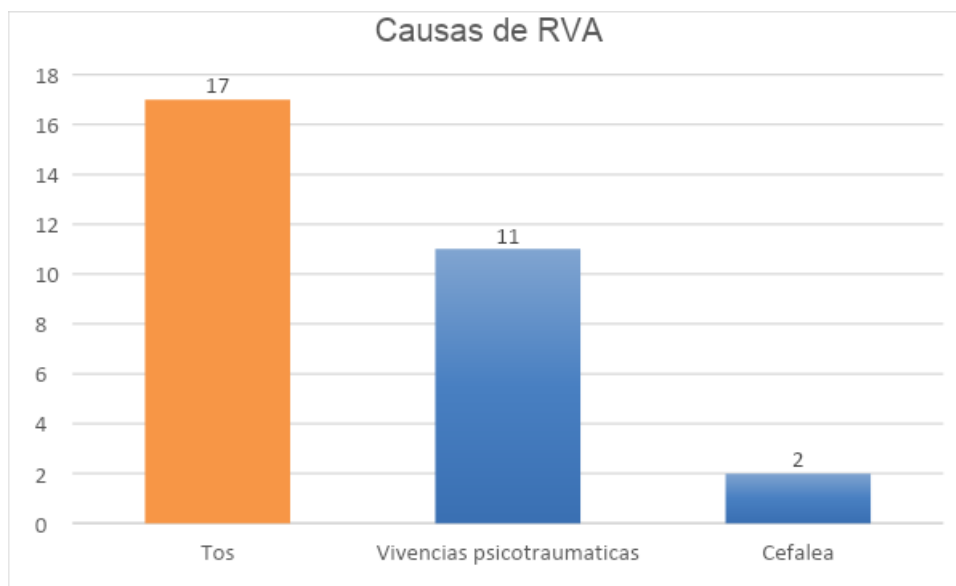
Variable: Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Indicador: Cuáles son las causas que originan una R.V.A.

RVA causas	FA
Tos	17
Vivencias psicotraumáticas	11
Cefalea	2

Referencia: Se observó de las encuestas realizadas diecisiete (s17) refieren “que la causa que origina una RVA es una crisis de tos” solo once (11) saben que la causa es una vivencia psicotraumáticas.

GRAFICOS N°14



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°15

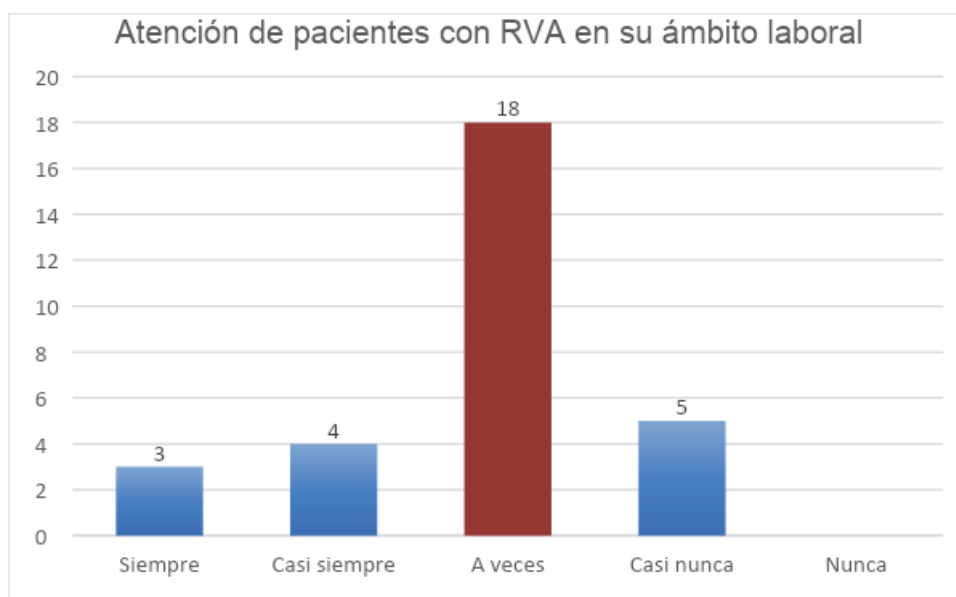
Variable: Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Indicador: ¿Recibió alguna vez un paciente con R.V.A. en su ámbito laboral?

Atención de paciente con RVA	FA
Siempre	3
Casi siempre	4
A veces	18
Casi nunca	5
Nunca	0

Referencia: La mayoría de los enfermeros encuestados dieciocho (18), respondieron que reciben a veces a paciente con RVA en su lugar de trabajo.

GRAFICO N°15



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°16

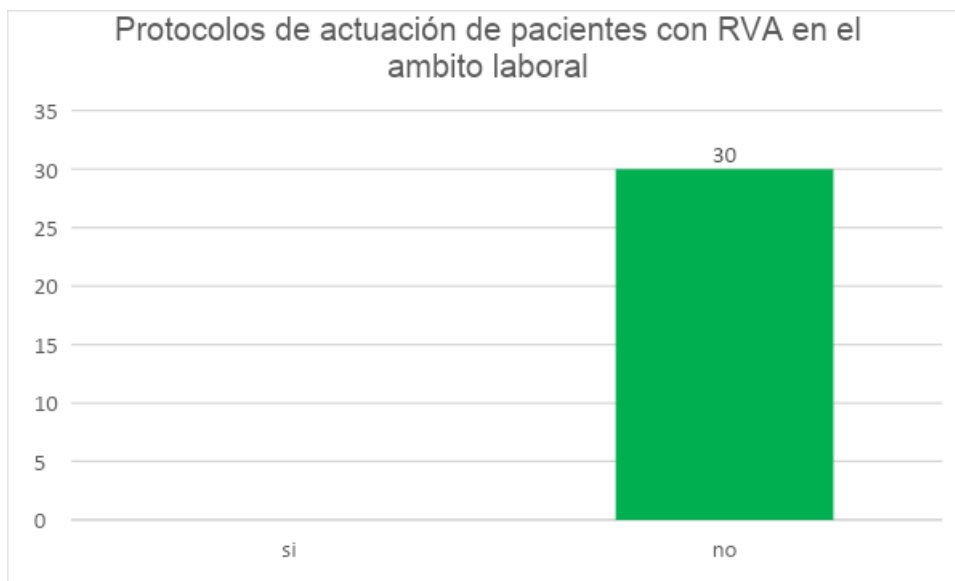
Variable: Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Indicador: ¿En su ámbito laboral cuenta con protocolos de actuación en casos de pacientes con R.V.A.?

Protocolos de actuación	FA
Si	0
No	30

Referencia: De los enfermeros encuestados en su totalidad treinta (30) contestaron que No cuentan con protocolos de actuación en caso de RVA en su ámbito laboral.

GRAFICO N°16



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N° 17

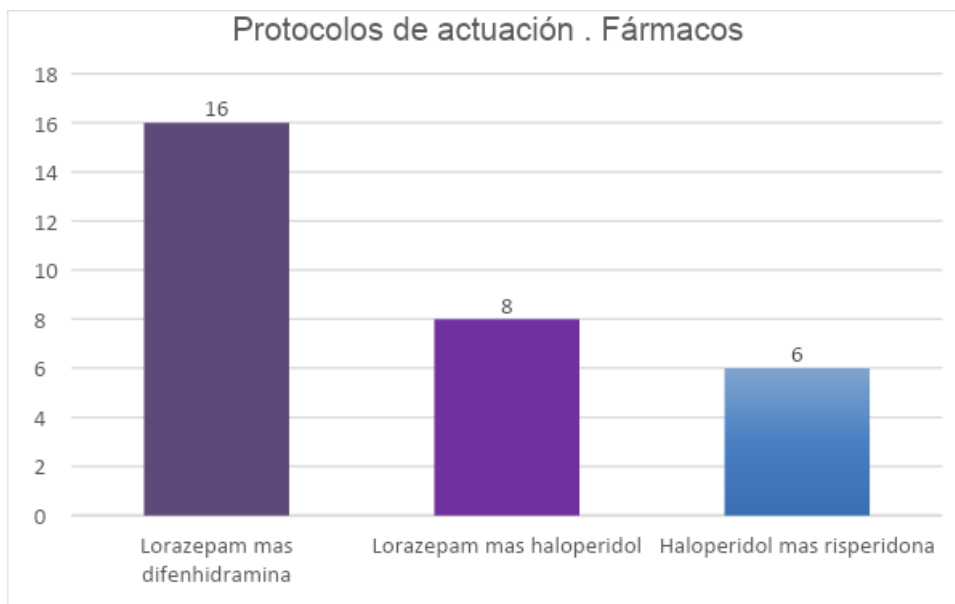
Variable: Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Indicador: Según el protocolo de actuación en pacientes con R.V.A ¿Cuál de esta combinación de estos fármacos es la adecuada?

Protocolos de actuación .Fármacos	FA
Lorazepam mas Difenhidramina	16
Lorazepam mas haloperidol	8
Haloperidol más Risperidona	6

Referencia. Dieciséis (16) de los enfermeros encuestados respondieron que la combinación de fármacos, que según el protocolo de actuación en pacientes con RVA es Lorazepam + Difenhidramina, solo ocho (8) que la combinación es Lorazepam+haloperidol.

GRAFICO N°17



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital “Santa Isabel de Hungría” (privado) y el Centro de Salud 246” (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

TABLA N°18

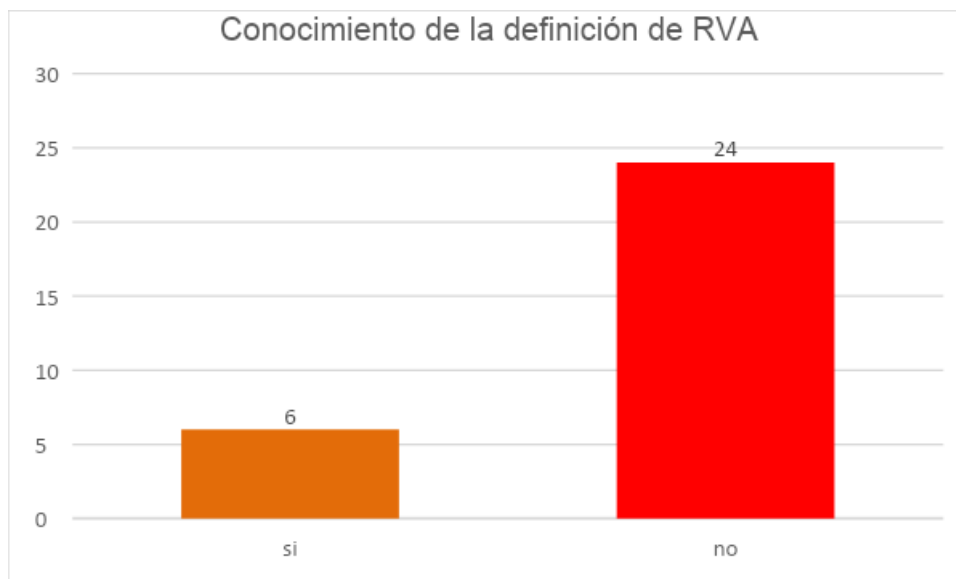
Variable: Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Indicador: ¿Tiene conocimiento de que significa una R.V.A.?

Conocimiento de la definición de RVA	FA
Si	6
No	24

Referencia: Se observó de las encuestas realizadas que veinte cuatro (24) enfermeros NO tienen conocimiento de qué es una Reacción Vivencial Anormal.

GRAFICO N°18



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de encuestas realizadas a enfermeros en el Hospital "Santa Isabel de Hungría" (privado) y el Centro de Salud 246" (público) durante los meses septiembre – octubre del 2019.

CAPITULO III: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

DISCUSION

En cuanto al análisis e interpretación de los gráficos se obtuvieron los siguientes resultados.

De los treinta (30) enfermeros encuestados en el Hospital Santa Isabel de Hungría y el Centro de Salud n°246 se observó que los rangos de edades de los enfermeros nueve (9) tienen entre 26 a 30 años y ocho (8) entre 36 años a 40 años.

Con relación al sexo se observó que la mayoría: veinte seis (26) son del sexo femenino.

Diecisiete (17) están casadas/os, once (11) enfermeros se encuentran en el momento de la encuesta solteras/os.

La mayoría: veinte cuatro (24) son enfermeros profesionales y seis (6) Licenciados en enfermería. Quince (15) refieren tener una antigüedad de 0 -5 años y seis (6) entre 11 a 15 años de antigüedad.

La mayoría: veinte (20) trabaja en institución privada. Veinte cuatro (24) no trabajan en otra institución y seis (6) trabajan en otra institución.

En cuanto al nivel de conocimiento Dieciocho (18) nunca se actualizan en la Ley de Salud Mental.

Dieciocho (18) enfermeros no tienen conocimiento de que el paciente con RVA deberá ser atendido de acuerdo a la Ley de Salud Mental en cualquier institución que preste servicios de Salud.

Trece (13) enfermeros encuestados respondieron que según la ley de salud mental, la medida de contención es Química, verbal, luego la física y solo siete (7) de los encuestados respondieron de acuerdo a la ley de salud mental la medida de contención es; Verbal, física luego la química.

Veinte cuatro (24) nunca recibieron capacitación del manejo de una RVA y cinco (5) recibió capacitación muy esporádicamente.

Diecisiete (17) enfermeros respondieron que la Tos es la causa de una RVA y once (11) vivencias psicotraumáticas.

Dieciocho (18) refieren que a veces reciben pacientes con RVA en su lugar de trabajo. Y en su totalidad los treinta (30) manifiestan que NO cuentan con ningún tipo de protocolo de actuación en estos casos.

La mayoría; veinte cuatro (24) NO tienen conocimiento de qué es una Reacción Vivencial Anormal.

CONCLUSIONES

En cuanto al análisis e interpretación de los gráficos se obtuvieron los siguientes resultados:

- ✓ Se observa que los enfermeros encuestados en su mayoría, tanto enfermeros profesionales como licenciados no se mantienen actualizados en cuanto a los conocimientos sobre la Ley de Salud Mental.
- ✓ Se observa que aquellos enfermeros que no poseen experiencia en el manejo de pacientes con R.V.A, pertenece al grupo de menor antigüedad laboral comprendido entre 0 a 5 años, debido a la falta de contacto con este tipo de patología
- ✓ De los enfermeros encuestados los que presentan mayor antigüedad laboral (más de 20 años), y pertenecen al grupo etario de más de 40 años, tienen algún conocimiento acerca de la patología por su experiencia laboral.
- ✓ Tanto en el ámbito público como privado el total de los enfermeros encuestados no recibieron capacitaciones en el manejo de pacientes que presentan R.V.A en el último año.
- ✓ El nivel de conocimientos en el manejo de las R.V.A no se ve condicionado por el sector donde se trabaje, ya sea público o privado.
- ✓ El nivel de conocimientos en el manejo de las R.V.A no se ve condicionado por el nivel de formación.

De acuerdo a los datos obtenidos del informe se puede decir que los enfermeros del hospital Santa Isabel de Hungría y del Centro de Salud n° 246, poseen un bajo nivel de conocimiento en el manejo de R.V.A.

Los servicios de salud de estas instituciones no se encuentran preparados para recibir este tipo de pacientes, debido a la falta de conocimiento por parte del personal y de protocolos de actuación, además de la falta de capacitación y de interés por el ámbito de la salud mental, quedando siempre relegada.

Se debe poner en conocimiento lo que pretende la Ley de Salud Mental para el año 2020, hacia donde se pretenden encaminar los cuidados en esta área de la salud, para ir preparándonos y formándonos acorde a las nuevas necesidades.

PROPUESTAS

Luego de analizar y describir el nivel de conocimientos poseen los enfermeros profesionales y licenciados en el manejo de las R.V.A, en instituciones no psiquiátricas se propone las siguientes actividades.

- Armar afiche informativo para cada servicio con los artículos más relevantes de la Ley de Salud Mental.
- Realizar una capacitación para el personal de enfermería acerca de las Reacciones Vivenciales Anormales, donde se invite a personal especializado en Salud Mental, Psiquiatras, enfermeros.
- Implementar protocolos de actuación ante una situación de R.V.A.
- Realizar encuesta con posterioridad a la capacitación para evaluar nuevamente el nivel de conocimientos sobre las R.V.A. y la Ley de Salud Mental.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Kurt Schneider. Patopsicología clínica. Editorial paz Montalvo, 3ra edición. Madrid 1970
- (2) Florencia Ballarino. El perfil. Buenos aires 11 del 2018. Disponible: www.perfil.com
- (3) Ley de Salud Mental N° 262657, decreto 603/2013. Disponible: <http://www.saij.gob.ar/603-nacional-reglamentacion-ley-26657-sobre-salud-mental-dn20130000603-2013-05-28/123456789-0abc-306-0000-3102soterced>
- (4) Ministerio de salud. Lineamiento para la atención de la urgencia en salud mental. Argentina 2013. Disponible: www.cplz.org.ar

APÉNDICES Y ANEXOS

ANEXOS 1: LEY DE SALUD MENTAL

CAPITULO I

DERECHOS Y GARANTIAS:

ARTICULO 1° — 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.

CAPITULO II

DEFINICION:

ARTICULO 3° — 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, socio-económico, 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 prevalentes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

CAPITULO III

AMBITO DE APLICACIÓN:

ARTICULO 6° — 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.

CAPITULO IV

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL:

ARTICULO 7° — 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.

CAPITULO VII

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ANEXO 2: ENCUESTA

El presente trabajo es realizado por alumnos de segundo año del ciclo de la licenciatura en enfermería, para la graduación. Esta encuesta es anónima para su estudio posterior. Por favor señale la opción con la que usted concuerda.

1- Edad.

- a) 21 años a 25 años
- b) 26 años a 30 años
- c) 31 años a 35 años
- d) 36 años a 40 años
- e) + de 41 años

2- Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

3- Estado civil:

- a) Casada/o
- b) Divorciada/o
- c) Soltera/o

4- Nivel de formación:

- a) Auxiliar de enfermería
- b) Enfermero profesional
- c) Licenciado en enfermería

5- Antigüedad laboral:

- a) 0 a 5 años
- b) 6 a 10 años

c) 11 a 15 años

d) 16 a 20 años

e) + de 20 años

6- La institución dónde trabaja es:

a) Público

b) Privado

7- ¿Trabaja en otra institución?

a) Si

b) No

8- ¿Mantiene actualizado su conocimiento acerca de la ley 26.657 de salud mental?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------

9- Según el artículo n°1 de la ley de salud mental. Todo paciente que se presente con RVA, en un establecimiento que brinde servicios de salud:

a) No será atendido

b) Deberá ser derivado al medio civil

c) Deberá ser atendido

d) Queda a criterio del medico

10-Según la ley 26657 de la salud mental que tipo de contención se realiza como primera medida en pacientes que presente con R.V.A en un establecimiento que brinda servicios de salud. Enumere del 1 al 3 según prioridad.

a) Contención química

b) Contención verbal

c) Contención física

11-Qué medicación esperarías encontrar para tratar una R.V.A. en un botiquín en su ámbito de trabajo ?..

- a) Dipirona
- b) Lorazepam
- c) Doxicilina
- d) Haloperidol
- e) Levomepromazina

12-Recibe capacitación del manejo de R.V.A.

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------

13-Cuándo fue la última capacitación que recibió del manejo de una R.V.A.

- a) Hace 1 año
- b) Recientemente
- c) + de 3 años
- d) Nunca

14-Cuáles son las causas que originan una R.V.A.

- a) Crisis de tos
- b) Vivencias psicotraumáticas
- c) Cefalea

15-¿Recibe alguna vez un paciente con R.V.A. en su ámbito laboral?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------

16-¿En su ámbito laboral cuenta con protocolos de actuación en casos de pacientes con R.V.A?

a) Si

b) No

17-Según el protocolo de actuación en pacientes con R.V.A ¿Cuál de esta combinación de estos fármacos es la adecuada?

a) Lorazepam + Difenhidramina

b) Lorazepam + Haloperidol

c) Haloperidol + Risperidona

18-¿Tiene conocimiento de que significa una R.V.A.?

a) Una R.V.A. es una reacción vivencial anormal o vivencias psicotraumáticas que sacuden o debilitan el equilibrio anímico de un hombre.

b) Una R.V.A. es una reacción vivencial anormal que se debe solo a vivencias externas que frecuentemente se hallan provocadas por acontecimientos procedentes de afuera.

ANEXO 3: TABLA MATRIZ

Num	Edad	Sexo	E Civil	N form	Anti L	Inst L	Otro T	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18
1	E	F	CA	EL	A	B	A	D	C	BAC	B	E	D	A	C	B	A	B
2	C	F	CA	EP	A	B	B	E	D	BCA	B	E	C	A	C	B	A	B
3	B	F	SOL	EP	A	B	B	E	D	ABC	B	E	D	C	C	B	C	B
4	B	F	CA	EP	A	B	B	E	D	ABC	D	E	D	B	C	B	B	B
5	C	F	SOL	EP	A	B	B	E	D	ACB	A	E	D	B	C	B	C	B
6	C	F	SOL	EP	B	B	B	D	C	CBA	B	E	D	A	C	B	C	B
7	D	F	CA	EP	C	B	B	E	D	BCA	C	E	D	A	D	B	B	A
8	B	F	SOL	EP	A	B	B	E	D	ACB	C	E	D	A	D	B	A	B
9	C	M	SOL	EP	B	B	B	C	C	BCA	C	D	C	B	C	B	B	B
10	D	F	CA	EL	C	B	A	E	A	BCA	C	E	C	B	A	B	B	A
11	C	M	SOL	EP	B	B	B	E	D	BAC	D	E	D	A	C	B	C	B
12	B	F	SOL	EP	B	B	A	B	C	ABC	C	C	C	B	B	B	A	B
13	E	F	CA	EP	A	B	B	C	C	ABC	C	E	D	B	C	B	B	A
14	B	F	CA	EP	A	B	B	E	D	ABC	A	E	D	A	D	B	A	B
15	B	M	SOL	EP	A	B	B	E	D	ABC	A	E	D	A	C	B	A	B
16	D	F	SOL	EP	A	B	B	E	D	ABC	B	E	D	A	C	B	A	B
17	D	F	CA	EP	A	B	B	E	D	ABC	C	E	D	A	D	B	A	B
18	B	F	CA	EL	A	B	B	D	C	BAC	E	E	D	A	C	B	A	B
19	D	F	SOL	EP	A	B	B	D	D	ABC	C	E	D	A	C	B	A	B
20	E	F	SOL	EP	C	B	A	E	C	BAC	C	D	C	B	C	B	B	A
21	E	F	CA	EP	E	A	A	A	C	BAC	B	E	B	B	A	B	A	B
22	E	F	CA	EP	E	A	B	C	D	BCA	E	D	C	B	B	B	B	A
23	C	F	DI	EL	C	A	B	E	D	ABC	B	D	A	A	C	B	A	B
24	D	F	CA	EP	A	A	B	C	D	ABC	C	E	D	B	C	B	A	B
25	D	F	CA	EL	B	A	B	C	C	CBA	B	D	C	C	C	B	C	B
26	B	F	CA	EL	C	A	B	E	D	BAC	A	E	D	A	A	B	A	B
27	E	F	CA	EP	B	A	B	E	D	ABC	A	E	D	A	C	B	A	B
28	E	F	CA	EP	C	A	B	E	B	CAB	B	E	D	A	B	B	C	B
29	B	F	CA	EP	A	A	B	E	D	BAC	D	E	D	A	D	B	A	B
30	D	M	DI	EP	E	A	A	D	A	ABC	B	E	D	B	B	B	B	A