



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FCM
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Escuela de enfermería

**CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
TALLER DE TESINA Y/O TRABAJO FINAL 2020**

**Tema: Abordaje en la preparación practica del
Profesional de Enfermería en los pacientes
con Discapacidad mental y motora del
Instituto Jorba de Funes.**

Autores: Castro, Luisa Noemí
Díaz, María Susana
Quiroga, Noelia Belén

Docentes: Gaii Marcos

Mendoza, 30 de Noviembre 2020

“ 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”.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

TRIBUNAL EXAMINADOR

Presidente: _____

Vocal 1: _____

Vocal 2: _____

Trabajo Aprobado el: ____/____/____

AGRADECIMIENTOS

Dado el impacto que este año nos ha ocasionado esta situación infrecuente como es la pandemia, no solo hemos sabido afrontarla en nuestros puestos de trabajo, también nos hemos comprometido como estudiantes para lograr un incremento de conocimientos en nuestra profesión. Por todo esto, agradecemos a nuestros docentes de la carrera, familia y compañeros en este camino tan grato como es la Enfermería.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

JUSTIFICACION

El contenido se desarrolla desde el concepto que el individuo tiene 3 grandes dimensiones biológica, psicológica y social estrechamente ligadas entre sí, interactúan en equilibrio para poder desarrollarse en diferentes ámbitos. Comprende el aspecto general de la conceptualización de Salud otorgada por la OMS.

Las intervenciones de enfermería en salud mental están dadas por acciones multidisciplinarias, asistenciales, interpersonales para la protección y recuperación de la salud de las personas.

Ante la observación en la asistencia de enfermería en el Instituto "Jorba de Funes" fue insegura, rígida, incierta, al asistir a los pacientes de esta institución. Ante los antecedentes descriptos, quizás, por temores, inquietudes y falsas creencias acerca de la enfermedades mental.

Actualmente la enfermería destaca desde la promoción de la vida, la importancia de la interacción con la familia mejorando la calidad de atención y la protección del paciente. También la actitud y predisposición del personal profesional de enfermería para interactuar con estos pacientes.

Diversos factores nos llevan a indagar la situación y abocarnos a la búsqueda de optimizar el desempeño. Creemos que es factible e importante para reforzar y profundizar intervenciones en la práctica diaria.

Las teorías plantean la necesidad de conocer más para avanzar en el conocimiento general.

INDICE GENERAL

TRIBUNAL EXAMINADOR.....	3
AGRADECIMIENTOS	4
JUSTIFICACION	5
INDICE GENERAL	7
CAPITULO I	10
PLANTEO DEL PROBLEMA	10
INTRODUCCION	11
DESCRIPCION DEL PROBLEMA	12
PLANTEO DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	14
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
MARCO TEÓRICO	15
APARTADO I	16
APARTADO II	29
APARTADO III	41
APARTADO IV	47
CAPITULO II	55
DISEÑO METODOLOGICO	55
TIPO DE ESTUDIO	56
TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	57
ANALISIS, PROCESAMIENTOS Y PRESENTACION DE DATOS	57
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	58
CAPITULO III	61
RESULTADOS, DISCUSION Y PROPUESTAS.....	61
CONCLUSION	69
PROPUESTAS.....	70

BIBLIOGRAFIA GENERAL	71
ANEXOS	73
FORMULARIO DE LA ENCUESTA	74
TABLA MATRIZ	76
CUESTIONARIO	79
OPINIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	80
AUTORIZACION	86
CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL	86

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla de frecuencias de entrada simple y gráficos

Nº1: Edad	62
Nº2: Nivel de Formación.....	63
Nº3: Antigüedad laboral.....	64
Nº4: legales	65
Nº5: Capacitación.....	66
Nº6: Conocimientos en intervenciones.....	67
Nº7: Manejo de urgencias	68



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCION

Desde la OMS Y OPS la salud mental es parte integral de la salud determinada por componentes socioeconómicos, biológicos, culturales y psicológicos. Existen estrategias e intervenciones intersectoriales eficaces en promoción, protección y atención de padecimientos mentales, que preocupa e implica a las personas, comunidades y sociedades de todo el mundo.(8)

La OMS a través de sus trabajos e investigaciones, se compromete apoyar a todos los gobiernos para promover y reforzar la Salud Mental, logrando sus objetivos mundiales. En América del total de enfermedades, el 22% representa los padecimientos psíquicos, dentro de las 5 primeras causas de enfermedad se distinguen depresión, consumos de drogas y alcohol, suicidio y violencia.

En Argentina el estado ejerce su función de rector sanitario donde promueve una cobertura de salud. Encontramos 1 de cada 3 personas con problemas de salud mental, más frecuentes a partir de los 20 años trastornos de ansiedad, estado de ánimo y por consumo de sustancias. Desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se trabaja para terminar con el modelo de encierro, que sea más inclusivo en la comunidad.

En 1985 se sanciona el Régimen de Protección de las personas Discapacitadas (Ley 5041) (15). El Instituto Concepción Jorba de Funes pasa a estar bajo la Jurisdicción de la Dirección Provincial de Asistencia Integral de Discapacitado como una unidad de alojamiento, interacción y albergue para personas discapacitadas mental moderado y profunda. El 20 de septiembre del 2019 pasa de Macro hogar a Micro hogar con el nuevo paradigma de inclusión en la comunidad y el objetivo inmediato de mejorar la calidad de vida.

Es una realidad la complejidad de esta Institución en la especialización de Salud Mental, cursa una reestructuración de la organización con incorporación de personal profesional de enfermería, produciendo consecuencias negativas ante las intervenciones directas a los pacientes, entre ellas podemos apreciar el no saber interactuar con el paciente, contención o sujeción sin vulnerar sus derechos, surgiendo el interés en esta realidad para la presenta investigación.

La presente investigación se divide en 3 partes .La primera parte refiere una visión histórica y teórica en intervenciones, enfermedades y marco legal que rige en Salud Mental. La segunda parte contiene el Diseño Metodológico que enmarca el tipo de investigación, las herramientas para su realización determinando la interpretación más amplia y general de la realidad. La tercera parte contendrá un análisis general y concluirá la propuesta final.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La Dirección de Atención a las personas con Discapacidad tiene el proyecto y desafío sobre el Instituto Concepción Jorba de Funes

Es un Instituto que pasa a ser tres micros hogar presenta una coordinación que dirigirá en Las Heras, Ciudad y Godoy Cruz, con el objetivo de mejorar la calidad de vida a sus albergados y un marco más inclusivo que tiene como eje central la familia y la comunidad.

Tomaremos como referencia los 3 micros hogar: Godoy Cruz, Las Heras y Ciudad. Cuentan con un equipo formado por 14 enfermeros, de los cuales 5 son licenciados. No presenta supervisión de enfermería, cuenta con personal asistencial como cuidadores, profesor de gimnasia y profesional especializado en clínica, en nutrición, uno en psiquiatría y un kinesiólogo. Todo el plantel se encuentra trabajando guardias de 12 hs. con descanso de 24.

La estructura es de casa hogar que alberga en los 3 hogares un total de 33 pacientes, cuenta con habitaciones hasta 3 albergados, un amplio comedor, cocina y cuartos de baños con respectivas duchas. Presentan un gran patio con predio verde, dos depósitos: uno de insumos y otro de alimento. A su continuación lavandería y oficina administrativa.

Desde los inicios la Institución ha ido evolucionando en la conducción, en los intereses de los pacientes, en la formación del personal cuidador como en los profesionales enfermeros. Nuestra atención priorizo en el accionar precario de la interacción con el paciente destacando y profundizando la asistencia incierta e insegura de los profesionales enfermeros ante el paciente.

PLANTEO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos de Intervención en enfermería que tiene el profesional de enfermería con los pacientes psiquiátricos en el Instituto "Jorba de Funes"?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Determinar el conocimiento en intervención de enfermería que presenta el profesional de enfermería con los pacientes psiquiátricos del Instituto "Jorba de Funes".

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar el conocimiento que posee en Salud Mental el personal de enfermería, ante los pacientes psiquiátricos del Instituto Jorba.
- ✓ Determinar los conocimientos del personal sobre los alcances legales de la ley de salud mental y sus reglamentaciones.
- ✓ Analizar los protocolos y procedimientos sobre la atención de pacientes de patologías psiquiátricas en la institución.
- ✓ Determinar el grado de conocimiento del manejo de la urgencia psiquiátrica del personal de enfermería.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

PRIMEROS PRECEDENTES EN INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

“Salud Mental es un componente fundamental para mantener el bienestar del individuo, es válido tener en cuenta el desarrollo de las intervenciones de enfermería en las diferentes épocas”. (1)

En épocas pasadas (4) las personas que padecían enfermedades o trastornos mentales tenían un percibimiento por la sociedad negativa, mística, eran aislados y se creían que estaban poseídos por demonios o fuerzas sobrenaturales.

Las personas que trabajaban en manicomios no tenían formación en la salud y el nuevo modelo precisaba que los cuidadores y aquellas personas que participaran en los tratamientos tengan conocimientos en salud, fue así como el Dr. Philips Pinel a partir de 1790 presentó un tratamiento moral hacia los enfermos mentales.

Liberó a las personas enfermas de las cadenas y ataduras, ordenando satisfacer las necesidades básicas para su atención y tratamiento, cumpliendo diferentes modelos de atención como el interpersonal (H.Peplau), necesidades humanas (V. Henderson) y la teoría de adaptación (hermana C. Roy).

Teniendo en cuenta el pensamiento y teoría de Florence Nigthingale, en que las enfermeras eran educadas por enfermeras y no por médicos, e impulsada por reformar la atención en psiquiatría con una mirada más humanista, en la segunda mitad del siglo XIX la enfermera Dorotea Dix se presenta como voluntaria a enseñar en las escuelas de enfermería, ante la dificultad que presentan estos enfermos mentales. Los cuidados individualizados, la naturaleza crónica de la enfermedad, la conducta psicótica haría difícil las intervenciones y presentaría dificultad en los cuidados. La teoría de la “relación enfermera –paciente” fue aplicada por Hidelgard Peplau tomando importancia al *actuar* sobre el paciente

Linda Richards (5) fue la primera enfermera profesional de América, promocionó la enseñanza sobre el cuidado del paciente enfermo mental dentro de los hospitales, creando escuelas de capacitación. Pensaba que el enfermo mental debía ser atendido y cuidado al mismo nivel que un paciente enfermo físico o clínicamente, este logro solo podía ser a través de una buena preparación de enfermeras y cuidadores.

En el S XX se realizan terapias de choques insolíticos o electrochoque, al tener financiamiento para investigación y formación de profesionales se lleva a cabo la reforma del modelo biomédico, que consiste en la utilización de diferentes

psicofármacos que participarán en controlar las diferentes alteraciones conductuales o de comportamientos de los pacientes, pudiendo lograr o mejorar tratamientos, recuperación, rehabilitación y su reinserción en la familia y comunidad.(2)

MODELOS EN SALUD MENTAL (7)

La manera en que los profesionales de la salud intentan comprender las enfermedades mentales nace a través de cultura donde históricamente comparten con la sociedad los procesos de salud-enfermedad, contribuyendo a los tratamientos y cuidados, evolucionando desde una custodia e intervenciones de enfermería

Para entender las diferencias de los valores, creencias y conocimientos a través de la historia de las enfermedades mentales, su tratamiento y cuidado se distinguen cuatro periodos o paradigmas Teológico, Racional tecnológico, Hermenéutico y Socio crítico, cada uno de ellos para mejor comprensión se diferencian tres estructuras:

-Unidad funcional: es la estructura social que trasmite los conocimientos, creencias y valores, construyendo una lógica terapéutica para cada paradigma.

-Marco funcional: es el lugar el espacio donde se brinda los cuidados de estos enfermos mentales.

-Elemento funcional: es la persona social es el agente controlador que interpretara las causas de la enfermedad, dará tratamientos y cuidados.

Paradigma Teológico: la locura como fenómeno sobrenatural

- Elemento funcional: -Hechicero, curandero y sacerdote sobre el paciente impuro, endemoniado.
 - Marginación social.
 - Manipulador externo del estado de salud mental del paciente.
 - Descripciones terapéutica mágica religiosa.
- Marco funcional:- Alrededor fuego, templos, hospitales religiosos etc.
- Unidad funcional: -Castigo de los espíritus, demonios etc.
 - Conocimiento construido en magia empírica.
 - Concepto de enfermedad sobrenatural.

Paradigma Racional Tecnológico: En este paradigma se esfuerzan por conocer científicamente el cerebro y el trato se humaniza.

En este paradigma no eran favorables dos puntos, el acompañamiento de profesionalización de los responsables en la asistencia directa y continúa de los enfermos mentales. La mayor parte del cuidado dependían de las órdenes religiosas y los asilos, manicomios no existían personal especializado en cuidados.

El segundo punto la sociedad, regido por factores económicos, políticos o ideológicos no apoyaba la necesidad de profesionalización en los cuidados.

En 1931 se creó el Consejo Superior Psiquiátrico estudiando los problemas y características en salud mental en la sociedad, ofrecieron estrategias e ideas, organizando creación de instituciones adecuadas y reformando la enfermería mental profesionalizando su atención.

- Elemento funcional: -Profesional técnico de la Salud Mental.
 - Objetivo del estado de salud del paciente y sus necesidades.
 - Aplican prescripciones.
- Marco funcional: -Manicomio, Hospital psiquiátrico.
- Unidad funcional: -Concepto de Salud negativo.
 - Omisión de manifestaciones clínicas.
 - Investigación experimental.
 - Enfermedad como ausencia de un elemento corporal que no funciona.

Paradigma Hermenéutico: En este periodo la enfermedad mental se interpreta que es producido por causas externos y/o internos. Se incluye la carrera de Enfermería en la universidad implementando materias de psicología, cuidados específicos para salud mental, investigación, etc.

- Elemento funcional: -Enfermero especialista en salud mental.
- Marco funcional: -Hogar del paciente.
 - Clínica de Salud Mental
 - Hospital Psiquiátrico
- Unidad funcional: -Interacción paciente-enfermo
 - Interacción Social
 - Investigación etnográfica
 - Concepto de Salud Mental según realidades y cultura

Paradigma Socio critico: El cuidado en Salud Mental debe implicar a los individuos y sociedad en solución de sus problemas. El enfermo mental forma parte de una cultura que en el proceso de sus problemas mentales influirá la sociedad como parte integral, participativa y activa en solución de problemas.

La participación en la gestión de los problemas en Salud Mental y la planificación de sus cuidados, existen asociaciones con el fin de coordinar esfuerzos, estrategias, recursos y objetivos. Algunas como: Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Alicantes (AFEMA), Asociación para Salud Integral del Enfermo Mental (ASIEM), Asociación de Familiares y Allegados de Personas con Esquizofrenia .etc.

- Elemento funcional: -Enfermero especialista en Salud Mental.
-Investiga, Reflexiona.
- Marco funcional: -Hogar del paciente
-Centro de atención primaria.
-Hospital Psiquiátrico.
-Clínica de Salud Mental.
-Escenarios comunitarios unitarios.
- Unidad funcional: -Concepto de salud mental positivo.
-Enfermería unidad enfocada a la práctica social.
-Concepto de psicoanálisis.

Los cuidados de Salud Mental general en sanidad fueron desde 1986, donde los profesionales de enfermería crean un puente con el ámbito hospitalario y comunitario, capacitado para investigar y reflexionar. Se forman profesionales para interpretar los problemas de salud mental que forma parte de una sociedad cada vez más compleja en el marco psicológico y cultural.

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL (8)

En el último medio parte del siglo, la Argentina muestra un Sistema de Salud con departamentos de higiene por la aparición de epidemias y pandemias que se producían en esa época. Los trabajadores juntos a colectividades, mutuales aportan a un fondo común para disponer a una cobertura de salud a todas las personas que lo necesitasen. Se crea los Hospitales Borda y Moyano serán neuropsiquiatricos de población femenina.

En la política del ex presidente Perón nace en 1944 el Ministerio de Salud a cargo del Dr. Ramón Carrillo, se inicia creaciones de sindicatos, mutuales y obras sociales. Llegan las reformas en Salud Mental bajo la dirigencia del militar Juan

Carlos Onganía, creando los primeros Centro de Salud Mental y Servicios Hospitalarios, los movimientos reformistas europeos se imponen en la década 1979 pero no sobreviven a la dictadura.

La Salud Mental en la época de democracia se le otorga a cada provincia su propia legislación y así poder pelear en forma conjunta con la nación beneficios para estos pacientes, como por ejemplo los derechos de los pacientes, la disociación de los manicomios, derivando tratamientos ambulatorios con la consecuente financiación del gobierno y la inclusión social.

Enfermería Psiquiátrica es un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera ayuda a una persona, familia o comunidad con el objetivo de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental, y contribuye a encontrar un sentido a esas experiencias.

Salud Mental interaccionan en forma dinámica, todos los aspectos, socioculturales, físicos y ambientales, que la persona atraviesa las diferentes etapas de su vida.

Se puede decir que la enfermería ha acompañado en los movimientos socio-políticos y científicos teóricos de la psiquiatría en cada época, consolidando los diferentes modelos psiquiátricos predominantes.

Sin embargo se propone una atención descentralizada, interdisciplinaria con perfil comunitario, genera transformaciones en los conceptos de salud mental como organización de servicios, formación y capacitación del personal.

El campo interdisciplinario necesitan que los profesionales de enfermería requieren constantemente de conocimientos, capacidades múltiples, que sean participes de ofrecer aportes de investigación, decisiones, formación, planeamiento y acción sanitaria en Salud Mental.

Los profesionales de enfermería disponen ilimitados y bajos nivel de educación general en la formación en enfermería y capacitación para atender a personas con sufrimientos psiquiátricos y problemas psico-sociales de salud, porque se recibe en las escuelas y universidades de enfermería el enfoque técnico de la psiquiatría tradicional y necesidades de enfermería fuertemente orientada hacia el modulo de asistencia a sus necesidades, identificados como insuficientes en el cuidado. Mientras que en los abordajes a promoción y protección a la salud mental, y prevención del sufrimiento psíquico, es muy débil.

A su vez existe una débil producción y diseminación de la información relacionada a la educación y conocimientos de enfermería en salud mental, estos y otros factores sociales y propios de la disciplina histórica, incidente en el bajo nivel de inferencias en las políticas de salud mental de los países.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)(8) contribuye al desarrollo de la enfermería en Salud Mental desde 1970 con los aportes sus Centros de Colaboradores.

- *Desde 1961-1964:* -Se realizan diagnósticos de la situación de salud mental a través de visitar a todos los países, observando los servicios de atención psiquiátricos en actividad, programas ofrecidos en diferentes universidades y las instituciones psiquiátricas comprobando la deplorable situación.

-Unidos con la Federación Mundial de la Salud Mental, la Asociación de Psiquiatría de América Latina, con la Psiquiatría de EEUU y con el Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU de América, se inicio las leyes relacionadas con psiquiatría y salud mental existentes en los países latinoamericanos y caribeños.

-Al realizar un análisis de los problemas de la atención psiquiátrica, se recomendó incorporar la atención psiquiátrica a los sistemas y actividades de salud pública.

- *Desde 1964-1986:* -Concluyen procesos anteriores y finaliza con la realización de lugares-
 - Se completa un directorio de psiquiatría.
 - Elabora un contrato de Instituciones psiquiátricas.
 - Insiste en un cambio en la asistencia psiquiátrica.
 - Desarrolla políticas de becas para la especialización.
 - Se aparta de los modelos clásicos manicomiales y fin a la práctica custodial.
 - Se realiza programas de salud mental en salud pública, participación de la comunidad en la promoción, forma parte la familia y el paciente en la planificación.
 - Se dio fuerza a la prevención, control de la epilepsia y del retardo mental (discapacidad intelectual)
 - Prevención y control de alcoholismo y fármaco dependencia, se realiza importantes investigaciones sobre el alcoholismo y sus consecuencias, como las implicaciones sociales y económicas.

- Se propusieron sub programas sobre salud mental en las acciones de prevención y control de problemas relacionados al alcohol y trastornos mentales de las enfermedades neurológicas.
- *Desde 1987-1999:* -Un hecho histórico fue la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, fue en Caracas (Venezuela) desde 11 al 14 de noviembre de 1999, con gran apoyo de organizaciones y países europeos (Italia, España y Suecia).
 - La Declaración de Caracas enfatizo la atención convencional, no permitía ser compatible con la atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.
 - En 1997 el Consejo Directivo de la OPS reitero el apoyo a la reestructuración de la atención psiquiátrica y se crea el programa Regional de Salud Mental y estilo de vida saludable formando parte de la decisión de promoción y protección de la salud.
- *Del 2001:* -Año importante donde resolvieron incluir la Salud Mental entre las prioridades de la salud pública.
 - Intensificar acciones para reducir discriminación contra las personas con trastornos mentales.
 - Continuar con estrategias para lograr que la atención de salud mental será desde los hospitales.
 - Promover y apoyar programas de rehabilitación psicosocial
 - Activar, actualizar disposiciones jurídicas que protegen los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.
 - Promover participación familiar y comunitaria.
- *Del 2004:* Inicio importante en proyectos de investigación financiados por el Instituto de Salud Mental de los EUA, Brasil 2004, México 2007 y Jamaica 2008-
- *Del 2005:* -En Brasil la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental abordan temas como:
 - ✓ Necesidad de atención de Salud Mental para los grupos vulnerables, como poblaciones indígenas.
 - ✓ Conducta suicida
 - ✓ Las diferentes modalidades de violencia.
 - ✓ Trastornos mentales y problemática de la niñez y adolescencia.
- *Desde 2006-2009:* -Principio de Brasilia, marca un ajuste importante en la reestructuración de los programas y servicios de salud mental-
 - Fortalecimiento de la colaboración técnica de la salud mental de la niñez y adolescencia.

- *Desde 2015- 2020:* -Plan de acción: es un compromiso de los gobiernos y la experiencia alcanzada en salud mental. Con el fin de promover el bienestar mental y prevenir trastornos mentales como así por sustancias. Ofrecer atención, intensificar rehabilitación y recuperación. Promueve los derechos humanos de las personas con trastornos mentales por usos de sustancias.

RELACIÓN INTERPERSONAL EN ENFERMERÍA MENTAL

Existen enfermeros que fundamentan su práctica basada en diversos modelos, la teórica Joyce Travelbee basa su modelo en la relación *persona a persona* (3), teniendo presente la práctica de cuidar, ayudando y acompañando al paciente de salud mental en el proceso de recuperación de enfermedades mentales.

Para J.Travelbee hay capacidades humanas que distinguen a los humanos como:

- ✓ *Aptitud de amar:* Es un proceso que nace, se desarrolla, se transforma crece, evoluciona la capacidad de ver al otro como persona, llegar en forma desinteresada y querer todo lo que es bueno. El amar es por naturaleza del hombre y se expresara en actos, en pensamientos benévolos y emociones.
- ✓ *Capacidad para enfrentar la realidad:* Es reconocer nuestra propia obligación cuando está en juego un principio .Es aceptar la situación el Aquí y el Ahora en comprometerse, colaborar y a la vez experimentar placer de aceptación.
- ✓ *Descubrir un propósito o sentido de la vida:* Es la capacidad de identificarse como la única persona de poder.

Desarrollar estas capacidades y encontrar soluciones contribuiríamos en la Salud Mental, ayudaríamos a contribuir filosofías de vida que proporcionen sentido al sufrimiento.

La relación *persona a persona* tiene características que se podrán desarrollar:

- ✓ Es una relación planificada, deliberada y consciente entre una persona que necesita ayuda y otra que está capacitada para darla.
- ✓ Es un proceso dinámico que evoluciona por etapas. La relación terapéutica enfermera- paciente se establece en fases:
 - *Fase de encuentro original* se inicia ante el primer encuentro con el paciente, donde la observación, los sentimientos y pensamientos juegan en la determinación del comportamiento y reacciones hacia el paciente.

- *Fase introductora o de orientación* es cuando hablan, se cuentan porque necesita una ayuda del otro, las expectativas, priorizan el aquí y el ahora. Se identifican los problemas y se plantean como solucionarlos, así como el paciente evalúa la capacidad de límite de quien lo ayuda.

- *Fase de identidades Emergente* se trabaja sobre el problema identificado, se establece un enlace más humano entre el paciente y la enfermera. Se establece cuanto puede hacer el paciente por sí mismo y se lo estimula. Se percibe la necesidad de un especialista (psicólogo o psiquiatra), si permanecen los problemas.

- *Fase de empatía* se desarrolla por el deseo de querer comprender y entender al paciente, una vez que se manifiesta la interacción cambia.

- *Fase simpatía* es la fase que se logra luego de la empatía, implica la preocupación por el otro hasta poder solucionar el problema. Esta etapa implica demostrarle una genuina preocupación del problema y ayudarlo al paciente a solucionarlo.

- *Fase de Término* en esta fase hay una interrelación de sentimientos y pensamientos transmitidos uno a otro. Se evalúa todo el proceso para hacer énfasis en los logros y dificultades.

- ✓ Es una relación que provoca cambios en ambas personas.
- ✓ La que se dialoga será perteneciente a la situación de vida del consultante en el aquí y ahora.
- ✓ Es un encuentro interpersonal que se va construyendo.
- ✓ La persona que ayuda tiene que haber desarrollado auto control emocional.

Este modelo basado en la relación interpersonal es muy aplicable en la práctica de enfermería en Salud Mental.

Teniendo la psicología comunitaria la posibilidad de presentarse en forma Institucionalizada, refuerzan la *promoción y prevención* de salud mental. (5)

En la *Promoción de salud mental* los profesionales de enfermería tienen en su función reconocer aquellos factores de riesgos como la falta de conocimiento en tratamientos, estrés extremo, agotamiento, reposo y sueño inadecuado, relaciones interpersonales inadecuadas, para minimizarlos. Se encontrarán factores que empeorarán la salud mental como aquellos que no podrán evitarlos como la predisposición genética a la enfermedad, desequilibrio a los neurotransmisores cerebrales, dependencia de sustancias, desesperanza.

Prevención Primaria consiste en detectar los factores de riesgos que desencadenan anticipadamente a las crisis de grupos de personas o forma individual. Orientando a la comunidad como papas jóvenes, estar mejor preparados para afrontar acciones de paternidad o a los adolescentes al poder ingresar a la universidad. Así también a personas de tercera edad poder afrontar la jubilación y las limitaciones propias de la edad. La prevención primaria también corresponde en crisis situacionales o accidentales, como el desencadenamiento de enfermedades crónicas, terminales, hospitalización o muerte.

Prevención Secundaria consiste en reducir la prevalencia del trastorno mental mediante el diagnóstico, tratamiento oportuno teniendo acceso a los servicios de Salud Mental.

El personal de enfermería es responsable del cuidado asistencial, óptimo y de orientación. Se debe centrar un cuidado integral y coordinado con el equipo multiprofesional, dirigido al paciente y a la relación terapéutica, creando un ambiente seguro, confiable para que se desarrolle como ser humano y en sociedad.

Prevención Terciaria consiste en reducir los efectos residuales de la enfermedad, promoviendo la rehabilitación y su reinserción familiar y social.

El personal de enfermería en esta etapa se encuentra poco desarrollada su función, aunque es importante participar mediante el seguimiento del paciente que se desenvolverá en su entorno., brindándole apoyo en todas sus actividades, familiares, sociales o laborales.

Se desenvuelve en todos los modelos bases concretas como en la intervención de enfermería tienen que estar presente el conocer la naturaleza biopsicosocial de la enfermedad, la capacitación del personal de enfermería, el proceso de atención de enfermería en pacientes complejos, la colaboración asistencial con otros miembros del equipo médico, la defensa de los derechos humanos de los pacientes y sus familia.

Los profesionales de enfermería forma parte del equipo multidisciplinario planificando y suministrando la asistencia, pero más se centran en la respuesta de los pacientes a la enfermedad tanto física como mental.

El personal de enfermería debe orientar fomentar la confianza para que el paciente pueda tomar decisiones, educar al paciente y apoyarlo para su desenvolvimiento social.

URGENCIA PSIQUIATRICA

Se considera urgencia psiquiátrica a determinadas alteraciones psicopatológicas y enfermedades mentales diversas que ponen en peligro la vida de los pacientes o de sus semejantes, y son capaces de alterar las relaciones armónicas del individuo (6)

Las urgencias psiquiátricas pueden funcionar a nivel psicótico y a nivel neurótico, las más frecuentes son:

- Esquizofrenia, en todas las formas clínicas
- Trastorno de la personalidad
- Síndrome depresivo
- Disociación y conversión histérica
- Psicosis maniaca depresiva
- Reacción situacional

DISCAPACIDAD

Es un concepto que evoluciona, para Lic. Liliana Pantano (1993) “Hablar de discapacidad o desventajas, en un sentido general, es hacer referencias a posibilidades limitadas de desarrollo humano. Y esa limitación no está dada exclusivamente por las carencias (físicas ,mentales o de otro tipo) de quien está impedido, sino también por la misma comunidad a la que pertenece, en tanto y en cuando no siempre ofrece medios alternativos de superación y/o promoción” (Pantano 1993).

- **DESCAPACIDAD MENTAL:** Se refiere a las deficiencias en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso, (que pueden o no estar asociadas a otras funciones o estructuras corporales deficientes), y en las restricciones de tareas o acciones que presente el individuo.(9)

Estas se clasifican en:

- Leve: el individuo puede autoabastecerse
- Moderado: se autoabastece, pero bajo la supervisión de profesionales

-Severa: el autoabastecimiento depende de la asistencia

-Profunda: requiere cuidados controlados por sus dificultades físicas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere a personas con diagnóstico de trastornos mentales que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como estigma de discriminación y la exclusión.

La Clasificación Internacional de Deficiencias. Discapacidades y Minusválida de la OMS, abarca discapacidad como *la deficiencia* (es toda la pérdida (parcial o total) de una estructura o función psicológica), *limitaciones de la actividad* (dificultad para realizar acciones o tareas), y *restricciones a la participación* (son problemas para participar en situaciones vitales), *la interacción entre personas que padecen algunas enfermedades* (Down, depresión) *factores personales y ambientales*.

A su vez la Convención sobre Derechos de las personas con Discapacidad se refiere aquellos que tengan deficiencia física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo, que pueden impedir su participación efectiva en la sociedad y en igualdad de condiciones.

Es decir que la discapacidad es una interacción entre individuos y los factores variables propios de su contexto social, cultural donde se desenvuelven.

Es así como emerge la persona con discapacidad como agente de derecho, en igualdad de oportunidades para su desarrollo y evolución en una sociedad política pública inclusiva.

Los principales obstáculos que agravan la situación de discapacidades son las políticas públicas inclusivas, con prestaciones de salud insuficientes, con escasos financiamientos, con baja participación comunitaria.

En personas con padecimientos mentales y discapacidad la legislación argentina contiene leyes que los protege, ampara ante su vulnerabilidad.

La Declaración Universal de Derechos refiere que el enfermo mental tiene: (4)

- ✓ Derecho a un tratamiento adecuado y a los servicios relacionados en un contexto que favorezcan al máximo la libertad personal, siendo restringida solo si lo requiere el tratamiento y por requisitos legales.
- ✓ Derecho a un plan terapéutico por escrito personalizado, derecho a un tratamiento basado en dicho plan y que sea revisado periódicamente, incluyendo un plan para luego del alta.

- ✓ Derecho a la participación continúa en la planificación de los servicios de salud mental, según capacidades de las personas.
- ✓ Derecho a recibir una explicación y que pueda comprender sobre el tratamiento sus riesgos, naturaleza, motivos, tratamientos alternativos y los motivos de limitación de algunas personas.
- ✓ Derecho al consentimiento informado, voluntario y por escrito en relación a su tratamiento, excepto que sea por urgencia.
- ✓ Derecho a no participar en un experimento sin su consentimiento informado y voluntario por escrito.
- ✓ Derecho a no verse sometido a sujeciones y aislamiento, excepto en situaciones de urgencias.
- ✓ Derecho a un tratamiento humanitario que ofrezca una protección razonable de los daños y una privacidad adecuada.
- ✓ Derecho a la propia Historia de Salud Mental.
- ✓ Derecho de hablar con otras personas cuando ingresan a una unidad intrahospitalaria, a tener acceso al teléfono, a correos, a recibir visitas salvo que sea perjudicial para el tratamiento.
- ✓ Derecho a ser informado por escrito de estos derechos en el momento del ingreso.
- ✓ Derecho a presentar una querrela si se infringen estos derechos.
- ✓ Derechos a ejercer estos derechos sin represalias.
- ✓ Derecho a ser derivados a otros profesionales.

APARTADO II

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

En la actualidad se ha presentado la evolución de paradigmas que toman como centro al hombre en forma holística.

Teóricas enfermeras cuya valoración completa del hombre incluye su salud mental. No obstante el componente mental adquiere importancia en nuestras vidas, solo si surgen serias manifestaciones conductuales alteradas o patologías psiquiátricas severas, es en estos momentos que el individuo, familia y comunidad ve afectada una parte primordial de su existencia.

Las acciones de enfermería de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación del cuidado del paciente deben profundizar conocimientos científicos, destreza y habilidad en salud mental. Reconociendo que el acompañamiento a un paciente psiquiátrico es tan vital como conocer la psiquis propia como enfermeros, suele ser una negación en un plano introspectivo del profesional enfermero.

Las políticas sanitarias deben tener como misión contribuir al cuidado de la salud mental de los profesionales de salud que ofrezcan a la sociedad efectora con capacidad de entrega mental saludable.

Encontramos pacientes vulnerables como son los enfermos mentales, los cuales requieren de un tratamiento igualitario. Las intervenciones de enfermería en salud mental necesitan de recursos donde la prevención primaria, secundaria y terciaria sea desarrollada en igual dimensión, en apoyo, educación y política.

Los enfermos mentales deben tener el apoyo para acceso de servicios en salud como diagnósticos, servicios terapéuticos y prioridad para investigación y así participar los profesionales de enfermería.

En psiquiatría se observa desde su concepto que solo otorgaba importancia su patología mental, hoy se manifiesta las intervenciones interpersonales abarcando desde sus necesidades y relacionando con el ambiente familiar y social.

La participación de los profesionales de enfermería en la institución psiquiátrica está orientada hacia el cuidado del paciente supliendo las necesidades básicas primordiales, faltando la participación en desarrollar campos como la rehabilitación y coordinar servicios interdisciplinarios.

Si bien las características de la relación del profesional de enfermería están basadas en las necesidades del paciente, también está dirigida al grado de emoción, sentimientos y neutralidad. Estos profesionales deben ser conscientes y seguros de sus propios sentimientos porque la conducta física y verbal inestable de los pacientes puede alterar o dañar este vínculo.

Ante la complejidad que presentan los pacientes del instituto los profesionales de enfermería se notan impactados por sus acciones, no logrando mantener una imagen de seguridad ante lo que hacen, dejando un percibimiento negativo hacia el paciente, el cual manifiesta confrontación y cambios bruscos agresivos y molestos.

El personal de enfermería ante esta situación de exposición vulnerable ante el paciente violento es conveniente tener el conocimiento de las precauciones a proceder como:

- No se debe estar solo ante crisis violenta
- Garantizar un lugar seguro sin mesas ni utensilios punzo cortantes
- Que el lugar tenga una salida despejada que facilite la salida
- Estar presente el personal de seguridad

Ante las posibles causas que ocasionan violencia en el paciente, el enfermero del instituto acciona con medidas de contención incorrectas, es conveniente que estas medidas no sean de castigo ni deba lesionarlo, debe ser adecuado evitando que se auto agredan y de protección.

PROTOCOLO

Un protocolo es un documento creado para brindar instrucciones de actuación ante las distintas situaciones de salud que se presentan en una institución, brindando información detallada, ordenada, sistemática e integral.

El manual de procedimientos de enfermería que rige en el instituto Jorba de Funes expone conocimientos de acción y diagnósticos enfermeros de alteraciones básicas de la clínica de un paciente, sin presentar una guía de tratamiento específica para situaciones relevantes de urgencias psiquiátricas que se presentan en la institución.

Los enfermeros de salud mental proporcionan atención y apoyo a las personas con enfermedades mentales, ayudan a los pacientes a aceptar y convivir con su

enfermedad, y a identificar cuando están en una situación de riesgo en la que podrían hacerse daño así mismo o a los demás.

Al margen de las acciones propias de enfermería como: control de signos vitales, administración de medicamentos, curación de heridas y técnicas como colocación de sonda naso gástrica, sonda vesical, venoclisis, etc., el enfermero psiquiátrico también realiza las siguientes acciones:

RECEPCION DEL PACIENTE

Definición

Plan dirigido a favorecer el conocimiento del funcionamiento de la Unidad y la adaptación a su proceso de rehabilitación, voluntariado, servicios socio sanitario.

Actividades

- Tras conocer la propuesta de ingreso se enviará al paciente cita para su recepción en la Unidad, incluyendo listado de pertenencia y documentos que debe traer.
- En función de su viabilidad, se realizara visita domiciliaria previa al ingreso para entrevista con el paciente y su familia.
- Informar al equipo de la institución de referencia del ingreso del paciente a nuestra Unidad.
- Presentación del paciente a los profesionales.
- Presentación al paciente de sus pares en la Unidad.
- Acompañamiento a la habitación, presentar a su compañero.
- Informar de espacio personal: armario, cama, silla etc. Y normas de utilización.
- Mostrar las diferentes dependencias, ayudar a colocar las pertenencias.
- Facilitar normas escritas.
- Normas de la Unidad: objetos personales, visitas, llamadas telefónicas, tabaco, salidas y/o permisos.

NUTRICIÓN

Definición

Conjunto de actividades encaminada a conseguir que un paciente, logre un estado nutricional adecuado y normalizar su conducta alimentaria.

Actividades

- Planificar una dieta adecuada a las necesidades nutricionales del paciente
- Indicar horarios adecuados, adaptándolos al estilo de vida y actividades del paciente.
- Dietas acordes a las dificultades que presenten (dietas blandas, trituradas, etc.).
- Suplir la dificultad de pacientes para llevarse a la boca los alimentos.
- Observación en casos necesarios:
 - ✓ Riesgo de atragantamiento.
 - ✓ Dificultades de deglución.
 - ✓ Regurgitación.
 - ✓ Problemas odontológicos.
- Conductas de disimulación.
- Seguimiento y control de peso y estado nutricional.
- Educación dietética o en nutrición.
- Adecuar una nutrición equilibrada que estimule al paciente inapetente (escoger alimentos de su preferencia, recetas apetecibles, etc.).
- Dirigir al paciente a recursos comunitarios que puedan suplir su falta de alimentos

HIGIENE Y ASEO PERSONAL

Definición

Plan destinado a que el paciente integre en su comportamiento actividades adaptadas de higiene, aseo personal, cuidado de pertenencias y entorno.

Actividades

- Informar al paciente de su asignación al programa, tiempo y espacios en los que se desarrolla, y objetivos que deberá alcanzar.
- Se mantendrá la intimidad del paciente y se velará por su seguridad.
- Se garantizará la disponibilidad del material necesario.
- Ducha diaria.
- Lavado de cabello.
- Lavado de dientes tras las comidas.
- Higiene de las uñas.
- Afeitado – depilación.
- Uso moderado de colonia. Cambio de ropa interior.
- Cambio de ropa personal adecuándola a la estación del año.
- Cambio de ropa sucia si precisa.

- Recogida de ropa sucia depositándola en el lugar correcto.
- Potenciar la utilización de los recursos comunitarios, (peluquería, tiendas, recursos de su vivienda: armarios, lavadora, etc.)
- En pacientes autónomos, supervisión de higiene correcta.
- Fomentar lavado de manos antes de las comidas
- Revisión semanal, con el paciente, de su armario y pertenencias.
- Reposición periódica de lencería: toallas, sábanas, pijama, zapatillas.
- Evitar actitudes de rechazo ante el aspecto y / o dificultades del paciente.
- Ayudarle a realizar actividades que por sí solo no puede, animándole a la participación progresiva y fomentando su independencia: (vestido, baño, ducha)
- Proporcionarle útiles para el aseo e informarle sobre su uso.
- Crear hábitos de aseo (horarios y lugares) de forma sistemática.
- Ayudar a seleccionar las ropas más adecuadas al momento: situación y temperatura.
- Si hay dolor, aprovechar el momento de máxima analgesia para realizar estas actividades.
- Proporcionar la ropa adecuada.
- Prevenir las caídas y resbalones, utilizando elementos antideslizantes en el baño: suelo, asideros, barras, silla, etc.
- Emplear ropas fáciles de poner y quitar.
- Proporcionar elementos adecuados a sus necesidades para la evacuación (cuña, silla con orinal, sistema de aviso en su habitación, botellas, empapadores)
- Favorecer la intimidad en baño, higiene y eliminación.
- Favorecer la higiene tras la eliminación.
- Fomentar hábitos correctos de higiene, aseo, baño y vestido. Educación en aquellos aspectos en los que presente déficits de conocimientos.
- Favorecer y potenciar la higiene bucal tras las comidas y antes de acostarse.

INTERACCIÓN SOCIAL

Definición

Conjunto de actividades encaminadas a conseguir que el paciente consiga participar en un intercambio social suficiente y adecuado, evitando el aislamiento, y la soledad.

Actividades

- Planificar conjuntamente el aumento progresivo de contactos sociales: telefonar y escribir a familiares y amigos, participar en la comunidad, en asociaciones y clubes, etc.
- Favorecer la participación en actos colectivos, comedor, sala de estar, juegos de mesa, etc.
- Aconsejar la asistencia a terapias de grupo si se considera necesario.
- En caso de enfermedad que provoque rechazo social, ayudar a identificar personas o grupos de soporte y autoayuda.
- Identificar las actividades de tiempo libre que puede y le gustaría hacer (Leer, idiomas, bricolaje, etc.) que no sean competitivas ni le resulten amenazadoras.
- Desaconsejar actividades pasivas: televisión, cascos de música, etc.

CONTENCIÓN PSÍQUICA

Definición

Conjunto de intervenciones llevadas a cabo para moderar conductas y estados del paciente de los que pueden derivar dificultades de relación consigo mismo y con los demás; de control de sus vivencias en general.

Actividades

- Estimular la toma de decisiones en aquellas circunstancias en que la persona se vea más segura, menos amenazada.
- Permitir que asuma tanta responsabilidad como sea posible en su propio cuidado.
- Explicar siempre lo que se le va a hacer y por qué (pruebas, estudios diagnósticos, tratamientos, etc.)
- Valorar los logros y aspectos positivos de los avances diarios hacia los objetivos propuestos (con un registro, por ejemplo).
- Ayudar a buscar formas de canalizar la energía excesiva (deporte, paseo, distracciones).
- Explicar las normas y funcionamiento de la Unidad, proporcionando información adecuada a la persona.
- En caso de situación de pánico:
 - ✓ Permanecer con la persona hasta que haya pasado la crisis de pánico.



- ✓ Mantener una actitud calmada intentando tranquilizarle sobre su seguridad.
 - ✓ Mensajes breves, sencillos, hablar de forma pausada y clara.
 - ✓ No formular preguntas, dejar que la persona se exprese libremente.
 - ✓ Reducir la estimulación ambiental: ruidos, luces, personas.
 - ✓ Cuando el nivel de ansiedad se haya reducido, animar a comentar la experiencia.
 - ✓ Aumentar las situaciones de contacto con el origen del temor de forma paulatina.
- En las alteraciones senso perceptivas:
 - ✓ Ayudar a identificar el alcance de las alteraciones.
 - ✓ Explicarle que son percepciones suyas no reales.
- Riesgos de violencia: lesiones a otros, automutilación y autolesiones:
 - ✓ Promover las relaciones que aumenten la sensación de confianza del individuo.
 - ✓ Reconocer los sentimientos del individuo.
 - ✓ Ayudar a identificar las situaciones o acontecimientos que desencadenan o agravan sus sentimientos (preocupaciones familiares, conflictos personales, conflictos laborales).
 - ✓ Interrelacionarse, ofreciendo ayuda hablando abiertamente con la personas sobre sus ideas de suicidio.
 - ✓ Favorecer la expresión verbal de la ira en lugar de actuar, ofrecer alternativas de pasear, por ejemplo.
- No tomar de forma personal el abuso verbal y expresar los sentimientos después de una situación de amenaza al resto del personal.
- No invadir el espacio personal.
- Ofrecer al paciente elecciones y opciones: puede ser necesario concederle alguna exigencia para evitar la lucha de poder.
- Ser conscientes de los propios sentimientos y reacciones.
- Iniciar el control inmediato de la persona de alto riesgo:

- Aumentar el espacio personal, no tocarlo y evitar verse cogido en una trampa física por parte del paciente al personal.
- No acercarse solo al paciente, hacerlo tres o cuatro miembros del equipo.
- Fijar límites, órdenes sencillas y comprensibles.
- Al acercarse al paciente hacerlo de forma tranquila, confiada, sin comunicar la propia ansiedad y temor.
- Si el paciente tiene un objeto potencialmente peligroso no intentar cogerlo, dar instrucciones para que lo suelte.
- Ayudar al individuo a mantener el control sobre su conducta.
- Crear la expectativa de que el propio paciente puede controlarse y hacer un refuerzo positivo del logro.

ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD

Definición

Actividades encaminadas a orientar en la realidad, logrando una correcta interpretación de las personas, el espacio, el tiempo, etc.

Actividades

- Dar instrucciones claras para orientar a la persona según sea necesario.
- Llamarle por su nombre.
- Identificarse al hablar con ella.
- Decirle fecha, hora y lugar donde se encuentra, varias veces a lo largo del día.
- Reforzar los mensajes con ayudas no verbales.
- Utilizar la radio y / o televisión para reforzar la orientación.
- Colocar reloj y calendario de fácil visibilidad.
- Vestimenta adecuada al día y a la noche.
- Flexibilizar horarios de visita para que la familia colabore en los cuidados.
- Personalizar en lo posible su habitación (adornos, fotos, etc.)
- Mostrar fotografías de sitios y gente conocidos, explicándoselas.
- Entorno estructurado y listado de rutinas diarias para que todo el mundo que participe en los cuidados lo siga.
- Hablar de forma tranquila y lenta, con voz suave y permaneciendo a la vista de la persona mientras le hablamos.
- Procurar frecuentes períodos de descanso.
- Reducir o aumentar los estímulos según esté indicado (iluminación, colorido, sonidos, etc.)

- Identificar el espacio físico con letreros y dibujos.
- Mantener el entorno lo más inalterado posible.

PREVENCIÓN DE LESIONES

Definición

Actividades encaminadas a garantizar la prevención de riesgos que puedan suponer la paciente lesión, asfixia, intoxicación, traumatismo, aspiración y deterioro de la integridad física

Actividades

- Determinar conjuntamente la presencia de factores de riesgo personal o ambiental.
- Favorecer un entorno seguro.
- Mantener iluminación nocturna adecuada.
- Mantener productos tóxicos y medicamentos correctamente etiquetados y en armarios cerrados.
- Evitar fumar en la cama.
- En episodios de crisis, evitar que el paciente tenga contacto con otros pacientes, esta crisis puede hacer que lo agrede.

MANTENIMIENTO DEL ENTORNO Y DEL HOGAR

Definición

Actividades dirigidas a que el paciente mantenga un entorno y / o hogar confortable, ordenado y en condiciones higiénico-sanitarias adecuadas.

Actividad

- Ayudar a identificar el origen del problema y sus repercusiones en el hogar/ entorno.
- Ayudar a planificar estrategias realistas que aseguren la mejora y mantenimiento de hogar / entorno.

- Determinar necesidades de equipamiento, facilitar su adquisición y adiestramiento en su manejo.
- Fijar las necesidades de ayuda, así como los recursos externos disponibles (familia, amigos, vecinos, etc.)
- Fomentar su autonomía en el cuidado de pertenencias y enseñarle habilidades básicas necesarias para su mantenimiento en función de sus capacidades.

ALIMENTACIÓN

Definición

Conjunto de actividades orientadas a una correcta nutrición favoreciendo el desarrollo de habilidades instrumentales y sociales.

Actividades

- Se informará de horarios y lugares de comidas.
- Estimular higiene pre y post comida.
- Comprobar que el paciente cumple horarios de comedor y se ubica adecuadamente.
- El paciente colabora en el cumplimiento de las normas del comedor.
- Comprobar la correcta presentación de la dieta.
- Respetar el ritmo del paciente.
- Comprobar y enseñar, en su caso, que usa correctamente el utillaje.
- Observar el tipo de relaciones sociales que se establecen en el comedor.
- Supervisar la ingesta de la dieta prescrita.
- Comprobar si presenta problemas en la masticación y deglución.
- Complimentar registros disponibles.
- Reforzar positivamente los logros adquiridos.
- Evitar las expresiones de rechazo ante las dificultades que pueden presentar los pacientes.

ACOMPañAMIENTO Y CONTENCIÓN

Definición

Conjunto de intervenciones llevadas a cabo para favorecer la integración del paciente en su programa de rehabilitación, así como detectar y moderar conductas y estados del paciente

Actividades

- Promover las relaciones que aumenten la sensación de confianza del individuo en su programa de rehabilitación:
 - ✓ Reconocer los sentimientos del individuo: “está pasando un mal momento”, “puedo hacer algo por usted”, “puedo ver que está enfadado”, “no le dejaremos hacer nada destructivo.
 - ✓ Ofrecer al paciente elecciones y opciones: puede ser necesario concederle alguna exigencia o establecer algún tipo de negociación.
 - ✓ Favorecer la expresión verbal de sentimientos en lugar de actuar, ofrecer alternativas de pasear, por ejemplo.
 - ✓ No invadir el espacio personal.
 - ✓ Ser conscientes de los propios sentimientos y reacciones.
 - ✓ No tomar de forma personal el abuso verbal y expresar los sentimientos después de una situación de amenaza al resto del personal. Informar a otros pacientes cercanos de la situación: “lo está pasando mal”, “hay que comprender su situación”, “entre todos podemos ayudar”. Para aumentar la capacidad de contención y colaboración del grupo.
- Iniciar el control inmediato de la persona de alto riesgo y establecer un medio ambiente que reduzca la agitación:
 - ✓ Aumentar el espacio personal, no tocarlo y evitar verse cogido en una trampa física.
 - ✓ No acercarse solo al paciente, hacerlo tres o cuatro miembros del equipo.
 - ✓ Fijar límites, órdenes sencillas y comprensibles. Aclarar en todo momento cuál es nuestro papel: “lo está

pasando mal”, “le vamos a ayudar”, “no le dejaremos solo”.

- ✓ Al acercarse al paciente hacerlo de forma tranquila, confiada, sin comunicar la propia ansiedad y temor.
 - ✓ Si el paciente tiene un objeto potencialmente peligroso no intentar cogerlo, dar instrucciones para que lo suelte.
 - ✓ Hablar con mensajes firmes, cortos y concretos.
 - ✓ Disminuir el nivel de ruidos. Evitar la oscuridad, puede aumentar la desorientación y favorecer la sospecha.
- Ayudar al individuo a mantener el control sobre su conducta.
 - Crear la expectativa de que el propio paciente puede controlarse y hacer un refuerzo positivo del logro.

APARTADO III

SALUD Y AFECCIONES MENTALES

Para poder situarnos en las acciones de enfermería del Instituto Jorba es necesario que previamente desarrollemos algunos conceptos sobre salud mental y discapacidad.

Salud Mental

Según la OMS "Es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar en forma productiva y fructífera, es capaz de hacer una contribución a su comunidad".(10)

Enfermedades Mentales o Alteraciones Mentales (11)

Son afecciones que impactan en el pensamiento, sentimientos, estados de ánimo y comportamiento. Pueden ser ocasionales o crónicas.

Principales clases de enfermedades mentales

- **Trastornos del neurodesarrollo:** Esta clase abarca una amplia gama de problemas que generalmente comienzan en la infancia o niñez, a menudo antes de que el niño comience la escuela primaria. Algunos ejemplos incluyen el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastornos del aprendizaje.
- **Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:** Los trastornos psicóticos causan pérdida de contacto con la realidad, como delirios, alucinaciones y pensamiento y habla desorganizados. El ejemplo más notable es la esquizofrenia, aunque a veces se pueden asociar otras clases de trastornos con la pérdida de contacto con la realidad.
- **Trastorno bipolar y trastornos relacionados:** Esta clase incluye trastornos con episodios alternados de manía (períodos de actividad excesiva, energía y excitación) y depresión.
- **Trastornos depresivos:** Estos incluyen trastornos que afectan la manera en que se siente emocionalmente la persona, como el nivel de tristeza y felicidad, y pueden afectar tu capacidad para funcionar. Algunos ejemplos incluyen el trastorno depresivo mayor y el trastorno disfórico premenstrual.
- **Trastornos de ansiedad:** La ansiedad es una emoción caracterizada por la anticipación de un futuro peligro o desgracia, junto con una preocupación

excesiva. Puede incluir comportamientos con el objeto de evitar situaciones que causan ansiedad. Esta clase incluye el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y las fobias.

- **Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados:** Estos trastornos implican preocupaciones u obsesiones y pensamientos y acciones repetitivos. Algunos ejemplos incluyen el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de acumulación y la tricotilomanía.
- **Trastornos relacionados con el trauma y el estrés:** Estos son trastornos de adaptación en los cuales una persona tiene problemas para lidiar con una situación estresante de la vida durante o después de esta. Algunos ejemplos incluyen el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de estrés agudo.
- **Trastornos disociativos:** Estos son trastornos en los cuales el sentido de sí mismo se ve alterado, como el trastorno de identidad disociativos y la amnesia disociativos.
- **Síntomas somáticos y trastornos relacionados:** Una persona con uno de estos trastornos puede tener síntomas físicos que causan una gran angustia emocional y problemas de funcionamiento. Puede o no haber otra afección médica diagnosticada asociada con estos síntomas, pero la reacción a los síntomas no es normal. Los trastornos incluyen el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno de ansiedad por enfermedad y el trastorno facticio.
- **Trastornos alimenticios y de la alimentación:** Estos trastornos incluyen problemas relacionados con la alimentación que afectan la nutrición y la salud, como la anorexia nerviosa y el trastorno por atracones.
- **Trastornos de eliminación:** Estos trastornos se relacionan con la eliminación inadecuada de orina o heces por accidente o a propósito. Mojar la cama (enuresis) es un ejemplo.
- **Trastornos del ritmo circadiano:** Se trata de trastornos del sueño lo suficientemente graves como para requerir atención clínica, como el insomnio, la apnea del sueño y el síndrome de las piernas inquietas.
- **Disfunciones sexuales:** Estas incluyen trastornos de la respuesta sexual, como la eyaculación precoz y el trastorno orgásmico femenino.
- **Disforia de género:** Esto se refiere a la angustia que acompaña al deseo declarado de una persona de ser de otro género.
- **Trastornos de mal comportamiento, control de los impulsos y de la conducta:** Estos trastornos incluyen problemas de autocontrol emocional y conductual, como la cleptomanía o el trastorno explosivo intermitente.

- **Trastornos relacionados con las sustancias y las adicciones:** Estos incluyen problemas asociados con el uso excesivo de alcohol, cafeína, tabaco y drogas. Esta clase también incluye el trastorno del juego compulsivo.
- **Trastornos neurocognitivos:** Los trastornos neurocognitivos afectan la capacidad para pensar y razonar. Estos problemas cognitivos adquiridos (en lugar de problemas de desarrollo) incluyen el delirio, así como trastornos neurocognitivos debidos a afecciones o enfermedades como lesiones cerebrales traumáticas o la enfermedad de Alzheimer.
- **Trastornos de personalidad:** Un trastorno de la personalidad implica un patrón duradero de inestabilidad emocional y comportamiento poco saludable que causa problemas en la vida y en las relaciones. Algunos ejemplos son los trastornos límite, antisocial y narcisista de la personalidad.
- **Trastornos parafílicos:** Estos trastornos incluyen el interés sexual que causa angustia o impedimento personal o causa daño potencial o real a otra persona. Algunos ejemplos son el trastorno de sadismo sexual, el trastorno voyerista y el trastorno pedófilo.
- **Otros trastornos mentales:** Esta clase incluye los trastornos mentales que se deben a otras afecciones médicas o que no cumplen con todos los criterios de uno de los trastornos mencionados anteriormente.

Tratamientos

Para el tratamiento dependerá de la gravedad de la afección, sin embargo, en todos los casos es necesario un equipo interdisciplinario que incluya:

- Médico de cabecera (o atención primaria)
- Enfermero/a especializado
- Psiquiatra
- Psicoterapeuta
- Farmacéutico/a
- Asistente social
- Integrantes de la familia

Discapacidad

La OMS en el año 2001 definió la discapacidad como "Término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)".(11)

TIPOS DE DISCAPACIDAD (12)

- **Discapacidades físicas**

Están relacionadas con el cuerpo, miembros y órganos en general. Originadas en los sistemas músculo-esquelético, nervioso, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema hematopoyético, aparato digestivo, aparato urogenital, sistema endócrino, piel y anejos, y neoplasias. Algunos ejemplos son:

- Sistema músculo esquelético (deficiencias articulares, amputaciones).
- Sistema nervioso (epilepsia, tetraplejia, paraplejia)
- Aparato respiratorio (asma, trasplante de pulmón, fibrosis quística).
- Sistema cardiovascular (cardiopatías, arritmias).
- Sistema hematopoyético y sistema inmunitario (anemias, Inmunodeficiencias no secundarias a infección por VIH).
- Aparato digestivo (enfermedad del hígado, incontinencia).
- Aparato genitourinario (deficiencias del riñón, incontinencia urinario).
- Sistema endocrino (hipertiroidismo, diabetes).
- Piel y anejos (soriasis).
- Neoplasias (tumor).

- **Discapacidades sensoriales:**

Originadas en el aparato visual, oído, garganta y estructuras relacionadas con el lenguaje.

Sensorial Auditiva

La discapacidad auditiva es un término amplio que se refiere a la carencia, disminución o deficiencia de la capacidad auditiva total o parcial.

Dependiendo del momento en el que se produzca la discapacidad, y en función de factores como la adecuación del proceso educativo y/o rehabilitador, podemos encontrar personas que realicen lectura labio-facial y que se comuniquen oralmente, y otras que se comuniquen a través del lenguaje de signos.

-Sordera prelocutiva: Anterior a la adquisición del lenguaje.

-Sordera postlocutiva: Posterior a la adquisición de lenguaje (sobre los 3 años).

Existen diversos criterios para clasificar las diferentes tipologías de pérdida auditiva o sordera, según: la localización de la lesión, de las causas de la pérdida auditiva, del grado de pérdida auditiva o de la edad del comienzo de la sordera.

Con el objetivo de entender mejor algunas limitaciones de la discapacidad sensorial puede ayudarnos conocer las diferentes variantes de las características de la pérdida auditiva, que son:

-Debilidad auditiva superficial: Implica la pérdida de algunos sonidos, sin llegar a ser tan profunda como para afectar a la mayoría de los usos de la audición.

-Debilidad auditiva media: Implica que muchos sonidos no son escuchados (como sonidos ambientales o sonidos del lenguaje).

-Pérdida bilateral significativa: Implica una pérdida auditiva en ambos oídos; por lo que hay dificultades para escuchar y comprender el lenguaje (se escucha la voz, pero no se discrimina el mensaje).

-Pérdida auditiva severa: Implica que muchos sonidos no son escuchados, no se discriminan las palabras.

-Pérdida profunda: Implica que la mayoría de los sonidos no son escuchados.

Sensorial Visual

La discapacidad visual es la carencia o afectación del canal visual de adquisición de la información.

Se consideran diferentes grados de limitación:

- Ceguera:

- Ceguera total: Ausencia total de visión o como máximo percepción luminosa.

- Ceguera parcial: Visión reducida, que permite la orientación en la luz y percepción de masas uniformes. Estas restas visuales facilitan el desplazamiento y la aprehensión del mundo externo.

- **Baja visión:**

- Baja visión severa: Visión reducida que permite distinguir volúmenes, escribir y leer muy de cerca y distinguir algunos colores.

- Baja visión moderada: Permite una lectoescritura si se adaptan unas ayudas pedagógicas y/o ópticas adecuadas.

- **Discapacidades psíquicas:**

Originadas por retraso y/o enfermedad mental.

Discapacidad intelectual

“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad intelectual se origina antes de los 18 años”.

Hay otras áreas que pueden verse afectadas, como:

- La psicomotricidad.
- Labilidad emocional.
- La atención-concentración.
- Orientación espacial.
- Conciencia de la propia discapacidad.

APARTADO IV

MARCO LEGAL

Introducción

A comienzos del siglo XX, en 1928, se crea una institución destinada a albergar a niños y adolescentes con discapacidades mentales y físicas severas abandonados por sus familias por distintas circunstancias, entre éstas escasos recursos económicos.(14)

En 1943 pasa a ser del estado, trasladándose a distintos domicilios, siendo el primero en Blanco Encalada donde la comunidad los rechaza y los vecinos se opusieron a la instalación de esta entidad. Luego, pasa a Mayor Drummond hasta quedar instalado en el predio del Hospital psiquiátrico El Sauce, en un sector poco visible, aislado de la comunidad y sociedad.

En 1985 la institución toma el nombre de "Instituto Jorba de Funes". Ese mismo año se sanciona el "Régimen de Protección de las Personas Discapacitadas". Este régimen está incluido en la Ley 5.041, que en su artículo 5, expresa:

"Créase la Dirección Provincial de Asistencia Integral del Discapacitado, dependiente del Ministerio de Bienestar Social (Sub Secretaría de Promoción Social).

El Instituto Concepción Jorba de Funes (Instituto de Internación de Diagnósis Profunda), pasará a depender de esta Dirección".

Con el transcurso del tiempo el Instituto Jorba de Funes fue foco de diversas denuncias. En este trabajo se citarán algunas de público conocimiento a través de los distintos medios de comunicación de la provincia de Mendoza.

En estas denuncias se reflejan los derechos vulnerados a personas con discapacidades pertenecientes a la institución, y exponen situaciones que no contribuyeron al mejoramiento de sus afecciones y limitaciones.

Denuncias:

- 18 de septiembre de 2009, realizada por empleados de la Institución por los siguientes motivos:

- Carencia de medicamentos.

- Carencia de vestimenta adecuada.
 - Desprotección de la Salud de los pacientes.
 - Falta de disponibilidad médica.
 - Hacinamiento: 48 paciente en 4 habitaciones.
 - Baños rotos (solo disponían de dos).
 - Ambientes impregnados de olores nauseabundos.
- 26 de julio de 2012, realizada por padres auto convocados por los siguientes motivos:
- Por instalaciones inadecuadas, "preocupantes".
 - Ambiente insalubre.
 - Falta de personal de salud.
- Desde febrero a fines de 2014, el Defensor de los Discapacitados, Juan Carlos González, organizaciones civiles denunciaron:
- Maltratos hacia los internados, además de presunto abuso sexual. Falta de respeto al pudor, falta de higiene de los albergados, encerrados en celdas de aislamiento cuando presentaban crisis.
 - Fallas serias en la infraestructura, particularmente los sanitarios.
 - Desnutrición.
 - Dirección del Instituto a cargo de meros administrativos.
- 14 de febrero de 2020, realizada por personal del Instituto Jorba de Funes hacia otra efectora por maltrato a paciente internada en Hospital Dr. Luis Lagomaggiore y otros albergados.
- Todas estas denuncias derivan en intervenciones que lleva a cabo la "Defensoría del Discapacitado" logrando en el 2015 un desmembramiento de la Institución en 3 micros hogares. Cambiando el paradigma de "macro hogar" a "micro hogar", y de inclusión en la sociedad y comunidad.
- En el 2017, se realiza el segundo traslado al segundo micro hogar, y finaliza en el año 2019 el último traslado.

LEGISLACIÓN

La legislación Argentina ampara a las personas con discapacidad y afecciones mentales con leyes que a pesar de su promulgación desde 1985 han persistido en el incumplimiento. Se destacan en este trabajo las leyes: 5.041, 26.378, y 26.357.

La triste situación de los pacientes del Instituto Jorba de Funes que fueron vulnerados a través del tiempo, las leyes mencionadas parecen haber sido ignoradas o inexistentes.(14)

Ley 5.041 (15)

Ley 5.041, provincia de Mendoza, 19 de septiembre de 1.985. "Régimen de Protección para las personas discapacitadas". Esta Ley se acopla a la ley nacional 22.341 " Sistema de protección integral de los discapacitados", Buenos Aires, 16 de marzo de 1.981.

El objetivo de esta ley es otorgar a las personas con discapacidades atención médica, educación y seguridad social.

Asegura un sistema de protección, atención médica, educación, seguridad social.

Mediante esta ley el Instituto Jorba de Funes pasa a depender de la Dirección Provincial de Asistencia Integral al discapacitado. Esta dirección tiene funciones de las cuales se extraen las siguientes:

- Realizar tareas de prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Actuar de oficio para lograr el pleno cumplimiento de las medidas establecidas en la presente ley.
- Apoyar, subsidiar, coordinar y supervisar la actividad de las entidades privadas sin fines de lucro que orienten sus acciones en favor de las personas discapacitadas.
- Proponer medidas adicionales a las establecidas en esta ley que tiendan a mejorar la situación de las personas discapacitadas y a prevenir las discapacidades y sus consecuencias.

Ley 26.378 (16)

Ley Nacional "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad". Apruébese la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. Sancionada el 21 de mayo de 2008 y, promulgada el 6 de Junio 2008.

La Convención es un tratado internacional de derechos humano. Tiene como propósito promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Destacando el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconociendo, a este respecto, la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad.

Convencidos de que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a recibir protección de ésta y del Estado.

Principios generales:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

Los estados partes deben asegurar a que las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial, y otros servicios de apoyo de la comunidad y su inclusión en la misma para evitar su aislamiento o separación de ésta.

Los estados parte deben asegurar las instalaciones y los servicios comunitarios para que la población en general esté a disposición, en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Los estados parte reconocen que las personas con discapacidad tiene derecho a gozar del más alto nivel de salud sin discriminación por motivos de discapacidad.

Ley 26.657 (17)

Ley Nacional de Salud Mental, 25 de noviembre de 2010. Encuentra sus fundamentos en los estándares internacionales de derechos humanos en materia de salud mental.

Se plantea un nuevo paradigma de inclusión de la integración como sujetos de derechos en sus procesos de integración social fundada en el resguardo a la institución de sus derechos.

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.

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.

La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad.

El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- 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.
- Conocer y preservar su identidad.
- Recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- En el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente.
- Ser informado de manera adecuada a todo lo inherente a su salud y tratamiento, en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.
- Recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad.
- A que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

Promover que la salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

La prescripción médica 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.

Los profesionales para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, deben valorar su idoneidad. 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.

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.

Ética en la enfermería

Definición:

Es la construcción moral que orienta las actitudes y los comportamientos profesionales para la consecución de objetivos profesionales, todo ellos desde la vertiente del reconocimiento del ser humano en su totalidad y el respeto de los valores sociales. Responde a la pregunta "¿Que es lo correcto que debo hacer en una situación determinada?". Para actuar conforme al respeto de los valores sociales debemos reflexionar conocer y determinar sobre los valores personales que tenemos de una idea, un objeto o una conducta.(4)

Los enfermeros profesionales de enfermería trabajan con problemas éticos todos los días, en ocasiones el profesional enfermero y especialmente el enfermero psiquiátrico se encuentra frente a pacientes con el cual no comparte sus valores, sin embargo debe prestar asistencia a las personas por respeto a la dignidad humana.

Es un proceso de autodescubrimiento que clarifica los valores y la medida en que los priorizamos.

Hildegart Plepau destaca que: "El enfermo de psiquiatría puede establecer la relación de ayuda al paciente a partir del conocimiento de su propia conducta".

Los profesionales de enfermería deben conocer sus propios valores antes de tomar decisiones en relación a la ética profesional.

Existe un código de ética en enfermería que tiene por objetivo responder a los problemas éticos actuales y dar a conocer los valores que difunde la profesión.

CÓDIGO ÉTICO PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA (19)

En el apartado uno del consejo regional de Enfermería del Mercosur se enfatiza en el cuidado, respeto, protección y a la no discriminación de los pacientes:

- Brindar al usuario cuidados de enfermería seguros.
- Mantener la confidencialidad de la información que le haya sido confiada en virtud de su actividad profesional.
- Prestar asistencia de enfermería sin discriminación de cualquier naturaleza.

- Respetar la privacidad y la intimidad de los usuarios, familias y grupos sociales.
- Brindar información suficiente y adecuada al usuario y su familia, y grupos de poblaciones relacionada con los cuidados de enfermería, los beneficios, los posibles riesgos y consecuencias.
- Respetar y reconocer el derecho de los pacientes a tomar sus propias decisiones en cuestiones relativas a su tratamiento y a su bienestar.
- Compartir con la sociedad la responsabilidad de mantener el ambiente natural y protegerlo del empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción y el abandono.

Ley 6836: Reglamentación de la profesión de enfermería. (Mendoza, 7 de noviembre del 2000)(18)

En los fundamentos de la creación de la ley se hace mención a que "la enfermería es una práctica eminentemente moral que busca hacer el bien a las personas y a las comunidades y porque su ejercicio se rige por un código de ética considerándose responsable de la prestación de brindar cuidados de conformidad con las normas de prácticas y pautas morales".

La ley 6836 entre sus obligaciones y prohibiciones establece observar las normas de ética profesional. Los enfermeros tienen prohibido realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana.

Es de suma importancia que el profesional de enfermería tenga conocimiento de los aspectos legales que amparan y protegen a los enfermos en salud mental para que este tenga conciencia de la magnitud de sus derechos.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo y Exploratorio

Permite observar las conductas, las características, los factores, procedimientos de los hechos y ordenarlos. Se busca conocer y comprender el conocimiento que tienen los profesionales de enfermería con respecto al fenómeno en estudio y las condiciones en que se realizan en un periodo de tiempo determinado.

Cualitativo y Participativo

Se obtienen respuesta con respecto a lo que piensan y sienten. Es una investigación de índole interpretativa y se realiza en pequeños grupo de personas. Es activo durante el proceso y tiene el fin de transformación de la realidad, con el objeto de descubrir nuevas perspectivas y conocimientos.

La participación de la población ayuda a mejorar, identificar y encontrar las condiciones y soluciones a sus problemas.

Transversal

Se realiza la investigación a un grupo de enfermeros que ejercen la profesión en el Instituto Jorba de Funes en el momento de interacción con el paciente

Área de Estudio

Se realizara en los 3 Micro hogar del Instituto Concepción Jorba de Funes, ubicado en el distrito Villa Hipódromo del departamento Godoy Cruz, distrito Panquegua del departamento Las Heras y en Ciudad Capital de Mendoza, Provincia de Mendoza. Argentina.

Universo y Muestra

Se tomara un universo de 14 profesionales de enfermería que trabajan en los 3 Micro hogar .La muestra se tomara a todos los profesionales de enfermería del Instituto Concepción Jorba de Funes.

Variable y / o Hipótesis

La metodología de nuestra investigación se enfoca desde un diseño cualitativo, conceptualizando las variables que se empleará en cada personal participativo, considerando la importancia de poder identificar e interpretar los conocimientos de los profesionales de enfermería en su campo de trabajo sobre las intervenciones a

los pacientes del Instituto. Durante el proceso estas variables cualitativas se analizarán para definir, mejorar o transformar la investigación que se plantea.

Nivel de formación: estudios que cursa o completa al momento de la investigación en cualquier nivel (posgrado, licenciatura, profesional).

Antigüedad laboral: Cantidad de años que trabaja en Salud Mental.

Capacitación: Conocimiento adquirido durante el ejercicio de su profesión en Salud Mental.

Intervención: Acciones profesionales en Salud Mental.

Procedimientos legales: Técnicas legales en Salud Mental.

Manejo de urgencias: Resolución ante crisis o episodios psicomotrices.

TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Teniendo el compromiso de la población a estudiar, consideramos fuentes directas a través de entrevistas y cuestionarios que son representativos a nuestra investigación. Nuestro centro participativo radicará en la exposición verbal y observación. (Anexo)

ANALISIS, PROCESAMIENTOS Y PRESENTACION DE DATOS

Realización de una Tabla Matriz base de los datos obtenidos. Se construye tabla de doble entrada y frecuencias de entradas simples con presentación de gráficos de barra y torta con sus correspondientes conclusiones.

Observación directa.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

1.-Edad

- **Dimensión:** 22 años a 32años
33 años a 42 años
43 años a 52 años
+ 53 años
- **Indicadores:** 1.1 22 años a 32 años
1.2 33 años a 42 años
1.3 43 años a 52 años
1.4 + 53 años

2.-Nivel de formación:

- **Dimensión:** Auxiliar de Enfermería
Enfermero Profesional
Licenciado en Enfermería
Licenciado especializado en Salud Mental
- **Indicadores:** 2.1 Auxiliar de Enfermería
2.2 Enfermero Profesional
2.3 Licenciado en Enfermería
2.4 Licenciado especializado en Salud Mental

3.-Antigüedad Laboral:

- **Dimensión:** - a 2 años
2 años a 4 años
5 años a 7años
+ 7 años
- **Indicadores:** 3.1 -2 años
3.2 2 años a 4 años
3.3 5 años a 7 años
3.4 + 7 años

4.-Procedimientos Legales:

- **Dimensión:**
 - Conocimientos adquiridos en la facultad.
 - Capacitación recibida de nuestros pares.
 - Experiencias propias.
 - Capacitación de la propia Institución.

- **Indicadores:**
 - 4.1 - Conocimientos adquiridos en la facultad.
 - 4.2 - Capacitación recibida de nuestros pares.
 - 4.3 - Experiencias propias.
 - 4.4 - Capacitación de la propia Institución.

5.-Capacitacion:

- **Dimensión:**
 - Conocimientos adquiridos en la facultad.
 - Capacitación recibida de nuestros pares.
 - Experiencias propias.
 - Capacitación de la propia Institución.
 - Otros.

- **Indicadores:**
 - 5.1 - Conocimientos adquiridos en la facultad.
 - 5.2 - Capacitación recibida de nuestros pares.
 - 5.3 - Experiencias propias.
 - 5.4 - Capacitación de la propia Institución.
 - 5.5 - Otros.

6.-Tipos de conocimientos en Intervenciones:

- **Dimensión:**
 - Enfermería de Adulto.
 - Enfermería Infanto / Juvenil.
 - Enfermería en Emergentología.
 - Enfermería de Salud Mental.
 - Enfermería Comunitaria.
 - Enfermería Neonatal.

- **Indicadores:**
 - 6.1 - Enfermería de Adulto.

- 6.2 - Enfermería Infanto / Juvenil.
- 6.3 - Enfermería en Emergentología.
- 6.4 - Enfermería de Salud Mental.
- 6.5 - Enfermería Comunitaria.
- 6.6 - Enfermería Neonatal.

7.-Manejo de Urgencias:

- **Dimensión:**
 - Conocimientos de cursado en facultad.
 - Conocimientos Empíricos.
 - Por Protocolos.
 - Sin Conocimientos.

- **Indicadores:**
 - 7.1 - Conocimientos de cursado en facultad.
 - 7.2 - Conocimientos Empíricos.
 - 7.3 - Por Protocolos.
 - 7.4 -Sin Conocimientos.

CAPITULO III

RESULTADOS, DISCUSION Y PROPUESTAS

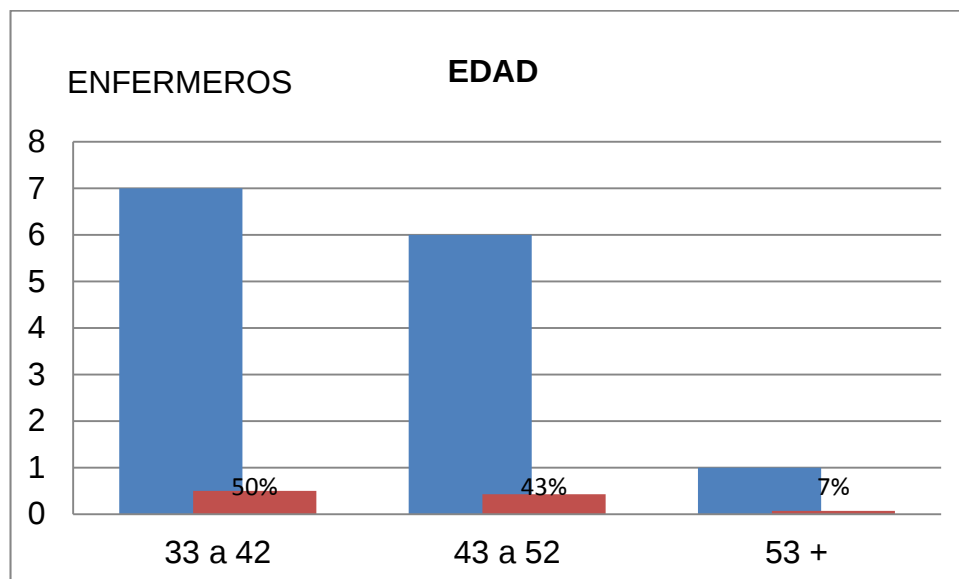
TABLA N° 1 - Personal de Enfermería en estudio “**EDAD**”. Instituto Jorba de Funes. Mendoza 2020.

Tabla de frecuencia de entrada simple

Edad	FA	FR	FR PORC	FR.%ACUM
22 a 32	0	0	0%	0%
33 a 42	7	0.64	64%	64%
43 a 52	6	0.29	29%	93,00%
53 +	1	0.07	7%	100%
Total	14	1	100%	100%

Tabla de resultado de elaboración propia basada en datos obtenidos de fuente directa por los encuestados de forma anónima con preguntas de tipo cerradas.

GRAFICO N° 1



Comentario: Los datos obtenidos en la variable Edad presenta un grupo de 64% el rango atareo de 33 a 42 años, el cual es ideal para comprometerse con la profesión.

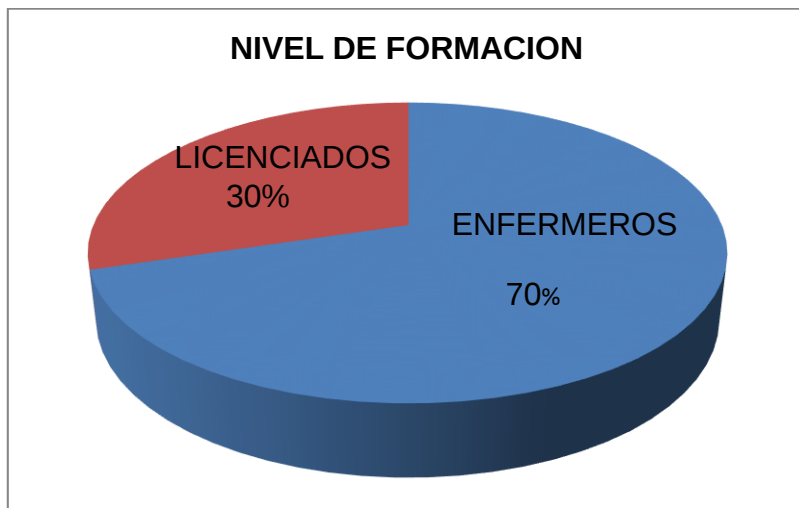
TABLA N° 2 – Personal de enfermería en estudio “NIVEL DE FORMACION” .Instituto Jorba de Funes. Mendoza 2020.

Tabla de frecuencia entrada simple.

Formación	F.A	FR	F.PORCE	F.% ACUM
Auxiliar E.	0	0	0	0
Enfermeros	10	0.71	71%	71%
Licenciados	4	0.30	30%	100%
Especializados	0	0	0	0
Total	14	1	100%	100%

Tabla de resultado de elaboración propia basada en datos obtenidos de fuente directa por los encuestados de forma anónima con preguntas de tipo cerradas.

GRAFICO N° 2



Comentario: El personal de muestra del Instituto representa el 78% con título de Enfermero Profesional con aspiraciones a especializarse, y el 30% han obtenido su título como Licenciado en Enfermería

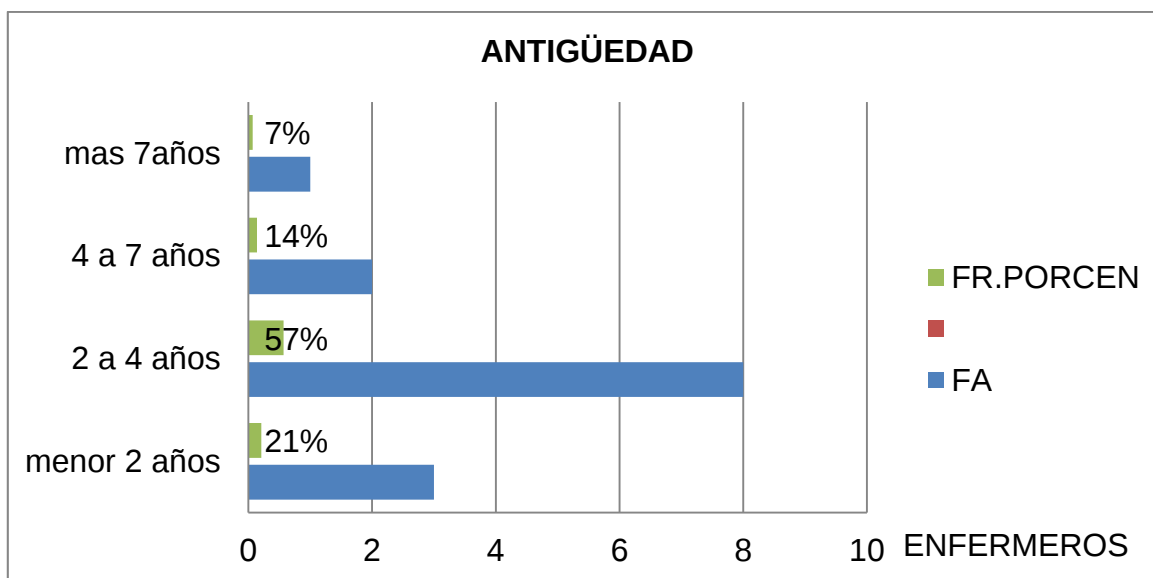
TABLA N° 3 – Personal de enfermería en estudio “ANTIGÜEDAD LABORAL”. Instituto Jorba de Funes. Mendoza 2020.

Tabla de frecuencia entrada simple

Antigüedad	FA	FR	FR.PORCEN	FR.%ACUM
menor 2 años	3	0.21	21%	21%
2 a 4 años	8	0.57	57%	78%
4 a 7 años	2	0.14	14%	92%
mas 7años	1	0.07	7%	100%
Total	14	1	100%	100%

Tabla de resultado de elaboración propia basada en datos obtenidos de fuente directa por los encuestados de forma anónima con preguntas de tipo cerradas.

GRAFICO N° 3



Comentario: El personal de enfermería muestra un 57% (2-4 años), escasa antigüedad para conocer o manejar las distintas situaciones que presentan los pacientes del Instituto

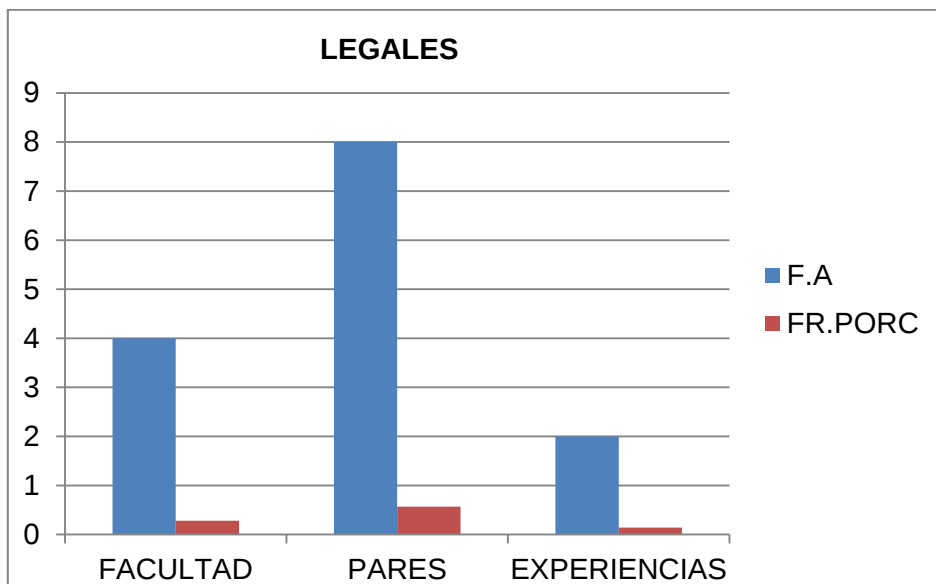
TABLA N^a 4 – Personal de enfermería en estudio “**LEGALES**”.
Instituto Jorba de Funes. Mendoza 2020

Tabla de frecuencia entrada simple

LEGALES	F.A	F.R	FR.PORC	FR.%ACUM
FACULTAD	4	0.28	28%	28%
PARES	8	0.57	57%	85%
EXPERIENCIAS	2	0.14	14%	100%
TOTAL	14	1	100%	100%

Tabla de resultado de elaboración propia basada en datos obtenidos de fuente directa por los encuestados de forma anónima con preguntas de tipo cerradas

GRAFICO N^a 4



Comentario: Los datos obtenidos reflejan el 57% de los enfermeros que comprenden las normas a través de transmisión de conocimiento de sus pares.

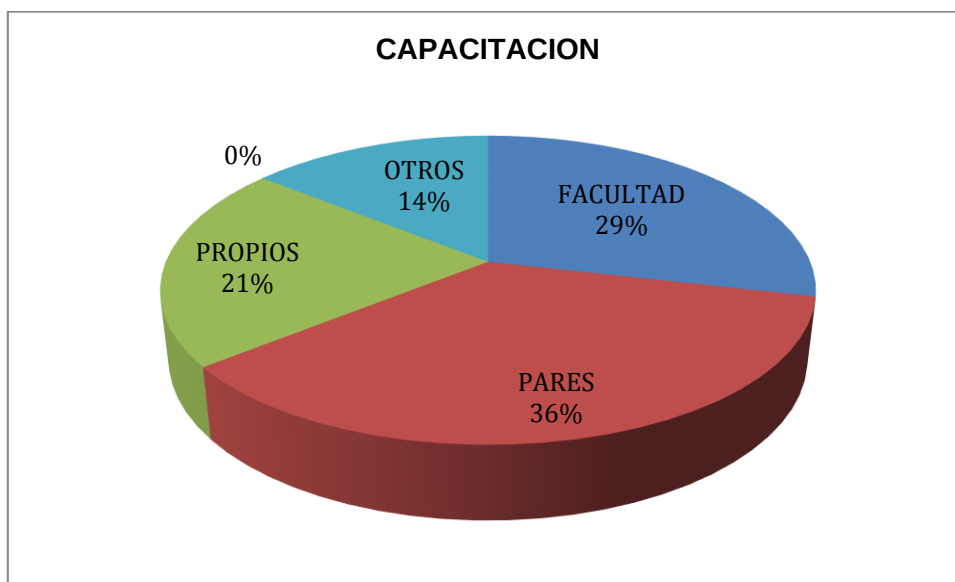
**TABLA N° 5 – Personal de enfermería en estudio
“CAPACITACION”. Instituto Jorba de Funes. Mendoza 2020.**

Tabla de frecuencia entrada simple

CAPACITACION	FA	FR	FR PORC	F% ACUM
FACULTAD	4	0.28	28%	28%
PARES	5	0.36	36%	64%
PROPIOS	3	0.21	21%	85%
INSTITUCION	0	0	0	0
OTROS	2	0.14	14%	100%
TOTAL	14	1	100%	100%

Tabla de resultado de elaboración propia basada en datos obtenidos de fuente directa por los encuestados de forma anónima con preguntas de tipo cerradas

GRAFICO N° 5



Comentario: La muestra del personal de enfermería reconoce que el nivel de capacitación es de un 36% por transmisión de sus pares, y un 29% por sus estudios en la facultad.

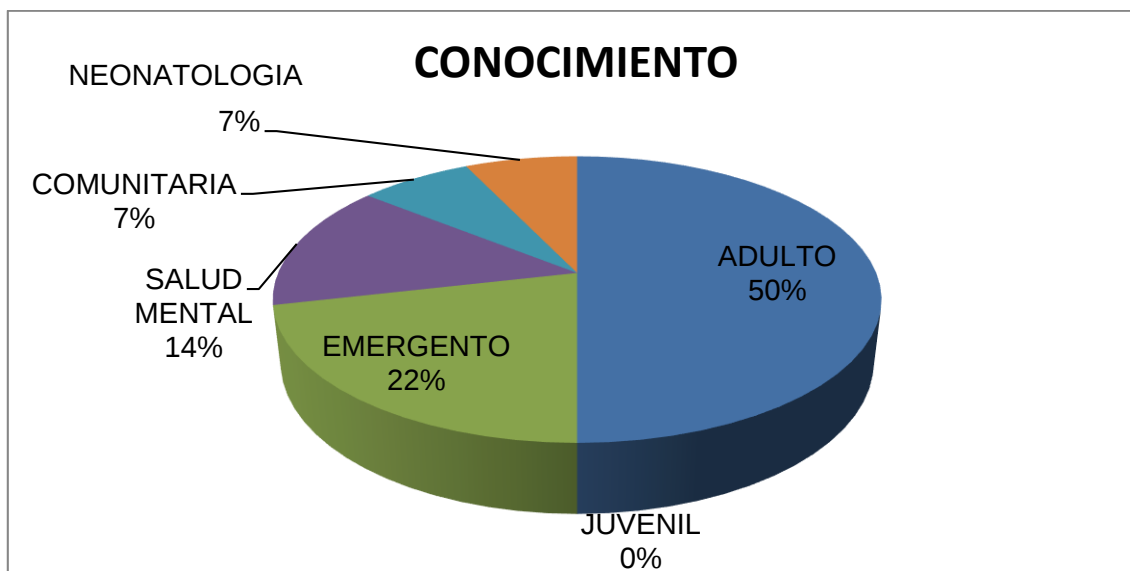
TABLA N° 6 – Personal de enfermería en estudio “CONOCIMIENTOS EN INTERVENCIONES”. Instituto Jorba de Funes. Mendoza 2020

Tabla de frecuencia entrada simple

CONOCIMIENTO	F.A	FR	FR PORC	FR%ACUMU
ADULTO	7	0,5	50%	50%
JUVENIL	0	0	0	0
EMERGENTO	3	0,21	21%	71%
SALUD MENTAL	2	0,14	14%	85%
COMUNITARIA	1	0,07	7%	92%
NEONATOLOGIA	1	0,07	7%	100%
TOTAL	14	1	100%	100%

Tabla de resultado de elaboración propia basada en datos obtenidos de fuente directa por los encuestados de forma anónima con preguntas de tipo cerradas

GRAFICO N° 6



Comentario: Plantel de enfermeros con alta formación en Adultos (50%) y conocimientos en Emergentología (22%) y solo un (14 %) en Salud Mental,

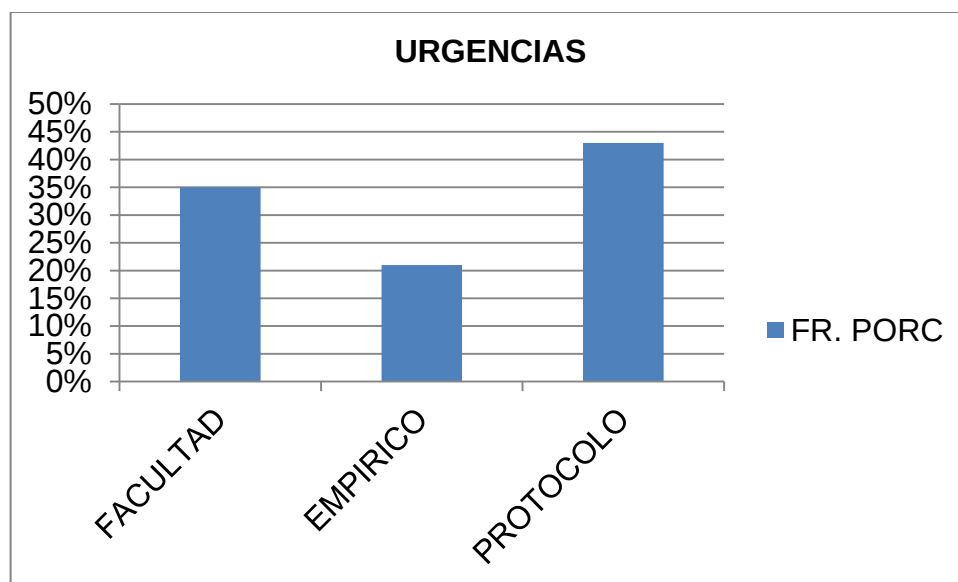
TABLA N° 7– Personal de enfermería en estudio “**MANEJO DE URGENCIAS**”. Instituto Jorba de Funes. Mendoza 2020

Tabla de frecuencia entrada simple

URGENCIAS	FA	FR	FR. PORC	FR% ACUM
FACULTAD	5	0.35	35%	35%
EMPIRICO	3	0.21	21%	56%
PROTOCOLO	6	0.43	43%	100%
TOTAL	14	1	100%	100%

Tabla de resultado de elaboración propia basada en datos obtenidos de fuente directa por los encuestados de forma anónima con preguntas de tipo cerradas

GRAFICO N° 7



Comentario: Este grafico refleja que el 43% actúa ante una urgencia a treves de protocolos, y un 35% por los estudios adquiridos en los estudios superiores y dejando de lado el accionar empírico o criterioso con un 21% como se acostumbraba en la antigüedad.

CONCLUSION

El profesional enfermero de Salud Mental desempeña un trato con el paciente con discapacidad y trastorno mental más humanizado, dejando atrás sometimiento a sedación y malos tratos.

El paradigma actual se basa en la relación interpersonal con el paciente más estrecha, inserción social, contención y participación familiar.

Todas estas prácticas hoy en día explican y refuerzan el aprendizaje de la asistencia en salud mental, con participación multidisciplinaria activa.

De los resultados obtenidos se puede deducir: que las muestras realizadas en el Instituto Jorba de Funes son un 64% sobre el total del personal de enfermería, donde se resuelven los datos más relevantes en la práctica a nivel académico en el área de Salud Mental se minimiza la importancia del cursado presencial en los diferentes nosocomios, institutos y hospitales que se desenvuelven en esta especialidad.

Otro dato que se obtiene del personal de enfermería es a nivel legal, donde hacen referencia de mayor conocimiento en el ejercicio legal de enfermería, no así como las leyes que ampara al paciente psiquiátrico.

Según las respuestas obtenidas por los encuestados, el sistema de salud proporciona una escasa difusión sobre las capacitaciones en esta especialidad, el plantel de enfermería carecen de interés en aplicar los conocimientos en salud mental por factores que pueden interferir a nivel de la comunicación, económico y vocacional.

Se concluye de las encuestas que el plantel de personal de enfermería demuestra saber actuar y fundamentar emergencias clínicas sobre las psiquiátricas, aun teniendo un plan de indicación medicamentosa en casos de excitación psicomotriz (E.P.M.) indicados por los profesionales médicos. También reflejan las encuestas un plan de contención débil y dudosa en la relación interpersonal con el paciente.

En el Instituto Jorba de Funes se desempeña en su mayoría el personal de enfermería un rango etario de adultos jóvenes con formación académica de Enfermeros Profesionales, con escasa capacitación y conocimiento en emergencias psiquiátricas. Se destaca la reducida antigüedad laboral del personal que conlleva a intervenir con poca experiencia hacia los pacientes.

PROPUESTAS

- Realizar un proyecto para presentarlo en las instituciones académicas, con el fin de intensificar la carga horaria de prácticas que estas dictan en las instituciones psiquiátricas con pacientes con discapacidad y patologías mentales.
- La Institución Jorba de Funes organice y coordine cursos, programas, jornadas e información para el personal de enfermería que se desempeña en el mismo. No solo destinado a las intervenciones, como masi también en las nuevas normas legales.
- Incorporar actividades de participación obligatorias de las diferentes capacitaciones brindadas por el ministerio y otras entidades de salud en esta especialidad, como por ejemplo el colegio farmacéutico (solicitando interacción con la Institución brindando información sobre psicofármacos).

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1- Caminero Luna, P., & Castelo Sardina, C. (2012). Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica
- 2- Bernbeu Tamayo, M. D. (2006). Enfermería Psiquiátrica y en salud Mental. *Barcelona. España.*
- 3- Estévez, V. S., Bórnez, L. F. M., & publicó su libro sobre Intervention, T. Modelo de Relación Persona-Persona de Joyce Travelbee en la Enfermería de Salud Mental. *LAS ENFERMERAS DE SALUD MENTAL Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL: HABLANDO CLARO*, 1059.
- 4- Eby, L., Brown, N. J., & Romo, M. M. (2010). *Cuidados de enfermería en salud mental* (Vol. 2). Pearson Educación.
- 5- De Cárdenas, I. E. (1991). Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatra. *Avances en Enfermería*, 9(1), 27-34
- 6- Fernandez Rodriguez.B.,Rodriguez.J.M.(2004).Atención enfermera en urgencias y emergencias.Madrid.EdicionesDAE
- 7- Siles González, J. (2008). Historia de la enfermería: una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados.
- 8- Organización Panamericana de la Salud.(2003).
- 9- sobre la Discapacidad, O. I. M. Banco Mundial; 2011 [cited 2012].
- 10-Patel V,Kleiman(2003).Pobreza y trastornos mentales en países en desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud.1:609-615.Ginebra.
- 11-Ayuso-Mateos, J. L., Nieto-Moreno, M., Sánchez-Moreno, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*, 126(12), 461-6.
- 12-Litin, S. C., & Nanda, S. (Eds.). (2018). Mayo clinic family health book. Mayo Clinic.
- 13-Rodriguez Santana, E. G. (2020). Los riesgos laborales en personas con capacidades especiales.
- 14-Peralta, J. M. (2014). *Institucionalización y familia* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales).
- 15-LEY 5041 (19 de septiembre de 1985). Régimen de protección de las personas con discapacidad. Mendoza, Argentina.

- 16-LEY 26378 (6 de junio 2008). Convención sobre los derechos facultativos de las personas sobre su discapacidad y su protocolo facultativo. Buenos Aires.
- 17--LEY 26657 (25 de noviembre de 2010). Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Buenos Aires.
- 18-LEY 6836(7 de noviembre 2000).Reglamentación de la profesión de enfermería. Mendoza.
- 19-Lic. Elena Perich, María da Graça Piva, Lic. Rosalía Rodríguez de López, Lic. Alma Carrasco (2003) "Código de ética de Enfermería del Mercosur". Montevideo.
- 20-Rojas Rodríguez, M. S. (2007). Atención de enfermería a pacientes con afecciones psiquiátrica.

ANEXOS

FORMULARIO DE LA ENCUESTA

ENTREVISTA INDIVIDUAL

N.....

1-EDAD

- | | |
|--|--|
| ☐ 22 años a 32 años | ☐ 33 años a 42 años |
| ☐ 43 años a 52 años | ☐ + 53 años |

2-NIVEL DE FORMACIÓN

- | | |
|---|--|
| ☐ Auxiliar de Enfermería | ☐ Licenciado en Enfermería |
| ☐ Enfermero Profesional | ☐ Licenciado especializado Salud Mental |

3-ANTIGÜEDAD LABORAL

- | | |
|---|--|
| ☐ -2 años | ☐ 5 años a 7 años |
| ☐ 2 años a 4años | ☐ + 7 años |

4-PROCEDIMIENTOS LEGALES

- ☐ Conocimientos adquiridos en la facultad.
- ☐ Capacitación recibida de nuestros pares.
- ☐ Experiencias propias.
- ☐ Capacitación de la propia Institución.

5-CAPACITACION

- ☐ Conocimientos adquiridos en la facultad.
- ☐ Capacitación recibida de nuestros pares.
- ☐ Experiencias propias.
- ☐ Capacitación de la propia Institución.
- ☐ Otros.

6-TIPOS DE CONOCIMIENTOS EN INTERVENCIONES

- ☐ Enfermería de Adulto.
- ☐ Enfermería Infante / Juvenil.
- ☐ Enfermería en Emergentología.
- ☐ Enfermería de Salud Mental.
- ☐ Enfermería Comunitaria.
- ☐ Enfermería Neonatal.

7-MANEJO DE URGENCIAS

- ☐ Conocimientos Profesional.
- ☐ Conocimientos Empíricos.
- ☐ Por Protocolos.
- ☐ Sin Conocimientos.



TABLA MATRIZ

Nª	EDAD				FORMACION				ANTIGÜEDAD			
	1.1	1.2	1.3	1.4	1.1	1.2	1.3	1.4	1.1	1.2	1.3	1.4
1		X					X			X		
2		X				X			X			
3			X				X			X		
4			X			X			X			
5		X				X				X		
6			X			X				X		
7		X				X				X		
8			X				X				X	
9			X				X			X		
10		X				X			X			
11		X				X				X		
12		X				X				X		
13				X		X					X	
14			X			X						X
Total	0	7	6	1	0	10	4	0	3	8	2	1



CAPACITACION					CONOCIMIENTO						URGENCIAS			
1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.1	1.2	1.3	1.4
X								X			X			
				X	X							X		
X					X								X	
	X				X							X		
				X			X						X	
	X				X								X	
		X							X				X	
X								X			X			
X							X				X			
	X				X							X		
	X				X								X	
	X						X						X	
		X								X	X			
		X			X						X			
4	5	3	0	2	7	0	3	2	1	1	5	3	6	0



Legales			
1.1	1.2	1.3	1.4
X		X	
X	X		
X	X		
X	X		
X	X		
X	X		
X		X	
X	X		
X	X		
X	X		
X	X		
X		X	
X		X	
14	11	4	0

CUESTIONARIO

OPINIONES DE ENFERMEROS PROFESIONALES DE LA INSTITUCION

N.....

1-¿Considera Ud. que los conocimientos adquiridos en la facultad son suficientes para desenvolverse en las Instituciones psiquiátricas?

2-¿Cree Ud. que debe haber mayor difusión sobre las leyes que amparan al paciente psiquiátrico?

3-¿Ud. ha participado en capacitaciones de Salud Mental?

4- Ante una situación de crisis o urgencia ¿Sabe que intervenciones de enfermería realizar hacia el paciente?

5-¿Cree Ud. que con mayor capacitación se llegaría a una intervención más optima para el paciente?

OPINIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

N 01...

1-¿Considera Ud. que los conocimientos adquiridos en la facultad son suficientes para desenvolverse en las Instituciones psiquiátricas?

“Durante el cursado en la facultad, tenemos materias que refieren a la psicología, y en su último año a patologías de Salud Mental. Notamos que al llegar a su práctica el tiempo de horas cátedras es muy leve o nulo. Las Instituciones psiquiátricas nos limitan algunas veces sus visitas”

2-¿Cree Ud. que debe haber mayor difusión sobre las leyes que amparan al paciente psiquiátrico?

“Si por supuesto, sucede organizan charlas o disertan profesionales pero la difusión es muy débil, generalmente difunden en los hospitales psiquiátricos y muy poco en canales informativos o redes.”

3-¿Ud. ha participado en capacitaciones de Salud Mental?

“No he tenido oportunidad de saber cuándo se ha realizado alguna capacitación.”

4- Ante una situación de crisis o urgencia ¿Sabe que intervenciones de enfermería realizar hacia el paciente?

“Crisis de urgencia en psiquiatría lo he aprendido al comenzar a trabajar, he tomado experiencia con el tiempo, llevo trabajando 2 años en la institución.”

5-¿Cree Ud. que con mayor capacitación se llegaría a una intervención más optima para el paciente?

“Totalmente, creo que en el instituto donde trabajo muchos hemos aprendido las intervenciones como hacerlas por nuestros colegas que tienen mayor antigüedad en el trabajo, con capacitaciones estas acciones de enfermería serian mas optima y profesionales.”

N 02....

1-¿Considera Ud. que los conocimientos adquiridos en la facultad son suficientes para desenvolverse en las Instituciones psiquiátricas?

“En el cursado las practicas están muy basadas en las especialidades de adulto y pediatría, hay materias de Salud Mental pero muy pocas practicas directas con pacientes. Generalmente es algo complicado que los hospitales permitan el ingreso de estudiantes ya que estos pacientes presentan patologías conductuales”

2-¿Cree Ud. que debe haber mayor difusión sobre las leyes que amparan al paciente psiquiátrico?

“Hay difusión, quizás no tan amplia como en otras especialidades. Muchas veces escapan a nuestros medios de comunicación.”

3-¿Ud. ha participado en capacitaciones de Salud Mental?

“He participado pero muy pocas, mas capacitación en Emergentología y RCP

4- Ante una situación de crisis o urgencia ¿Sabe que intervenciones de enfermería realizar hacia el paciente?

“Al ingresar al instituto no tenia conocimientos de acciones hacia los pacientes con debilidad mental, al pasar el tiempo fui leyendo y tomando experiencias.”

5-¿Cree Ud. que con mayor capacitación se llegaría a una intervención más optima para el paciente?

“Creo que las capacitaciones serian muy útiles para mejorar la atención hacia estos pacientes”

N 03....

1-¿Considera Ud. que los conocimientos adquiridos en la facultad son suficientes para desenvolverse en las Instituciones psiquiátricas?

“En los años de estudiantes la facultad remarca muchas acciones de enfermería de clínica, adultos o niños. En Salud Mental tenemos materias de psicología y patologías de Salud Mental.”

2-¿Cree Ud. que debe haber mayor difusión sobre las leyes que amparan al paciente psiquiátrico?

“Las Leyes en Salud Mental sabemos que son muchas de ellas recientes, y que están en defensa de los pacientes psiquiátricos como de discapacitados. Pero su contenido como difusión son muy escasos en el currículo de la profesión.”

3-¿Ud. ha participado en capacitaciones de Salud Mental?

“No he participado en capacitaciones de Salud Mental, pero si en Emergentología

4- Ante una situación de crisis o urgencia ¿Sabe que intervenciones de enfermería realizar hacia el paciente?

“Ante crisis convulsivas es lo más frecuente que nos instruyen para actuar durante el cursado en la facultad, pero los pacientes del Instituto Jorba tienen la particularidad de crisis conductuales”

5-¿Cree Ud. que con mayor capacitación se llegaría a una intervención más optima para el paciente?

“Todos los conocimientos sobre acciones en enfermería que tengan fundamentos científicos, concluirán en una optima intervención.”

N 04....

1-¿Considera Ud. que los conocimientos adquiridos en la facultad son suficientes para desenvolverse en las Instituciones psiquiátricas?

“En las facultades de enfermería el contenido es diverso, en el Instituto Jorba de Funes varios de esos conocimientos que nos da la facultad en adulto , cuidados críticos, Emergentología son aplicables, aunque los pacientes demandan por su conducta y patología psiquiátricas ,intervenciones en enfermería especiales que solo se adquiere con la relación continua con los pacientes del Instituto.”

2-¿Cree Ud. que debe haber mayor difusión sobre las leyes que amparan al paciente psiquiátrico?

“Se ha tratado nuevas normas, pero no se difunde específicamente su contenido”

3-¿Ud. ha participado en capacitaciones de Salud Mental?

“No he tenido oportunidad de participar en capacitaciones o charlas.”

4- Ante una situación de crisis o urgencia ¿Sabe que intervenciones de enfermería realizar hacia el paciente?

“Ante las crisis o urgencias tengo los conocimientos de la facultad o cursos. En el instituto se frecuenta realizar contenciones ante sus conductas, y fui aprendiendo en el transcurso del tiempo.”

5-¿Cree Ud. que con mayor capacitación se llegaría a una intervención más optima para el paciente?

“Es bueno compartir las experiencias y conocimientos entre los colegas del Instituto, nos permite mejor calidad de atención hacia el paciente”

N 05....

1-¿Considera Ud. que los conocimientos adquiridos en la facultad son suficientes para desenvolverse en las Instituciones psiquiátricas?

“Los conocimientos que nos brinda la facultad son más profundos en adultos y niños, pero también podemos aplicarlos en el Instituto Jorba de Funes.”

2-¿Cree Ud. que debe haber mayor difusión sobre las leyes que amparan al paciente psiquiátrico?

“Quizás mas difusión de lo que comprenden y contienen esta normas legales”

3-¿Ud. ha participado en capacitaciones de Salud Mental

“No he podido participar, y no he recibido capacitación en Salud Mental.”

4- Ante una situación de crisis o urgencia ¿Sabe que intervenciones de enfermería realizar hacia el paciente?

“Las intervenciones de enfermería en urgencia psiquiátricas no estamos tan preparados, pero con experiencia cada vez actuaremos con más seguridad.”

5-¿Cree Ud. que con mayor capacitación se llegaría a una intervención más optima para el paciente?

“Si, la capacitación al personal de enfermería lleva a una atención de calidad hacia los pacientes”

N 06....

1-¿Considera Ud. que los conocimientos adquiridos en la facultad son suficientes para desenvolverse en las Instituciones psiquiátricas?

“La facultad nos da conocimientos conceptuales en psiquiatría y Salud Mental, con un contenido generalizado el cual para esta institución es algo escaso, ya que los pacientes del Jorba de Funes presentan una complejidad con discapacidad motriz.”

2-¿Cree Ud. que debe haber mayor difusión sobre las leyes que amparan al paciente psiquiátrico?

“Las leyes de amparo hacia los pacientes de discapacidad y Salud Mental, son renovadas en los últimos años para mayor protección y seguridad hacia estos pacientes”

3-¿Ud. ha participado en capacitaciones de Salud Mental

“Los cursos de capacitación en Salud Mental son pocos difundidos, o solo se encuentran en los avisos de los profesionales psiquiátricos.”

4- Ante una situación de crisis o urgencia ¿Sabe que intervenciones de enfermería realizar hacia el paciente?

“La facultad nos orienta ante crisis convulsivas o epilépticas, en el Instituto Jorba se manifiestan las conductuales, las cuales los conceptos son algo desconocidos.”

5-¿Cree Ud. que con mayor capacitación se llegaría a una intervención más optima para el paciente?

“Las intervenciones se puede optimizar y unificar a través de capacitaciones”

AUTORIZACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

Participación en el Trabajo Final elaborado por alumnos de la **Carrera del Ciclo de la Licenciatura en Enfermería** dependiendo de la **Universidad Nacional de Cuyo**.

Fecha.....

Certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que el alumno del **Curso de Taller de Tesina** me ha invitado a participar, que actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyente a este procedimiento de forma activo. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma y Aclaración del Alumno

Firma y Aclaración del Profesional