



Universidad Nacional de Cuyo

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura

Sede: FCM

TESINA:

Tema: “Nivel de riesgo de los enfermeros ante actitudes violentas de pacientes psiquiátricos internados”

Autores:

Cruz, Fernanda

Tapia, Nelson

Vega, Marisa

Mendoza, 25 de Febrero del 2016

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

ACTA DE APROBACIÓN

Tribunal examinador

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal2:.....

Integrantes del equipo tutorial:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

Trabajo aprobado el:...../...../.....

PRÓLOGO

En este trabajo se abordara la problemática que hay en el Hospital El Sauce en los servicios “B” y “D”, el cual es la agresiones de los pacientes hacia el personal de enfermería. Tiene suma importancia para nosotros esta investigación ya que formamos parte del equipo de salud y somos parte del plantel de enfermería en dicho hospital y servicios, conocemos sobre el tema y que en algún momento padecemos.

Desde nuestro lugar se plantean algunas soluciones para esta problemática vividas por los enfermeros, salidas desde la necesidad del personal más nuevo del hospital.

Desde nuestro punto de vista creemos que es un tema realmente importante para tener en cuenta, y juntos elaborar propuestas para posibles soluciones.

Si bien este es un nuevo camino el que nos hemos propuesto transitar de la mejor manera y sorteando todos los obstáculos, con los que seguro nos vamos a encontrar, también pretendemos enriquecer nuestro conocimiento y tomar conciencia de la realidad que nos toca vivir. Como futuros licenciados en enfermería deseamos con anhelo, realizar bien esta investigación.

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar; como pensar y qué pensar”

Florence Nightingale.

RESÚMEN

Tema: “Nivel de riesgo de los enfermeros ante actitudes violentas de pacientes psiquiátricos internados”

Autores: Cruz Fernanda; Tapia Nelson; Vega Marisa.

Lugar: Servicios “B” y “D” de El Hospital El Sauce, Mendoza, año 2015.

Introducción: El trabajo se realizara en el Hospital El Sauce, en los servicios “B” y “D”, donde se albergan pacientes con diferentes patologías psiquiátricas, como trastorno de la personalidad, esquizofrenia, oligofrenia entre otras El personal de enfermería tiene que trabajar con pacientes, que en ocasiones presentan conductas agresivas (físicas o verbales) hacia los enfermeros como insultos y golpes este tipo de conductas perjudica la labor de enfermería.

Objetivos: Determinar el nivel de riesgo de los enfermeros, ante actitudes violentas de pacientes psiquiátricos internados.

Definir el tipo de agresiones a que están expuestos los enfermeros en estudio.

Conocer características socioculturales de los enfermeros sujetos de estudio.

Identificar las características de la organización del trabajo del sector de enfermería.

Establecer el nivel de exposición al riesgo de agresiones en el que se encuentran los enfermeros sujetos de estudio.

Método: Es un estudio con diseño de tipo descriptivo y transversal.

Población y muestra de 30 enfermeros/as de los servicios “B” y “D” de El Hospital El Sauce. Se utiliza un cuestionario con preguntas cerradas.

Resultados: El personal femenino de enfermería, es quien más sufren los diferentes tipos de violencia, ya que en el servicio de mujeres (servicio “D”), 71% del personal de enfermería son mujeres, y están más expuestas a ser víctimas de agresiones verbales y en ocasiones agresiones físicas, ya que por ser de su mismo género las pacientes tienden a ir mas al choque con el personal femenino de enfermería, a diferencia con el personal masculino de

enfermería que conforman el 29%, al cual le tienen más respeto y evitan ir al choque con ellos. En el servicio de hombres (servicio "B"), el plantel de enfermería femenino es del 44%, en este servicio le tienen más respeto a las enfermeras mujeres, al contrario con el enfermero hombre (el 56%), con quien los pacientes si van más al choque.

Conclusiones: Podemos decir que el personal femenino de enfermería sufre o vive más situaciones violentas (verbales y físicas), en el servicio "D" (mujeres) les tienen menos respeto por ser del mismo género a diferencia del trato con el personal masculino de enfermería.

Recomendaciones: Se plantea la creación de un protocolo de emergencias para pacientes con conductas agresivas hacia el personal de enfermería y la formación de una terapia de grupo hacia el personal de enfermería.

Palabras clave

Pacientes psiquiátricos - Rol de enfermería - Relación enfermero - Paciente - Actuación en situaciones violentas.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo nos reconforto bastante, pero también nos quitó parte de nuestro tiempo, menos horas con la familia, cambios de guardia para juntarnos grupalmente, horas de ocio y recreación por eso sentimos la necesidad de agradecer a las personas que nos ayudaron a cumplir este objetivo, en primer lugar a nuestros familiares que siempre estuvieron en todo momento, compañeros de trabajo por su colaboración e incentivación a continuar y por último y no por eso menos importante a nuestros profesores que nos guiaron en este camino con sus consejos y orientación.

ÍNDICE GENERAL

Carátula:.....	Pág.: I
Advertencia:.....	Pág.: II
Acta de Aprobación:.....	Pág.: III
Capítulo I	
Introducción:.....	Pág.:1
Descripción del Problema:.....	Pág.:2
Formulación del Problema.....	Pág.:4
Objetivos generales específicos.....	Pág.:5
Justificación.....	Pág.:6
Marco teórico	Pág.:7
Capítulo II	
Diseño Metodológico:.....	Pág.:34
Variables e Hipótesis.....	Pág.:35
Operacionalización de las Variables.....	Pág.:36
Capítulo III	
Análisis y Presentación de Datos.....	Pág.:39
Conclusión.....	Pág.:53
Propuestas.....	Pág.:55
Bibliografía.....	Pág.:56
Apéndices y Anexos.....	Pág.:57

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y Gráfico N° 1: “Población de enfermeros/as”.....	Pág.:39
Tabla y Gráfico N° 2: “Sexo del personal de enfermería”.....	Pág.:40
Tabla y Gráfico N° 3: “Nivel de formación de los enfermeros.”.....	Pág.:41
Tabla y Gráfico N° 4: “Horas semanales de trabajo.”.....	Pág.:42
Tabla y Gráfico N° 5: “Situación contractual del personal.”.....	Pág.:43
Tabla y Gráfico N° 6: “Pacientes con agresividad.”.....	Pág.:44
Tabla y Gráfico N° 7: “Tipos de conducta agresiva de pacientes.”.....	Pág.:45
Tabla y Gráfico N° 8: “Episodios de violencia.”.....	Pág.:46
Tabla y Gráfico N° 9: “Deseos de abandonar su trabajo.”.....	Pág.:47
Tabla y Gráfico N° 10: “Capacitación recibida.”.....	Pág.:48
Tabla y Gráfico N° 11: “Tipo de contención.”.....	Pág.:49
Tabla y Gráfico N°12:“Análisis bivariado”	Pág.:50
Tabla y Gráfico N°13:“Análisis bivariado”	Pág.:51
Tabla y Gráfico N° 14:“Análisis trivariado”	Pág.:52

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Este trabajo investigativo tuvo lugar en el Hospital El Sauce, enfocados en los servicios “B” (hombres) y “D” (mujeres), ambos judicializados, durante el año 2015. En estos servicios se albergan pacientes con diferentes patologías psiquiátricas como poli adicción, epilepsia, trastornos de personalidad, esquizofrenia, oligofrenia, entre otras. En dichos servicios el personal de enfermería tiene que trabajar con este tipo de pacientes, que en ocasiones presentan conductas agresivas hacia el personal de enfermería como insultos y golpes este tipo de conductas perjudica la labor de enfermería.

Este trabajo busca evidenciar el tipo específico de agresiones, hacia que grupo etario está dirigido, si en algo afecta el tiempo que personal de enfermería lleva trabajando en la institución, etc. No es fácil afrontar el trato con este tipo de pacientes ya que su misma patología lleva acarreado actitudes agresivas y el trato en si es complicado se debe tener un amplio conocimiento de la patología, sintomatología y demás temas que nos ayuden a afrontar la convivencia con estos pacientes.

También buscamos con este trabajo proponer soluciones o técnicas de manejo de este tipo de pacientes para que los mismos lleguen a una pronta alta y una reinserción laboral y ciudadana lo antes posible. También buscamos mejorar el desempeño del personal de enfermería evitando que los mismos sufran algún tipo de daño esto se lograría con terapias grupales del personal de enfermería donde se exprese situaciones conflictivas y sus soluciones creando experiencia principalmente en el personal novato y la creación de un protocolo de actuación el cual estaría desarrollado por profesionales médicos y enfermeros con la experiencia necesaria para este trabajo el mismo estaría al alcance de todo el personal de enfermería.

Descripción del problema

El presente trabajo de investigación está basado en la experiencia laboral en los servicios “B” y “D” del Hospital El Sauce. Estos servicios reciben a pacientes con distintas patologías con trastornos de salud mental, tales así, como esquizofrenia, epilepsia, oligofrenia, depresión, trastornos de personalidad, poli adicciones, etc.

El servicio “B”, atiende a pacientes de sexo masculino, tiene la capacidad de albergar a 42 pacientes ya que cuenta con esa cantidad de camas, en algunos casos la internación es judicializada, en dichos casos interviene la decisión de un juzgado, y cuerpo médico forense (CMF), los cuales determinan dicha internación en el nosocomio. Estos pacientes reciben atención del grupo interdisciplinario de profesionales, el cual está conformado por médicos psiquiatras, médico clínico, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionista y enfermeros. El paciente es evaluado por el equipo interdisciplinario de profesionales para su alta médica, si el paciente está en condiciones según criterio médico, o la prolongación de la internación según la gravedad y características de su patología.

El equipo de enfermería, cuenta con 16 profesionales, 9 hombres y 7 mujeres realizando guardias de 12hs, en turnos rotativos, guardia del día (7am a 19pm) y guardia nocturna (19pm a 7am), se cumplen las 40hs semanales. Cuentan con la presencia de personal policial en todo momento.

En el servicio “D”, se atiende a pacientes del sexo femenino, tiene la capacidad de albergar a 30 pacientes ya que cuenta con esa cantidad camas, atiende a pacientes mayores de 18 años, la internación es de diferentes orígenes, judicializada, voluntaria, derivación de otro servicio o nosocomio. Tiene las mismas características de internación del servicio B, tiene un servicio más abierto ya que cuenta con mayor espacio físico.

Cuenta con 14 enfermeros/as profesionales, 4 hombres y 10 mujeres. No cuentan con personal policial. Al ser un servicio de mujeres se cuentan con más personal femenino pero esto no quiere decir que las pacientes sean

menos agresivas se ha llegado a ver aún más situaciones de agresiones hacia el personal de enfermería en este servicio que en el de varones.

En ambos servicios se observa pacientes en situación de calle, donde mediante la gestión de la asistente social se busca un tipo de contención tanto familiar o gubernamental. También se observan pacientes con patologías clínicas, como HTA, DBT, HIV, etc.

Se observa en estos dos servicios un alto índice de pacientes con diferentes patologías psiquiátricas y conductas agresivas en ambos servicios el enfermero/a es el personal de choque en diferentes situaciones está expuesto a recibir agresiones verbales y físicas, las cuales afecta la labor de enfermería, al no estar preparado para lidiar con dichas situaciones o no contar con apoyo de la institución y más aún recae sobre el personal nuevo que, no están preparados para abordar estas situaciones en la práctica habitual de enfermería, pudiendo llegar a sufrir lesiones graves.

Desde la experiencia vivida por de los autores de este trabajo, los mismos han sufrido diferentes tipos de agresiones físicas y verbales afectando la integridad del personal y familias. No obstante esto en algún momento afecta la integridad no solo física sino también psicológica del enfermero provocando una disminución en el rendimiento laboral.

Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de riesgo de los enfermeros de los servicios “B” y “D”, Hospital El Sauce, ante las actitudes violentas de pacientes internados, durante el primer semestre del 2015?

Objetivos

Objetivo general:

- Determinar el nivel de riesgo de los enfermeros, ante actitudes violentas de pacientes psiquiátricos internados.

Objetivos específicos:

- Definir el tipo de agresiones a que están expuestos los enfermeros en estudio.
- Conocer características socioculturales de los enfermeros sujetos de estudio.
- Identificar las características de la organización del trabajo del sector de enfermería.
- Establecer el nivel de exposición al riesgo de agresiones en el que se encuentran los enfermeros sujetos de estudio.

Justificación

Elegimos esta problemática basándonos en la experiencia personal, ya que desde adentro se observa desde otra perspectiva la internación del paciente el cual padece diferentes tipos de patologías o vivencias personales que lo llevan a tomar actitudes violentas hacia sí mismo o hacia terceros. El personal de enfermería es el primer afectado por estas situaciones como agresiones verbales y físicas, en ocasiones son situaciones difícil de abordar para el personal con experiencia y doblemente aun para el personal sin experiencia. Cuando se realiza intervenciones de enfermería como control de signos vitales (CSV), medicación, higiene y confort en el paciente etc. los enfermeros nos sentimos expuestos a este tipo de situación.

Nos interesa conocer el efecto que genera este tipo de pacientes con esas características en particulares en el personal de enfermería, en su salud integral ya que se expone a puntapiés, golpes de puño, sillazos, insultos de todo tipo y amenazas hacia el enfermero y su familia.

Esta investigación nos parece factible, ya que contamos con recursos estadísticos, podemos realizar encuestas y entrevistas a nuestros compañeros, observación propia hacia nuestros compañeros su forma de actuar ante determinadas situaciones y su respuesta.

El aporte que se intenta proponer con esta investigación es en función de los enfermeros y su salud, generar charlas y reuniones terapéuticas del personal de enfermería, proponer un abordaje ante situaciones agresivas, para conocer el proceso de atención para dichos casos, proponer la capacitación del personal de enfermería en defensa personal, no para agredir al paciente sino para prevenir la agresión del mismo.

Marco teórico

APARTADO A

Salud mental y patologías psiquiátricas

Salud Mental

¹“La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la define “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.

Esta ley establece que se debe partir de la presunción de capacidad de las personas. No puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso, demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde la persona vive, elección o identidad sexual, existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

Es importante cambiar la mirada sobre la persona cuya salud mental se encuentra comprometida como la de un “loco peligroso” al que es necesario encerrar. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “no hay motivo ético o científico que justifique la exclusión de la persona con padecimiento mental”.

Para fortalecer la salud de estos pacientes es importante trabajar en pos de la inclusión en la sociedad y comunidad que rodea al paciente.

Modalidad de abordaje

Art, 8°, ley 26.657 Debe promoverse que la atención en salud mental está a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente.

Se incluyen las aéreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.”

¹ Ley 6836- Ejercicio de enfermería- Provincia de Mendoza, Ley de ejercicio de enfermería N° 24.004 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto reglamentario 603/2013.

Psiquiatría

²”La psiquiatría tiene sus comienzos desde épocas antiguas donde este tipo de pacientes eran confinados a clínicas psiquiátricas, el olvido y el encierro. Donde se usaban técnicas violentas, aislamiento y de alguna forma se experimentaba con ellos.

Hoy en día este tipo de pacientes deben ser evaluados tanto sintomatológicamente como también los aspectos clínicos. La conducta es, en muchos casos uno de los principales motivos de consulta que pueden inclusive conducir a la internación de la persona. Cuando un sujeto comienza a desarrollar una serie de conductas incoherentes, consideradas como inesperadas, perturbadoras e impredecibles por la mayoría de las personas que lo rodean (sacarse la ropa en público, cantar en voz alta, inquietud motora, verborragia, desorientación en tiempo y espacio, etc.).”

En las instituciones públicas tanto nacionales como privadas se intenta dar una contención a este tipo de pacientes evitando daños a sí mismo y a terceros.

Pueden observarse situaciones de calle o de abandono total por parte de los familiares donde internan al paciente y luego se pierde contacto, este tipo de situaciones son muy frecuentes.

Se trabaja con un grupo interdisciplinario médico psiquiatra, licenciados en psicología, asistente social, médico clínico, nutricionistas, enfermería y laboratorio.

En este trabajo trataremos de desarrollar la problemática de nuestros compañeros enfermeros que afrontan duras situaciones frente a pacientes que tienen alterada su conducta psíquica y motora debido a distintas patologías como psicosis, depresión, poli adicción, trastorno de la personalidad, etc.

La enfermería psiquiátrica debe ser valorada, ya que el trabajar con este tipo de pacientes lleva acarreado una problemática a la psiquis y al físico del personal de enfermería, donde se observa diferentes situaciones (insultos,

² Asumpta Rigol Cuadra, Mercedes Ugalde Apalategui, Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría (Serie de manuales de enfermería), edición 2001, Barcelona, España. MASSON

golpes de puño, patadas, agresiones con objetos contundentes, agresividad contenida, etc. del paciente). Según indicación médica se debe proceder de tres formas distintas dependiendo del grado de alteración del paciente:

- Contención verbal (diálogo con el paciente).
- Contención farmacológica (psicofármacos).
- Contención física (fijación).

Todas estas acciones anteriormente mencionadas son dependientes e independientes. Las acciones dependientes son aquellas en donde a través de una orden médica, según el caso se realiza la contención física y farmacológica, las acciones independientes es por ejemplo; la contención verbal. Todo el personal de enfermería que trabaja con pacientes con alguna alteración de su salud mental, tiene el aval de una ley de ejercicio profesional, nacional como así también provincial, a continuación se hace hincapié en los artículos más relevantes.

Ley Nacional del ejercicio de enfermería N° 24.004

Art. 24:- A los efectos de aplicaciones de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considérense insalubres las siguientes tareas de la enfermería.

- Las que se realizan en unidades de cuidados intensivos.
- Las que se realizan en unidades neuropsiquiátricas.
- Las que conllevan riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas.
- Las que se realizan en aéreas afectadas por radiaciones, sean estas ionizantes o no.
- La atención de pacientes oncológicos.
- Las que se realizan en servicios de emergencia.

La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar de oficio o de pedido de parte interesada, ante el ministerio de trabajo y seguridad social, la aplicación de este listado.

Ley 6836- Ejercicio de enfermería- Provincia de Mendoza

Capítulo VII

Capacitación profesional

- ART. 30 – El ministerio de desarrollo social y salud o ministerio que lo remplace deberá proceder a la capacitación y formación permanente de los recursos humanos de enfermería en la provincia, para lo cual deberá instrumentar lo siguiente:
 - A. Promover el incremento del número y formación calificada de recursos humanos de enfermería con estudios basados en necesidades estratégicas legales.
 - B. Fortalecer, ampliar y profundizar la profesionalización de los auxiliares de enfermería y la obtención de licenciaturas de enfermería mediante la implementación de becas.
 - C. Promover la progresiva convergencia de los estudios de enfermería, por sistemas innovadores de educación para la formación de enfermeros.
 - D. Contribuir al desarrollo de la educación permanente de enfermería en los servicios de salud, con el fin de favorecer el pensamiento reflexivo, crítico y creativo, en beneficio del desarrollo y fortalecimiento de los equipos de trabajo.
- ART. 31 – Para cumplir con los objetivos de capacitación y de excelencia profesional, el poder ejecutivo podrá firmar convenios con organismos educacionales, privados o estatales, con carreras de enfermería o licenciaturas en la especialidad, reconocida por los organismos competentes, para lograr:
 - A. Desarrollar mecanismos tendientes a la homologación de títulos no universitarios de enfermería a través de cursos de capacitación y para facilitar la articulación entre los distintos niveles de formación y entre las diferentes jurisdicciones provinciales.
 - B. La unificación de los títulos profesionales de enfermería por parte de las universidades en la provincia, mediante estrategias de ampliación de coberturas a la demanda de estudios de enfermería, y al desarrollo de sistemas de articulación interinstitucional.
 - C. Promover la formación de postgrado en enfermería mediante la generación de estrategias generales e institucionales que favorezcan su inclusión en programas de especialización, licenciaturas, maestrías y doctorados.

D. Promover pasantías educacionales en los servicios de salud, mediante la programación conjunta y la incorporación de los estudiantes en los servicios hospitalarios, centros asistenciales y ambulatorios que hagan posible el proceso educativo como su evaluación permanente.

Patologías psiquiátricas

A continuación se describirán las patologías más frecuentes en salud mental y en los servicios “B” y “D” de El Hospital El Sauce.

Trastorno delirante (paranoide)

Los individuos con un trastorno delirante desarrollan una conducta que podríamos catalogar de normal, si no fuera por la ideación delirante, que es exagerada o irracional cuando se compara con la realidad.

Estas personas presentan mayor problemática a nivel familiar y social, sus convicciones suelen girar alrededor de las personas más vinculadas afectivamente, como la pareja o amigos, interfiriendo en la relación. Los trastornos delirantes son trastornos psicóticos de inicio tardío, caracterizado por ideas delirantes, sin que existan alucinaciones, ni una ruptura con el entorno, las ideas delirantes conservan cierta coherencia y con un desarrollo lógico.

La paranoia es como una psicosis crónica, en la cual se observa un sistema delirante lógico articulado, sin alucinaciones y sin desorden del pensamiento.

Se clasifican en de : tipo erotomanía o (ideas delirantes de que otra persona está enamorada de la persona), tipo de grandiosidad(ideas de valor exagerado, poder, conocimientos, identidad o relación especial con una divinidad o persona famosa), tipo celo típico(ideas de que el compañero sexual le es infiel), tipo persecutorio(ideas delirantes de que otra persona o alguien próximo a ella está siendo perjudicada.), tipo somático(ideas de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad).

La psicosis

Es la pérdida de contacto con la realidad, incluyendo generalmente falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de quién es uno (delirios), ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones).

Los síntomas psicóticos pueden abarcar: Pensamiento y discurso desorganizados, creencias falsas que no están basadas en la realidad (delirios), especialmente miedos o sospechas infundadas, ver, escuchar o sentir cosas que no existen (alucinaciones), pensamientos que “saltan” entre temas que no tienen relación (pensamiento desordenado)

Existen sustancias y alteraciones médicas pueden causar psicosis, incluyendo:

Alcohol y ciertas drogas ilegales, tanto durante su consumo como durante la abstinencia, tumores o quistes cerebrales, demencia (incluyendo Alzheimer), enfermedades cerebrales degenerativas, como el Parkinson.

La psicosis es también parte de muchos trastornos psiquiátricos, como:

Trastorno bipolar (depresivo o maníaco), trastorno delirante, depresión con rasgos psicóticos, trastornos de personalidad (esquizotípico, esquizoide, paranoide), esquizofrenia.

El tratamiento dependerá de la causa de la psicosis, con frecuencia, se necesita cuidado hospitalario para garantizar la seguridad del paciente, como para la seguridad de terceros.

Los fármacos anti psicóticos, que reducen las alucinaciones y los delirios y que mejoran el pensamiento y el comportamiento, pueden ayudar, si la causa es un trastorno médico o psiquiátrico. Si la causa se puede corregir, el tratamiento con medicamentos anti psicóticos puede ser breve.

La psicosis puede impedir que las personas se desempeñen normalmente y cuiden de sí mismas por lo cual es importante que sigan un tratamiento.

La esquizofrenia es un síndrome clínico, presenta una psicopatología variable, aunque extremadamente problemática, que afecta la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento, la expresión de estas manifestaciones es diferente en cada paciente y varía con el tiempo, pero el efecto de la enfermedad es siempre grave y normalmente prologado. Este trastorno normalmente empieza antes de los 25 años de edad, persiste durante toda la vida y afecta a persona de todas las clases sociales.

Diagnósticos del CIE10 (clasificación internacional de las enfermedades, décima edición).

Síntomas establece nueve grupos de síntomas determinados para el diagnóstico de la esquizofrenia, en la cual el paciente debe presentar uno de los síndromes, síntomas e indicios enunciados posteriormente más abajo durante la mayor parte del tiempo en un episodio de al menos 1 mes(o en alguna parte del día durante la mayor parte de los días)

- ✓ Eco , inserción, robo o disminución del pensamiento
- ✓ Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad.
- ✓ Voces alucinatorias.
- ✓ Ideas delirantes persistentes de otro tipo que n son propias de la cultura del individuo y que no son inverosímiles.
- ✓ Alucinaciones persistentes.
- ✓ Neologismo, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento.
- ✓ Conducta catatónica.
- ✓ Síntomas negativos que suelen llevar al aislamiento social y la disminución de los rendimientos, pero no se deben a la depresión o a la medicación neuroléptica.
- ✓ Alteración global y persistente de la conducta.

La esquizofrenia según la CIE10 (clasificación internacional de las enfermedades), de tipo:

- Paranoide
- Hebefrenia
- Catatónica
- Indiferenciada
- Depresión post-esquizofrénica
- Residual
- Simple

- Sin especificación

Síntomas positivos y negativos

Síntomas positivos	Síntomas negativos
Son aquellos en el cual el paciente se encuentra en estado productivo.	Estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.
<ul style="list-style-type: none"> · Ideas delirantes · Trastornos sensorio-percepción; alucinaciones. · Trastornos psicomotor. · Alteración conductual. · Alteración de la cognición. 	<ul style="list-style-type: none"> · Aplanamiento afectivo. · Abulia, apatía. · Anhedonia. · Aislamiento social. · Déficit del auto cuidado

La oligofrenia, es un retraso mental o también llamado debilidad mental es un trastorno permanente producido en los momentos iniciales de la maduración psicósomática, que altera a la persona en su globalidad. Consiste en una anulación o disminución de aquellas manifestaciones, funciones y actitudes necesarias para una maduración normal. Estas se pueden resumir en:

- Déficit intelectual, consiste en una dificultad y, en ocasiones, imposibilidad para conseguir fines, resolver situaciones nuevas, utilizar las experiencias y acontecimientos anteriores, asociar adecuadamente las ideas y elaborar pensamientos.
- Trastorno orgánico de tipo morfológico, neurológico, motor o endócrino que acompaña casi siempre, al déficit intelectual antes señalado.
- Alteración de las conductas primarias o instintivas con una disminución de unas e hipertrofias de otras.
- Trastornos afectivos, con emocionalidad lábil y superficial.

- Problemas de aprendizaje que repercuten no sólo en la adopción al medio familiar o micro contexto, sino que plantean graves problemas a la hora de llevar a cabo una vida social y/o laboral.

Las causas de la debilidad mental u oligofrenia pueden ser:

- Hereditarias, por transmisión de un gen degenerativo.
- Genéticas, por alteración cromosómica del cigoto.
- Blastofóricas, por una alteración cromosómica, trófica, infecciosa, tóxica o física del gameto masculino o femenino.
- Embriopáticas, por alteración del desarrollo debido a enfermedades infecciosas, tóxicas.
- Cerebropáticas, por: Perturbaciones bioquímicas, anóxicas, infecciosas, parasitarias que han actuado sobre el encéfalo durante la gestación.
- Anóxicas y traumatismos que han actuado sobre el encéfalo en el momento del parto.
- Factores hemolíticos que han actuado inmediatamente después del parto.
- Procesos meningoencefalíticos durante los primeros años de vida.

En estas causas nombradas no es posible su observación directa y sólo son presumibles por deducción.

Una oligofrenia o debilidad mental puede ser profunda, menos profunda y poco profunda. El que sea una u otra dependerá de la magnitud de los trastornos funcionales de adaptación y de su rendimiento afectivo, social y laboral.

Debilidad o retraso mental profundo:

a) Conciencia:

- El individuo no tiene conciencia de sus necesidades y de lo que las satisface.
- El individuo no tiene conciencia de su existencia ni de las personas que lo rodean.

b) Su déficit intelectual se manifiesta en:

- Ausencia de respuestas específicas.
- No conoce las cosas ni distingue a la mayor parte de las personas.
- Ausencia de juicio y razonamiento.
- Incapacidad absoluta para todo aprendizaje.

c) El trastorno afectivo consiste en:

- Risa y llanto inmotivados.
- Emociones groseras.
- No siente cariño ni aparente necesidad del mismo.
- No manifiesta ilusiones ni sonrío.

d) Otras alteraciones importantes son: deseos primarios sin dirección, movimientos interactivos, carece de marcha o lo hace con gran dificultad, inhabilidad manual, no habla, y presenta una incapacidad total para el trabajo.

Con respecto a la oligofrenia menos profunda, el sujeto que la padece manifiesta:

- Una conciencia restringida de su persona, de sus impulsos, de las personas que lo rodean y cierto conocimiento de su diferencia (no de su oligofrenia).
- Su alteración cognitiva se manifiesta en su lentitud para dar respuestas específicas y conocer las cosas y/o personas, en su desorientación en el tiempo y en el espacio, en su pensamiento restringido y en su capacidad de aprendizaje.
- Su trastorno emocional presenta una alta ambivalencia, superficialidad y versatilidad afectiva, egocentrismo, emociones burdas y tendencia a los estados eufóricos.
- Su lenguaje presenta un balbuceo frecuente, un vocabulario reducido y rudimentario y un abuso del infinitivo. Sus movimientos son lentos y tarda en

adquirir coordinación, no sabe abotonarse ni comer solo. Juega solo y da a los juguetes destinos inapropiados.

- Aunque vive aislado, es capaz de una relación con los demás. Puede llegar a realizar trabajos sencillos o trabajos industriales despersonalizados.

Finalmente, la debilidad mental o retraso leve se caracteriza por:

- Una conciencia de su persona y de las personas allegadas, con un autoconocimiento de su retraso.

- Su capacidad intelectual presenta una lentitud en conocer las cosas, tarda en distinguir a las personas, falta de atención, memoria y comprensión, dificultad para la lectura, la escritura y el cálculo, le cuesta utilizar la experiencia presentando una relativa capacidad de aprendizaje.

- Su afectividad es superficial y pegajosa con tendencia al egocentrismo.

- Es capaz de establecer una relativa colaboración y relación social con los demás siempre en función de conseguir algo inmediato. No sabe jugar y estropea los juguetes. Acepta las reglas pero le cuesta someterse.

- Su movimiento es inestable y lento. Tarda en sentarse en la cuna y en andar.

- Su lenguaje es logorreico y sin contenido. Suele balbucear con inversión de letras y sílabas y supresión de partes de la oración.

- Puede llegar a aprender un trabajo útil para sí mismo y para los demás, aunque deberá ser simple y relativamente repetitivo.

La depresión es un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

Para la medicina y la psicología, la depresión se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos de humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja que trasciende a lo que se considera como normal.

En el desarrollo de la depresión, lo habitual es que se produzca una combinación entre un elevado nivel estrés y la persistencia de algunas emociones negativas. El consumo de drogas es un factor que puede incidir en la aparición de un cuadro de depresión.

La depresión es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, ira, frustración y soledad e impiden que la persona continúe con su vida de forma normal durante un tiempo prolongado. Entre los síntomas de esta enfermedad se encuentran:

- ✓ Un estado anímico altamente irritable.
- ✓ Desmotivación para hacer las actividades habituales;
- ✓ Insomnio o dificultad para dormir;
- ✓ Aumento o disminución brusca de apetito;
- ✓ Estrés, cansancio y sentimientos autodestructivos y de culpa.
- ✓ Sensaciones de soledad absoluta y desesperanza
- ✓ Pensamientos suicidas.

Es importante señalar que uno de los síntomas más nocivo de la depresión es la disminución de los sentimientos de Autoestima, lo que desencadena otras complicaciones como problemas en la interacción social.

Causas y tratamiento

Existen muchas causas para el trastorno y de acuerdo a la gravedad de la enfermedad será el tipo de tratamiento que corresponda realizar.

Algunos tipos de depresión son:

- ✓ Depresión posparto (luego de dar a luz), alguna mujeres caen en un pozo profundo de amargura y tristeza. Lo más riesgoso de este tipo de depresión es que la madre suele sentir cierta aversión por su hijo, por esta razón es que es muy importante que estas mujeres reciban tratamiento.

- ✓ Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas que aparecen una semana antes de la menstruación y se diluyen una vez que se ha terminado.
- ✓ Trastorno afectivo emocional: aparece durante las estaciones de frío y se considera que es causada por la ausencia de luz solar.
- ✓ Trastorno bipolar; si bien no se considera que sea exactamente un trastorno depresivo, se cree que sus causas pueden ser semejantes.

En algunos casos las depresiones debida a causas genéticas, transmitida de padres a hijos o por o por experiencias traumáticas durante la infancia que hayan sido mal canalizadas.

Otras causas de este trastorno pueden ser las adicciones (alcoholismo, cierta drogadicción), determinados tratamientos médicos (cáncer, hipotiroidismo) y situaciones donde se viva un alto nivel de estrés (maltratos, separaciones, enfermedad o muerte de un ser querido).

Las consecuencias más graves de la depresión pueden ir desde el aislamiento social hasta la imposibilidad de cumplir con las tareas laborales, llegando incluso hasta el suicidio, es frecuente que la persona niegue su problema o que no acepte recibir ayuda.

Poli adicción

La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso de las diferentes sustancias con fines de intoxicación.

En el caso de las drogas ilegales, es común considerar que cualquier uso es abuso de la sustancia. El abuso se caracteriza por:

- El consumo continuo de la sustancia psicoactiva a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por él; y
- El consumo recurrente de la sustancia en situaciones en que resulta físicamente arriesgado.

El diagnóstico se establece sólo si algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo, o bien han aparecido repetidamente por un tiempo prolongado, y cuando el individuo no tiene el diagnóstico de dependencia.

Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como la ingestión por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etcétera).

La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma.

También conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

En 1982, la OMS define a la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes.

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todas las edades, se caracteriza por convulsiones recurrentes estos episodios son breves e involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo

(convulsiones parciales) o en su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la conciencia y del control de esfínteres.

Los episodios de convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupo de células cerebrales. La descarga puede producirse en diferentes partes del cerebro. Las personas con convulsiones tienden a padecer más problemas físicos (tales como fracturas y hematomas derivados de traumatismos relacionados con las convulsiones) y mayor tasa de trastornos psicosociales, incluidos la ansiedad y la depresión. Del mismo modo el riesgo de muerte prematura en las personas epilépticas es tres veces mayor que el de la población general, una gran parte de las causas de defunción relacionadas con la epilepsia se pueden prevenir por ejemplo, caídas, ahogamiento, quemaduras y convulsiones prolongadas.

Signos y síntomas

Las características de los ataques son variables y dependen de la zona del cerebro en la que empieza el trastorno, así como de su propagación. Pueden producirse síntomas transitorios, como ausencias o pérdidas de conocimiento, y trastornos del movimiento, de los sentidos (en particular la visión, la audición y el gusto), del humor o de otras funciones cognitivas.

Las personas con convulsiones tienden a padecer más problemas físicos (tales como fracturas y hematomas derivados de traumatismos relacionados con las convulsiones) y mayores tasas de trastornos psicosociales, incluidas la ansiedad y la depresión. Del mismo modo, el riesgo de muerte prematura en las personas epilépticas es tres veces mayor que el de la población general, una gran parte de las causas de defunción relacionadas con la epilepsia se pueden prevenir, por ejemplo, caídas, ahogamientos, quemaduras y convulsiones prolongadas.

La epilepsia no es contagiosa, el tipo más frecuente de epilepsia, que afecta a 6 de cada 10 personas, es la epilepsia idiopática, es decir, la que no tiene una causa identificable. La epilepsia con causas conocidas se denomina epilepsia secundaria o sintomática. Dichas causas pueden consistir en:

- ✓ Daño cerebral por lesiones prenatales o perinatales (por ejemplo, asfixia o traumatismos durante el parto, bajo peso al nacer);
- ✓ Malformaciones congénitas o alteraciones genéticas con malformaciones cerebrales asociadas;
- ✓ Un traumatismo craneoencefálico grave;
- ✓ Un accidente cerebrovascular que limita la llegada del oxígeno al cerebro;
- ✓ Infecciones cerebrales como las meningitis y encefalitis.
- ✓ Tumores cerebrales.

La epilepsia se puede tratar con medicación en los niños y adultos diagnosticados recientemente de epilepsia pueden tratarse con éxito con fármacos anti convulsionantes.

- ✓ La mayor parte de los casos de epilepsia se pueden diagnosticar y tratar en el nivel de atención primaria de salud sin necesidad de ningún equipo sofisticado.
- ✓ Los proyectos de demostración de la OMS indican que la capacitación de los dispensadores de atención primaria de salud para que puedan diagnosticar y tratar casos de epilepsia puede reducir realmente la brecha de tratamiento de la epilepsia.
- ✓ En los pacientes que responden mal al tratamiento farmacológico puede resultar útil el tratamiento quirúrgico.

Prevención

La epilepsia idiopática no es prevenible, pero se pueden aplicar medidas preventivas frente a las causas conocidas de epilepsia secundaria.

- ✓ La prevención de los traumatismos craneales es la forma más eficaz de evitar la epilepsia postraumática.
- ✓ La atención perinatal adecuada puede reducir los nuevos casos de epilepsia causados por lesiones durante el parto.
- ✓ El uso de medicamentos y otros métodos para bajar la temperatura corporal de un niño afiebrado puede reducir las probabilidades de convulsiones febriles.

- ✓ Las infecciones del sistema nervioso central son causas frecuentes de epilepsia en las zonas tropicales, donde se concentran muchos países de ingresos bajos y medianos.

APARTADO B

Rol y estrategias de abordaje de la enfermería en salud mental

La enfermería psiquiátrica es una de las cuatro disciplinas principales de la salud mental. Funciona a la par de la psiquiatría, psicología, trabajo social y terapia familiar para dirigirse a las necesidades de la salud mental de la comunidad. Tiene lugar en distintos contextos. Además de los hospitales psiquiátricos tradicionales, las enfermeras psiquiátricas también pueden trabajar en casas hogares, centros de servicio social, instalaciones de tratamiento de drogas y alcohol, y centros para pacientes externos. El personal de enfermería examina y evalúa a los pacientes, provee servicios para administrar los casos, y, además, los enfermeros de práctica avanzada pueden brindar terapia individual, familiar y grupal.

La teoría de enfermería psiquiátrica mantiene que la relación enfermero-paciente puede ayudar a sanar. Se basa en el proceso relacional e interpersonal, se esfuerza para promover y mantener el nivel más alto posible de bienestar y funcionamiento. Según la Asociación de Enfermeras de los EE.UU, la enfermería psiquiátrica es un área especializada de práctica de enfermería, que utiliza el rango amplio de las teorías explicativas del comportamiento como su ciencia y objetivo determinado de sí mismo como su arte. Esto quiere decir que el instrumento terapéutico más importante es la enfermera en sí misma y su relación con el paciente.

Esta teoría se construye sobre la creencia de que cada individuo tiene un valor inherente y de que todos tienen el potencial para cambiar y la capacidad de hacerse más sanos y más auto-suficientes. Primero, las personas necesitan cumplir sus propias necesidades físicas básicas. Una vez que esto suceda, todos los seres humanos necesitan sentirse seguros, queridos y sentir que pertenecen. Todos los individuos buscan la sensación de auto-estima y auto-realización. El personal de enfermería ayuda a que la gente se sane al cumplir terapéuticamente dichas necesidades básicas que no tenían anteriormente. Todo comportamiento humano tiene un significado y puede entenderse sólo desde el marco interno de referencia del individuo. Las personas difieren en su

capacidad de sobrellevarlo, y enfermería busca aumentar las capacidades de afrontar los problemas del paciente al comprometerse de manera terapéutica.

El rol de enfermería se forma a través de múltiples relaciones que tienen que ser terapéuticas, para poder lograr objetivos que se pretenden alcanzar con los pacientes.

La relación con el paciente es muy importante a la hora de la comunicación. Cuando se trata enfermos con problemas de salud mental, la relación terapéutica es imprescindible, es así que la relación terapéutica enfermero-paciente brinda una experiencia emocional correctiva al paciente. Enfermería usa tanto las técnicas clínicas y él mismo como los instrumentos terapéuticos para aumentar la perspicacia y funcionamiento saludable del paciente. Según ³“Gail Wisarz Stuart, autor del campo de la enfermería psiquiátrica, La herramienta terapéutica clave de la enfermería psiquiátrica es el uso de uno mismo”. En orden de hacerlo exitosamente, el enfermero necesita tener cualidades específicas, tales como autenticidad, empatía, un claro sentido de sí mismo y un deseo de ayudar a otros, la voluntad de compartir actitudes, pensamientos y sentimientos es una característica principal de la relación terapéutica, y la enfermería debe ser empática y estar emocionalmente disponible para que el paciente se sienta seguro de hacerlo.

A través de la comunicación cada individuo muestra la percepción de sí mismos sobre los demás y sobre el mundo que lo rodea, a diferencia de las personas con problemas de salud mental, estas personas tienen percepciones distorsionadas sobre sí mismas como también sobre el entorno que lo rodea.

Es aquí donde la comunicación terapéutica es muy importante, aunque existen distintas perspectivas teóricas en la enfermería psiquiátrica, la comunicación terapéutica eficaz es necesaria para cumplir los objetivos de enfermería. Incluso en el modelo médico, que sostiene que hasta las operaciones psicológicas más complejas surgen del funcionamiento del cerebro y que el comportamiento desviado surge de un trastorno cerebral, requiere la capacidad de poder comunicarse terapéuticamente con el paciente, aunque sea sólo para

³ "Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th ed" Gail Wisarz Stuart, Michele T Laraia, EE.UU 2005.

explicar los procedimientos, medicaciones y ayudar a sobre llevar los temores. La comunicación terapéutica busca usar técnicas que maximicen el compartir de sentimientos, pensamientos e ideas del paciente. Por lo tanto, usa técnicas comunicativas tales como reformulaciones, aclaraciones y opiniones que animen la comunicación, y buscan evitar estilos comunicativos tales como aconsejar, lo cual ahuyenta la franqueza y el compartir del paciente con el enfermero. Es importante tener en cuenta que todo comportamiento es comunicación, y que toda comunicación afecta el comportamiento. El comportamiento no-verbal es tan importante como el verbal, ya que le da mucha información al terapeuta.

En la relación terapéutica el ambiente en que acontecen las interacciones con el enfermo va a estar delimitado de tal manera que se perciba como separado del ambiente cotidiano que lo rodea. Las intervenciones que realiza por parte de enfermería, se dan en el momento oportuno cuando es necesario, porque estas tienen un fin terapéutico.

El hecho de que esta relación sea terapéutica va a depender del interlocutor y del marco que se cree, y cuya finalidad va a ser la de la resolución de dificultades que experimenta el enfermo mediante un cierto grado de interacción interpersonal.

Existen cuatro etapas básicas de la relación terapéutica. La primera se llama la fase de pre-interacción, ya que sucede antes de que la enfermera conozca al paciente. Es una etapa de auto-exploración para la enfermera, para que ella sea eficaz terapéuticamente, es esencial que tenga en cuenta sus propias ideas preconcebidas, prejuicios y miedos antes de interactuar con el paciente. La segunda fase de la relación terapéutica es la fase introductoria o de orientación, los objetivos de esta fase son establecer una relación de confianza con una comunicación franca y formular un contrato entre paciente y enfermero, si la confianza, y el contrato existe sólo para cumplir dicho objetivo. La tercera fase es la de trabajo, en la cual se realiza la mayor parte del trabajo terapéutico, el enfermero y el paciente trabajan para ayudar a que el paciente pueda ver sus pensamientos, sentimientos y comportamientos que pueden traducirse como objetivos mutuamente determinados. La fase final es la de

finalización, la cual ocurren cuando la enfermera y el paciente evalúan el progreso y comparten sus sentimientos y recuerdos, si el contrato es adecuado en el contexto específico. Este acuerdo define roles, el objetivo de la relación, la duración y detalles tales como la frecuencia de los encuentros. La tarea principal de esta fase sigue siendo la creación de

4“Atención de la urgencia en salud mental”

La urgencia en salud mental es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requieren atención inmediata. Implica una crisis que pueden tener causas orgánicas psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital. Se le debe brindar asistencia a toda persona con un padecimiento mental sin ningún tipo de discriminación.

Medidas básicas que deben acompañar todo el proceso de atención:

- Brindar una atención digna, receptiva y humanista.
- Atención de urgencias prontamente para evitar sufrimiento de la persona en crisis.
- Garantizar condiciones de cuidado: No dejar a la persona sola (verificar que este acompañado del equipo de salud y/o algún referente vincular)
- No dejar a su alcance elementos potencialmente riesgosos, evitar cercanía de puertas o ventanas.
- Si el riesgo de violencia es elevado el encuentro será con la puerta abierta y acompañado.
- Disponer del tiempo necesario para la atención.
- Disponer de ser posible de un ambiente de privacidad.
- Asegurar una comunicación clara comprensiva y sensible.
- Si la persona llega sola localizar referentes vinculares.
- Identificar referentes vinculares que resulten tranquilizadores y colaboren durante el proceso de atención.
- La reacción al miedo es una variable frecuente.

⁴ J. Sue Cook, Kareen Lee Fontaine, Enfermería Psiquiátrica, Interamericana McGraw- Hill, 1993, Madrid, España.

Estrategias terapéuticas inmediatas

A. Abordaje psicosocial/psicoterapéutico: Identificar factores estresantes y de riesgo para las personas, respetar a las persona sus tiempo y silencios, evitar confrontaciones innecesarias, muchas crisis se resuelven en esta instancia sin necesidad de recurrir a la medicación ni a la contención física.

B. Abordaje psicofarmacológico: Con la sedación de la persona se intenta disminuir su sufrimiento con el fin de poder definir una conducta afectiva para el seguimiento el uso combinado de Haloperidol y Lorazepam es la indicación más adecuada para atender la urgencia.

C. Sujeción mecánica: La contención física es un medio para facilitar la acción de los abordajes descritos anteriormente en caso de presentarse dificultad para medicar, extrema agitación motora, autolesiones compulsivas etc.”

APARTADO C

ÁREA DE ESTUDIO.

El trabajo se basa en la experiencia de los autores vividas en el Hospital El Sauce, principalmente en los servicios que prestamos servicios que son el “B” y “D”, ambos albergan a pacientes judiciales, esto quiere decir que intervine un juzgado para la internación de la persona. El servicio “B”, que atiende a pacientes hombres, y el servicio “D” a mujeres.

El servicio “D” cuenta con 14 enfermeros en los cuales hay un jefe de unidad, una encargada de unidad. Dos enfermeros, son varones que son personal fijo de la noche, y el resto nueve mujeres y un varón más cumplen turnos rotativos, el servicio no cuenta con ningún licenciado en enfermería y de todo el plantel de enfermería solo tres enfermeros trabajan en otra institución sanitaria.

El servicio “B” cuenta con 16 enfermeros, de los cuales 9 son hombres, 7 mujeres, de estos 5 son licenciados en enfermería, 4 de los hombres cumplen turnos fijos de noche y los demás van rotando según necesidad del servicio y 5 enfermeros prestan servicios en otras instituciones sanitarias.

En nuestra experiencia en estos servicios nombrados anteriormente una de las situaciones más compleja que le toca vivir al personal de enfermería y al equipo de salud del Hospital psiquiátrico, es el manejo de pacientes con distintos tipos de patologías como: poli adicción, esquizofrenia, epilepsia, oligofrenia, depresión, trastornos de personalidad, síndromes psicóticos, entre otros, ya que los mismos se tornan agresivos en algunas situaciones y es necesario contenerlos verbalmente, físicamente o farmacológicamente.

Cuando los recursos materiales y humanos no son los adecuados para recibir a este tipo de pacientes, ya sea por la cantidad de pacientes que son internados y la cantidad de camas que el servicio puede cubrir, y el personal no es el suficiente para cubrir dicha demanda, ya sea por el presupuesto hospitalario para contratar o el prejuicio que hay sobre los hospitales en salud mental. Sumado a la falta de experiencia del personal de enfermería, no solo por el simple hecho de antigüedad sino también para el trato y abordaje de este tipo de pacientes con sus características particulares.

La agresividad por parte de los pacientes perjudica no solo la labor de personal de enfermería sino también su integridad psicofísica.

Estas situaciones de agresividad que se dan generalmente cuando: ingresa el paciente al servicio, la patología del paciente, cuando hay una negativa a la internación, o por el solo hecho de ser el enfermero el personal de choque, en otras muchas ocasiones el abandono o falta de tratamiento.

Los pacientes al momento de la internación ingresan en la mayoría de los casos descompensados, ya sea por un abandono de tratamiento o por la falta del mismo, en muchos casos, recae sobre el profesional de enfermería todo ese malestar. El personal de choque es el enfermero el cual recibe en ocasiones agresiones tanto físicas como verbales. Estas situaciones son difíciles, y se vuelven muchos más complejas al no saber abordar al paciente en este tipo de situación específica, ya sea por la falta de un protocolo o de un abordaje de actuación.

Generalmente el personal de enfermería se agota y en ocasiones no siente apoyo por parte del personal médico ni de las jefaturas. También, hay poco personal masculino disponible que ayude, ya que por lo general el enfermero masculino es más respetado que al personal femenino, sumado a la falta de formación de personal de enfermería especializado en cuidados a pacientes con estas distintas patologías nombradas anteriormente.

La comunicación y contención del paciente es la principal herramienta con la que cuenta el personal de enfermería, aunque es difícil, agota y cansa, porque son agresivos, y el familiar reclama, pero no quieren cuidar de ellos.

El papel del enfermero/a en salud mental es fundamental, porque es responsable de cada uno de ellos para prevenir y cuidar, no solo al paciente con trastornos mentales, sino también a su familia.

Las principales funciones del Enfermero en general son:

- Cuidar del individuo en forma personalizada, integral y continua, tomando en cuenta sus necesidades y respetando sus valores, costumbres y creencias.

- Cumplir los principios de asepsia, antisepsia y normas de bioseguridad.
- Orientar y educar a los pacientes, sus familiares, para el mantenimiento de la salud y el tratamiento médico específico.
- Realizar la recepción del paciente, verificando su estado general, medicación traída de guardia y pertenencias.
- Observar y notificar los signos de alarma que presente el paciente.
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por las diferentes vías.
- Desarrollar destrezas y habilidades en acciones de enfermería, en situaciones de urgencia y catástrofes, para lograr minimizar daños y pérdidas de vidas humanas.
- Participar en la entrega y recibo de turnos del servicio.
- Realizar cuidados pos mortem.
- Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado del paciente.
- Preparar a los pacientes para la consulta clínica o de laboratorio.
- Identificar signos y síntomas de intoxicación alimentaria o medicamentos.
- Solicitar el material y el equipo necesario para la atención del paciente.
- incentivar al paciente y familiares para que desarrollen un grado aceptable de autocuidado de su salud.
- Escucha activa y apoyo emocional.
- Reforzar hábitos de la vida diaria.

El sistema de trabajo en Enfermería.

Para proporcionar la atención de enfermería se utilizan cuatro sistemas: por pacientes, por funciones, de trabajo mixto y en equipo. El propósito de dichos sistemas es un ejercicio ágil en la atención del paciente. Cada uno de ellos se emplea conforme al recurso humano existente.

Por paciente; cuando se cuenta con el recurso humano suficiente, como ventaja de dicho sistema tenemos: atención integral, favorecer la interrelación enfermero- paciente y cuidados continuos.

Por funciones, cuando el personal de la institución no es suficiente, se asigna el trabajo por funciones, como el tendido de camas, control de signos vitales y otras similares, se distribuyen en forma equitativa entre los enfermeros de guardia.

De trabajo mixto, consiste en asignar el trabajo por paciente y por funciones. Solo se asigna aquellos pacientes que presentan condiciones de delicados o graves. Una de las ventajas es facilitar la distribución de trabajo, fomentar las relaciones interpersonales, fomentar el trabajo en equipo, unificar criterios.

De trabajo en equipo, es uno de los sistemas con mayores beneficios, consiste en formar equipos de trabajo funcionales con enfermeros profesionales y no profesionales. Las ventajas de este sistema son: brindar atención integral, fomentar las relaciones interpersonales entre; enfermero - paciente, donde se puede valorar la calidad de atención proporcionada, el cuidado es continuo y el paciente conoce al personal responsable de la atención.

Podemos decir que este tipo de trabajo en estas instituciones acarrea una gran problemática en la vida diaria de los enfermeros durante el desempeño de sus funciones, esto crea un daño para su salud de los enfermero por las dificultades que se presentan en el momento de la atención de estos paciente y la patología de base las que suelen ser en su mayoría agresivos, física o verbalmente.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

El siguiente trabajo de investigación propone una metodología descriptiva y transversal.

Es un estudio descriptivo ya que se realiza un análisis y descripción de los datos obtenidos. Es un estudio transversal, porque se analizan variables en un momento dado.

Área de estudio:

El área de estudio será el servicio “B” y “D” de pacientes hombres y mujeres respectivamente, ambos judicializados del Hospital “El Sauce”, ubicado en la calle Alfonso X s/n, El Sauce Guaymallén.

Universo:

El universo de nuestra investigación está constituido por 30 enfermeros que trabajan en el Hospital “El Sauce”, durante el primer semestre del año 2.015.

Muestra:

Es el total del universo que correspondería a los enfermeros que trabajan en el servicio “B” y “D” del Hospital “El Sauce”.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizará será la encuesta y se realizará a través de la “Entrevista Personal” a los enfermeros del servicio.

En la recolección de datos la fuente de donde se obtendrán dichos datos será en forma directa con los enfermeros del servicio.

Análisis, procesamiento y presentación de datos

Una vez realizada la recolección de datos comienza una fase esencial para la investigación realizada referida a cada variable de estudio.

VARIABLES

- **Variables independientes:** Características del personal de enfermería.
- **Variables dependientes:** Recursos materiales y humanos.

Hipótesis:

- 1) Las actitudes violentas de los pacientes internados influyen en la labor del personal de enfermería.
- 2) Existen actitudes violentas de pacientes internados en el Hospital el Sauce, hacia el personal de enfermería.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

CARACTERIZACIÓN	Servicio	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> D
	Sexo	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino
	Edad	<input type="radio"/> Entre 20-30 años <input type="radio"/> Entre 31- 40 años <input type="radio"/> Entre 41- 50 años <input type="radio"/> Más de 50 años
	Nivel de estudios	<input type="radio"/> Auxiliar <input type="radio"/> Enfermero profesional <input type="radio"/> Enfermero universitario <input type="radio"/> Licenciado en enfermería.
	Tiempo que trabaja en el hospital	<input type="radio"/> 1 mes a 1 año. <input type="radio"/> 2 años a 5 años. <input type="radio"/> 6 años a 10 años. <input type="radio"/> 11 años a 20 años. <input type="radio"/> Más de 20 años.
	Horas semanales de trabajo	<input type="radio"/> Menos de 36 horas. <input type="radio"/> 36 horas. <input type="radio"/> 40 horas. <input type="radio"/> Más de 40 horas.
	Otro trabajo fuera del hospital	<input type="radio"/> Si. <input type="radio"/> No.
	Situación contractual	<input type="radio"/> Personal de planta. <input type="radio"/> Personal contratado. <input type="radio"/> Personal prestador de servicios.

VIOLENCIA	Patologías más frecuentes	<input type="radio"/> Poli adicción. <input type="radio"/> Alcoholismo. <input type="radio"/> Oligofrenia. <input type="radio"/> Epilépticos. <input type="radio"/> Psicóticos. <input type="radio"/> Otros.
	Pacientes tiene conductas agresivas.	<input type="radio"/> Siempre. <input type="radio"/> Nunca. <input type="radio"/> A veces.
	Tipos de conductas agresivas.	<input type="radio"/> Físicas. <input type="radio"/> Verbales. <input type="radio"/> Ambas. <input type="radio"/> Ninguna.
	Episodios de violencia vividas por parte del paciente.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces. <input type="radio"/> Siempre.
	Deseos de abandonar su empleo.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces.
	Capacitación	<input type="radio"/> Si. <input type="radio"/> No.
	Recursos materiales y humanos.	<input type="radio"/> Suficiente. <input type="radio"/> Medianamente suficiente. <input type="radio"/> Escaso.
	La actividad recreativa disminuiría la agresión.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces.
	Falta contención institucional.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Tipo de contención más importante para el paciente.	<input type="radio"/> Profesional. <input type="radio"/> Familiar y amigos.

CAPÍTULO III

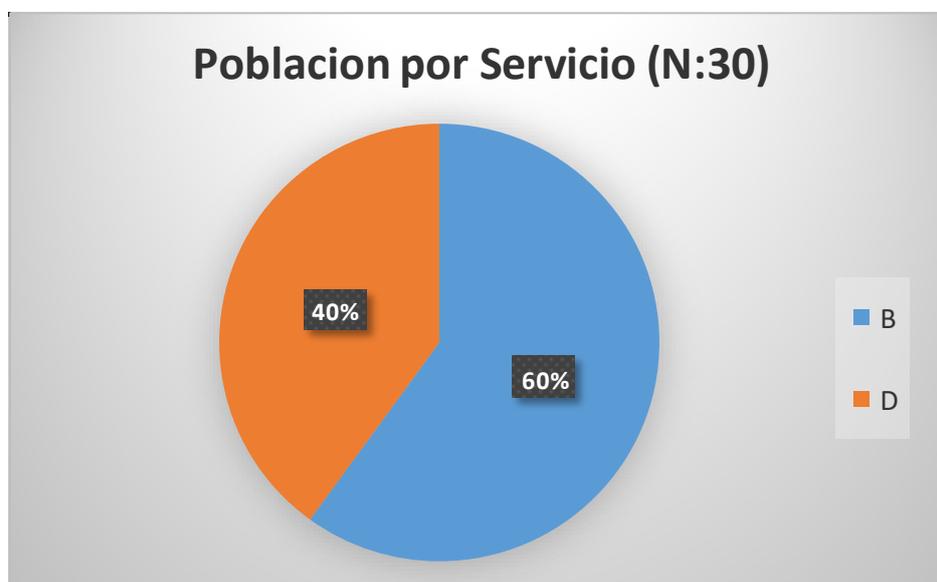
Población de enfermeros/as.

Tabla N°1 cantidad de personal de enfermería que se desempeña en los servicios B y D del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Servicio	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
B	18	60%
D	12	40%
Total	30	100%

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015.

Gráfico N°: 1



Comentario: El 60% del total de los enfermeros encuestados trabajan en el servicio “B” y el 40% restante en el servicio “D”.

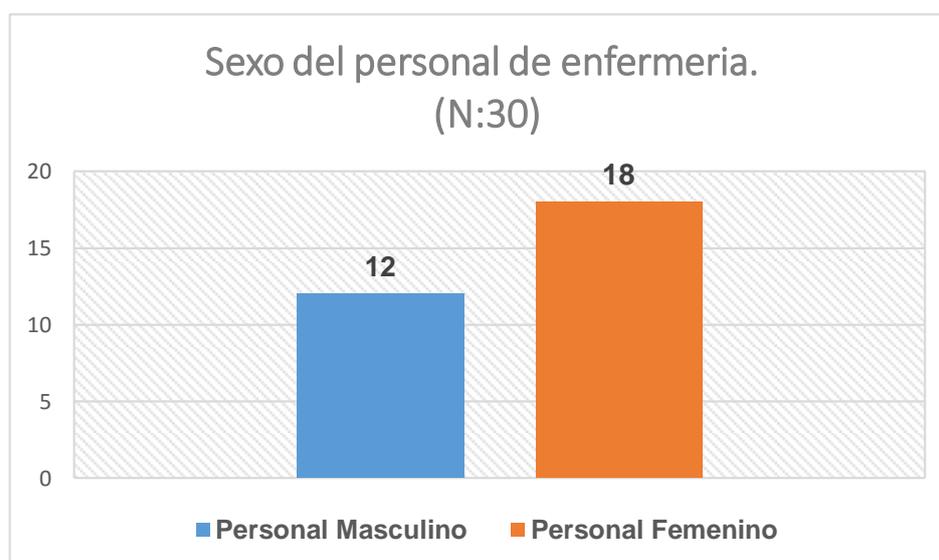
Sexo del personal de enfermería.

Tabla Nº 2 Esta tabla representa el género del personal de enfermería de ambos servicios. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Sexo	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Personal Masculino	12	40%
Personal Femenino	18	60%
Total	30	100%

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015.

Gráfico Nº 2



Comentario: En este gráfico se observa que el 60% del todo el personal de enfermería encuestado de ambos servicios, esta constituido por personal femenino y el 40% está constituido por el personal masculino.

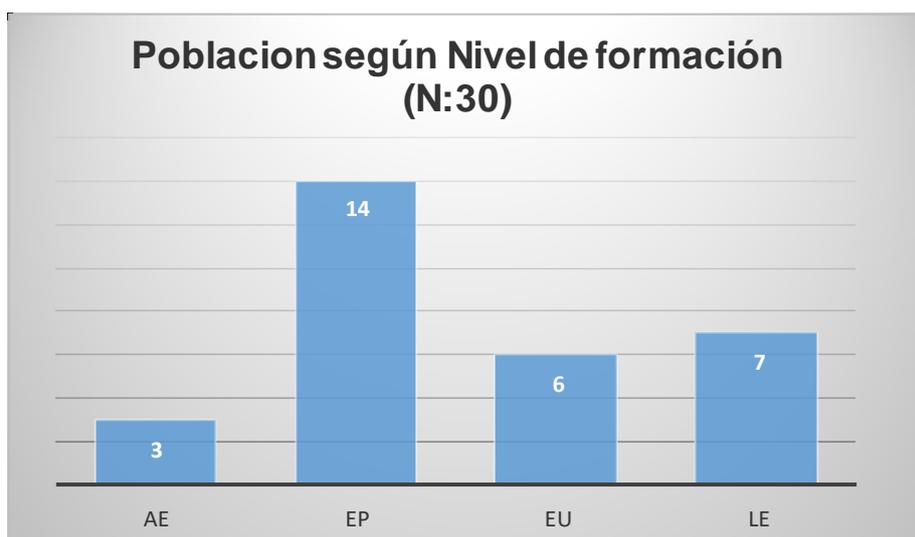
Nivel de formación de los enfermeros/ as de ambos servicios.

Tabla Nº3 Aquí se distinguen los distintos tipos de formación del personal en Auxiliares en Enfermería, Enfermeros Profesionales, Enfermeros Universitarios y Licenciados en Enfermería. Mendoza, Enero – Julio del 2.015.

Formación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Auxiliar en Enfermería	3	10%
Enfermero Profesional	14	47%
Enfermero Universitario	6	20%
Licenciado en Enfermería	7	23%
Total	30	100%

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico Nº 3



Comentario: En este gráfico se observa que del total, la mayoría (14) son enfermeros profesionales.

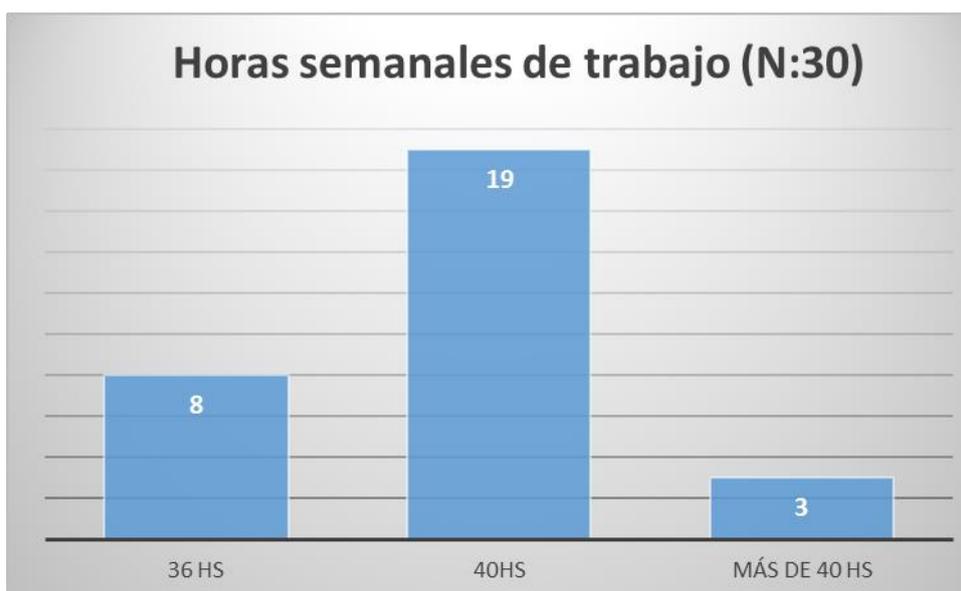
Horas semanales de trabajo del personal.

Tabla Nº4 Según situación contractual, son las horas totales que va a trabajar el personal de enfermería. Mendoza, Enero – Julio del 2.015.

Horas semanales trabajadas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
36hs	8	27%
40hs	19	63%
Más de 40hs	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico Nº 4



Comentario: el 63% del total de los enfermeros encuestados trabajan 40 horas semanales.

Situación contractual del personal con el hospital.

Tabla Nº 5 En el siguiente gráfico, se representa la situación contractual del personal de enfermería del hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Situación contractual	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Personal de planta	16	53%
Personal prestador	14	47%
Total	30	100%

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico Nº5



Comentario: el gráfico demuestra que el 53% del personal encuestado es prestador de servicio, y el 47% personal de planta.

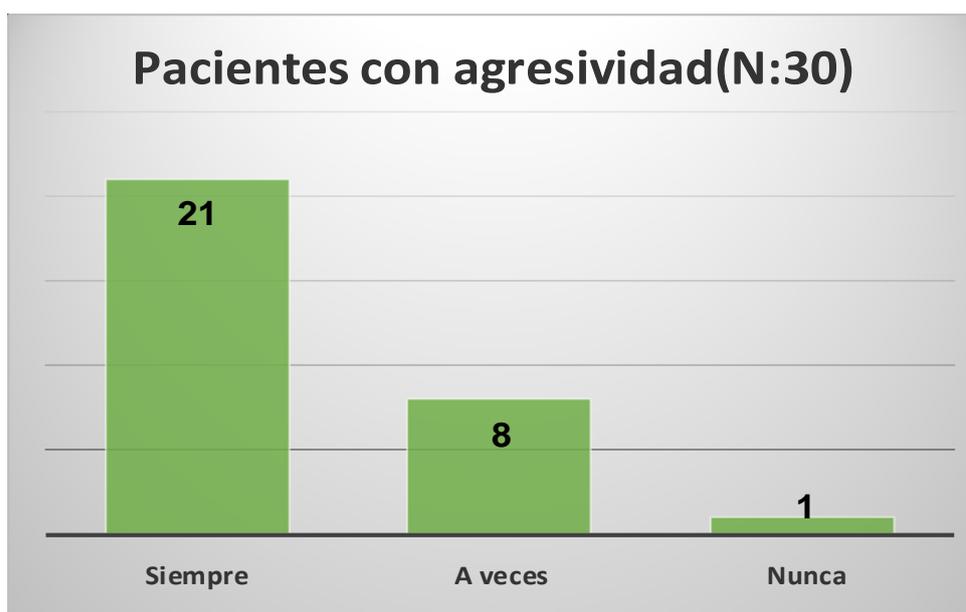
Pacientes con agresividad

Tabla Nº 6 Este gráfico representa pacientes con agresividad que están internados en ambos servicios, aquí se intenta conocer si estos pacientes son agresivos siempre, a veces o nunca. Mendoza, Enero – Julio del 2.015.

Pacientes con agresividad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	21	70%
A veces	8	27%
Nunca	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico Nº 6



Comentario: se observa que para más del 70% del personal encuestado de enfermería, los pacientes son agresivos durante su internación.

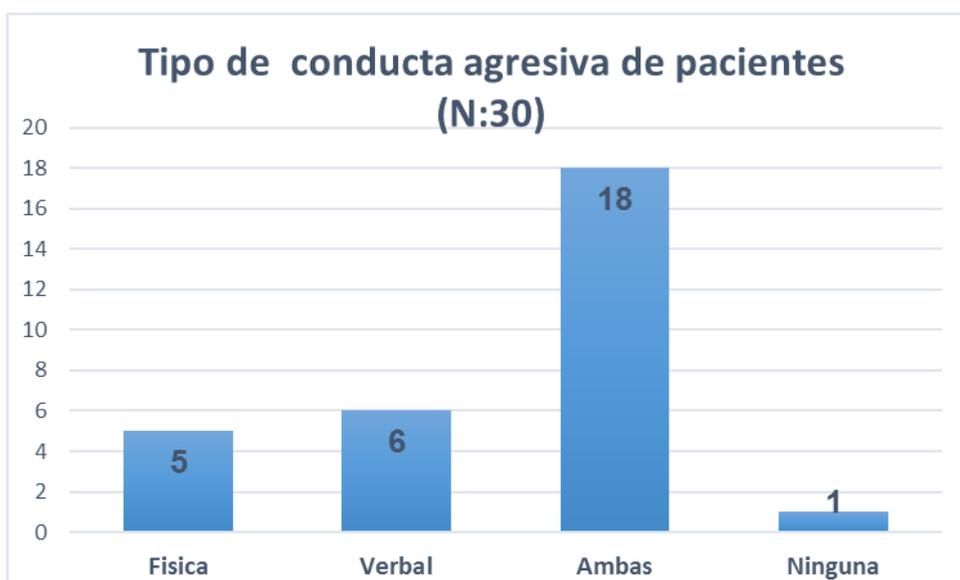
Diferentes tipos de conducta agresiva de los pacientes

Tabla N° 7 Se diferencian las distintas conductas de los pacientes hacia el personal de enfermería de ambos servicios. Mendoza, Enero – Julio del 2.015.

Tipo conducta agresiva	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Física	5	17%
Verbal	6	20%
Ambas	18	60%
Ninguna	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico N°7



Comentario: se observa que 18 profesionales afirman, que la conductas agresivas hacia el personal de enfermería, por parte de los pacientes son las físicas y verbales, y un encuestado manifestó que no ha recibido ningún tipo de conducta agresivo por parte de los pacientes.

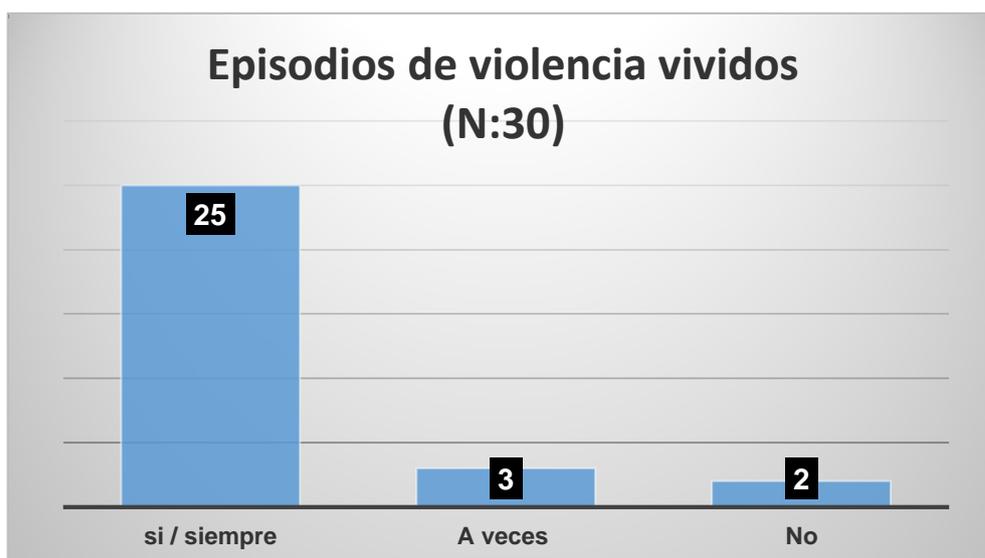
Episodios de violencia

Tabla Nº 8 En el siguiente cuadro se representa los episodios de violencia vividos por parte del personal de enfermería encuestado. Mendoza, Enero – Julio del 2.015.

Episodios de violencia vividos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
si / siempre	25	83%
A veces	3	10%
No	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico Nº 8



Comentario: El 83% encuestados del total de 30 manifiestan haber sufrido violencia por parte de los pacientes, en contrapartida 2 (7%) encuestados del total manifiestan no haber sufrido violencia por parte de los pacientes, y 3 (10%) encuestados dijo que a veces ha sufrido episodios de violencia.

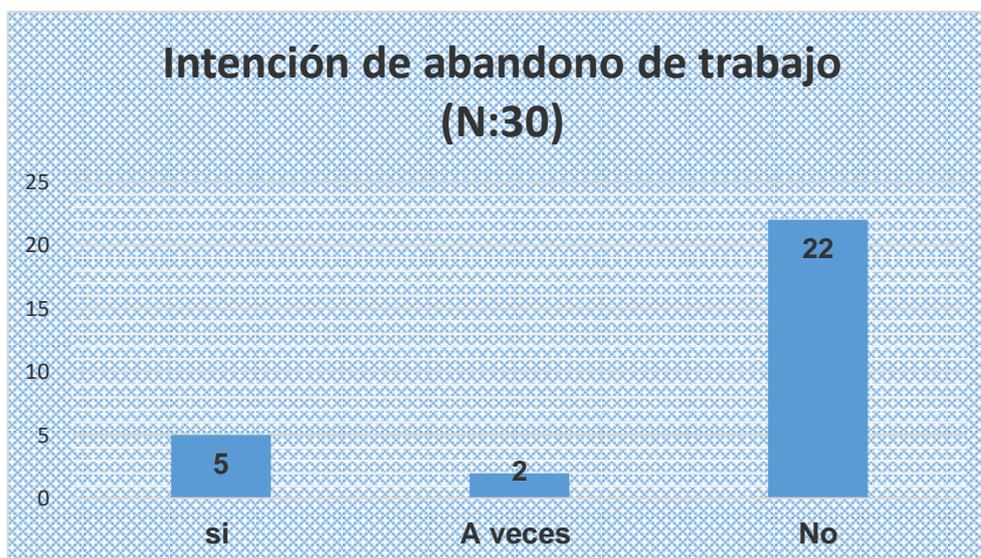
Deseos de abandonar su trabajo

Tabla Nº 9 en el siguiente cuadro se representa el deseo de abandono de trabajo del personal de enfermería encuestado. Mendoza, Enero – Julio del 2.015.

Intención de abandonar su trabajo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	5	17%
A veces	3	10%
No	22	73%
Total	30	100%

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico Nº 9



Comentario: El gráfico demuestra que el 73%, ósea 22 encuestados sobre el total de 30, no tiene la intención de abandonar su trabajo debido episodios o no de violencia por parte de los pacientes, en cambio el 10%, 5 encuestados sobre el total de 30, si tiene la intención de abandonar el trabajo debido a episodios o no de violencia por parte de los pacientes.

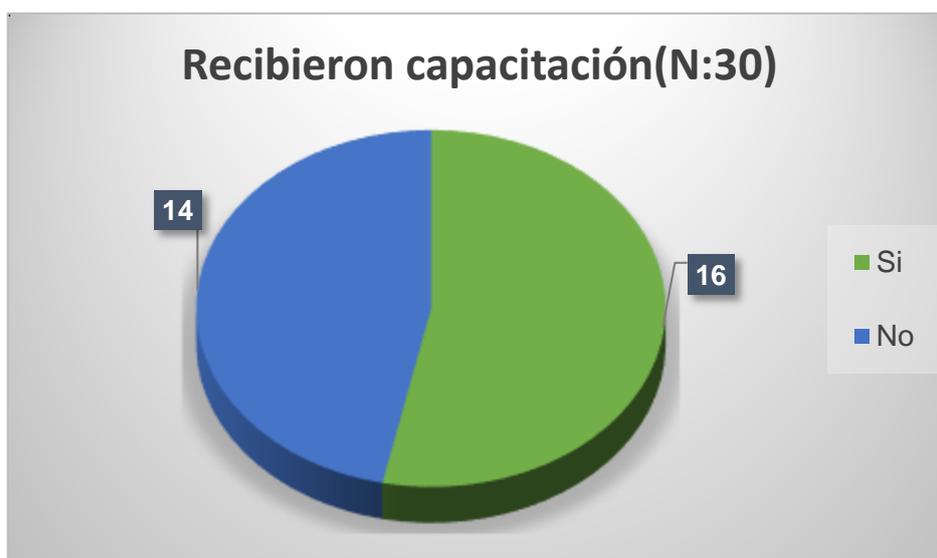
Capacitación recibida

Tabla N° 10 El siguiente gráfico representa la capacitación recibida por parte del personal enfermería encuestado, en el cómo abordar a los pacientes en distintas situaciones. Mendoza, Enero – Julio del 2.015.

Personal que recibió capacitación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	16	53%
No	14	47%
Total	30	100%

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico N° 10



Comentario: el gráfico demuestra que el 53% de los encuestados si recibió capacitación en su lugar de trabajo, en cambio el 47% de los encuestados no recibió capacitación.

Tipo de contención

Tabla Nº 11 El siguiente cuadro representa el tipo de contención que se estima que debería haber hacia los pacientes internados en el Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Tipo de contención	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Familiar y amigos	13	43%
Profesional	17	57%
Total	30	100%

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico Nº 11



Comentario: el 57% del personal encuestado piensa que la contención que debería brindarse hacia los pacientes, el por parte de los profesionales, en cambio el 43% contestó que el tipo de contención debería ser con los familiares y amigos.

Análisis bivariado

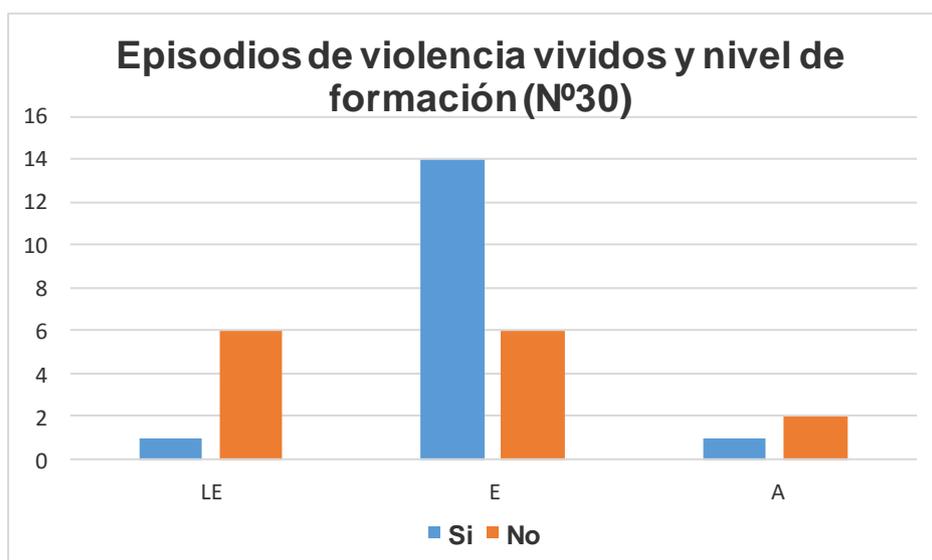
Relación entre las variables; episodios de violencia y el nivel de formación.

Tabla N°12 El siguiente cuadro representa la relación entre episodios de violencia y nivel de formación del personal de enfermería. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Episodios de violencia vividos	Licenciado en Enfermería	Enfermería	Auxiliar
SI	1	14	1
NO	6	6	2

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico N° 12



Comentario: el gráfico demuestra que el personal encuestado que sufrió mayores episodios de violencia son los enfermeros profesionales y universitarios, y los que menos sufrieron episodios de violencia son los licenciados en enfermería.

Análisis bivariado

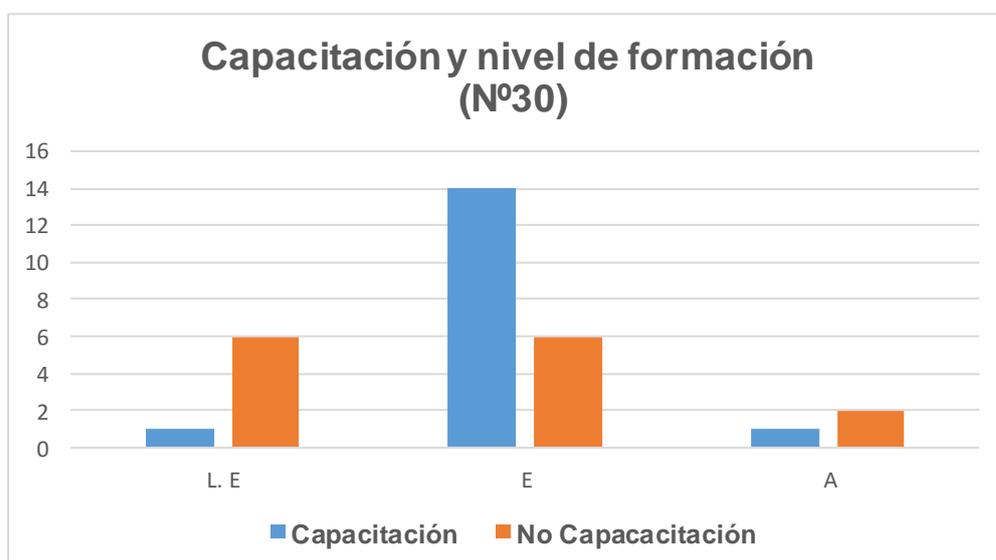
Relación entre las variables: nivel de formación y la capacitación recibida.

Tabla Nº13 El siguiente gráfico representa la relación entre variables según el nivel de estudio y la capacitación sobre el personal, en el Hospital El Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015.

Recibió capacitación.	Licenciados en enfermería	Enfermeros	Auxiliar
Capacitación	1	14	1
No Capacitación	6	6	2

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico Nº 13



Comentario: el gráfico representa que la mayor capacitación fue hacia los enfermeros profesionales y universitarios, y los que menos capacitación recibieron fueron los licenciados en enfermería.

Análisis trivariado

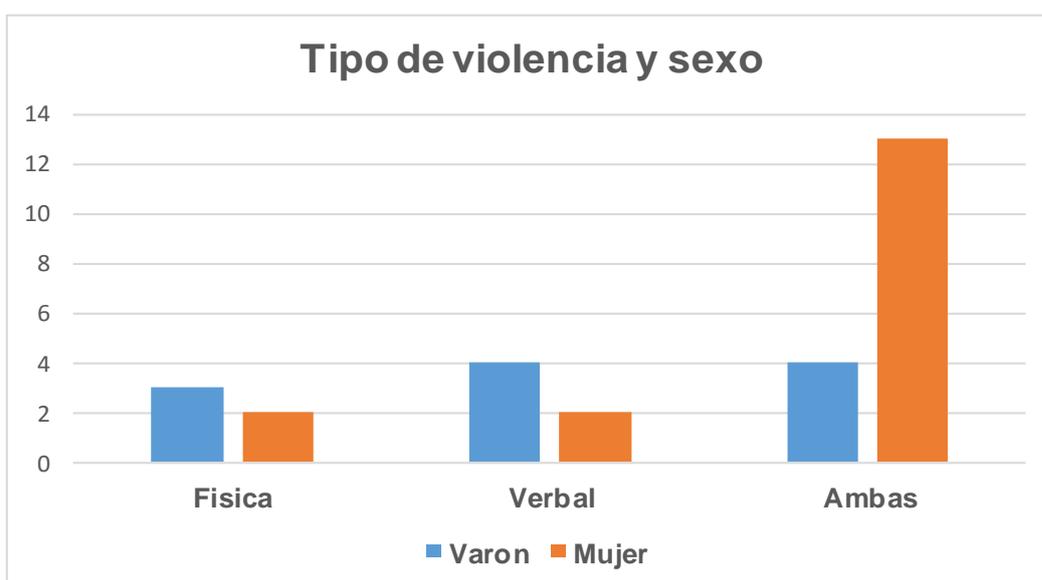
Relación entre las variables: tipos de violencia y el género del personal.

Tabla N° 14 El siguiente cuadro representa la relación entre el sexo de los enfermeros encuestados y el tipo de violencia hacia los enfermeros del Hospital El Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Tipo de agresión Sexo	Física	Verbal	Ambas
Varón	3	4	4
Mujer	2	2	13

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas al personal de enfermería del Hospital el Sauce. Mendoza, Enero – Julio del 2.015

Gráfico N°14



Comentario: el gráfico demuestra que ambos tipos de violencia física y verbal se da más en mujeres que en hombres de ambos servicios.

CONCLUSIÓN

Con este trabajo, en el cual se planteó la problemática, de agresiones recibidas hacia el personal de enfermería por parte de los pacientes internados en los servicio "B" y "D", podemos concluir que existen agresiones hacia el personal de enfermería, con esto afirmamos nuestra hipótesis planteada. En el trabajo realizado pudimos determinar el nivel de riesgo que padecen los enfermeros en el hospital, definimos el tipo de agresiones que son llevadas a cabo por los pacientes hacia el personal de enfermería, logramos conocer las características socioculturales de los enfermeros objetos de estudios y las características de la organización del trabajo de enfermería. Con esta información, que fue recogida a través de una encuesta realizada al personal de enfermería, pudimos establecer el nivel de exposición al riesgo de agresiones, el que padecen los enfermeros. Mediante los gráficos y tablas pudimos establecer una mayor relación de los datos que obtuvimos, nos fue de gran ayuda los gráficos de bivariantes y trivariantes, ya que pudimos relacionar y filtrar los datos, y los cuales nos brindó resultados que no esperábamos al plantear nuestros objetivos, como se observa en la tabla de los diferentes tipos de agresiones y sexo del personal encuestado, en la cual se pudo concluir que la mujeres son las que más sufren los diferentes tipos de violencia, esto se debe a que en el servicio de mujeres (el servicio "D"), 71% del personal de enfermería son mujeres, están más expuestas a ser víctimas de agresiones, aquí las pacientes de este servicio no tienen respeto a su mismo género, o sea las enfermeras mujeres y van más al choque, y por esto son más víctimas de agresiones verbales y en ocasiones agresiones físicas, a diferencia con el personal masculino de enfermería que conforman el 29%, al cual le tienen más respeto y evitan ir al choque con ellos, esto se observa claramente en las gráficas. En el servicio de hombres (servicio "B"), el plantel de enfermería femenino es del 44%, pero a diferencia del servicio "D", al ser todos hombres los pacientes, le tienen más respeto a las enfermeras mujeres y muchas veces las cuidan o defienden de estas agresiones de algún otro paciente agresivo, al contrario con el enfermero hombre que conforman el 56%, que con ellos los pacientes si van más al choque, los respetan menos y suelen ser más agresivos con ellos en ocasiones.

También podemos observar que del 100% del personal encuestado, enfermería tiene el 53% de su personal con capacitación, creemos que todo el personal nuevo en el hospital deben tener más capacitación en cómo actuar con este tipo de paciente, ya que en el caso de los enfermeros, como también se pueden observar en las gráficas son estos profesionales más víctimas de estas agresiones, el personal nuevo no tienen los recursos para actuar ante una agresión verbal o física por parte de los pacientes y en ocasiones causa temor y piensan en abandonar su trabajo, ya que no tienen o no se cuenta con un modo o lugar de contención para el personal que es víctima de estas agresiones. Pero en líneas generales el personal femenino es quien está más expuesto a estas agresiones.

La metodología de trabajo nos pareció muy amena, ya que pudimos concretar el rol de enfermería sobre la investigación.

Propuesta

Debido a la problemática que se presentó en el trabajo realizado, dio como resultado que el personal de enfermería sufre de agresiones por parte de los pacientes en los servicios “B” y “D” de El Hospital El Sauce.

Como propuesta planteamos la creación de un protocolo de emergencias para pacientes con conductas agresivas, y formación de una terapia de grupo hacia el personal de enfermería.

La creación de un protocolo de emergencias para pacientes con conductas agresivas, es para la capacitación y resguardo del personal de enfermería sobre posibles agresiones, en las cuales se brindaría una serie de pasos para poder prevenir dichas agresiones, como así también abordar a pacientes con estas conductas. El fin de esta propuesta es meramente hacia el accionar técnico del personal de enfermería, como así también conocer los diferentes pasos a seguir en dicha situación de agresividad, y aspectos legales para el abordaje, como también para el padecimiento de algún tipo de agresión.

La formación de una terapia de grupo, consiste en el apoyo y contención hacia el personal de enfermería, para exponer diferentes situaciones vividas con los pacientes y las cuales no se pudieron manejar, esta formación sería de gran ayuda para el personal que trabaja con pacientes agresivos, y aún más para aquel personal que recién este comenzando.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de la salud de la nación, dirección nacional de salud mental y adicciones www.msal.gov.ar/saludmental
- Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría (Serie de manuales de enfermería), Asumpta Rigol Cuadra, Mercedes Ugalde Apalategui, edición 2001, Barcelona, España.
- Psicosis- Facultad de Psicología www.psi.uba.ar/psicosis
- Freudreich O, Weiss AP, Goff DC. Psychosis y schizophrenia. En: Ser TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. Massachusetts General Hospital de Psiquiatría Clínica Integral. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2008:chap 28
- Asumpta Rigol Cuadra, Mercedes Ugalde Apalategui, Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría (Serie de manuales de enfermería), edición 2001, Barcelona, España. MASSON
- Enfermería Psiquiátrica, J. Sue Cook, Kareen Lee Fontaine Interamericana McGraw- Hill, 1993, Madrid, España.
- Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th ed" Gail Wiscarz Stuart, Michele T Laraia, 2005.
- Ley 6836- Ejercicio de enfermería- Provincia de Mendoza
- Ley Nacional del ejercicio de enfermería N° 24.004
- Ley de Salud Mental N° 26.657 Decreto Reglamentario 603/ 2013. Ministerio de la Salud, Presidencia de la Nación.

APÉNDICES Y ANEXOS

Anexo Nº 1

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EL SAUCE.

Marcar con una **x** según corresponda

1) Sexo Servicio: B o D

Femenino

Masculino

2) Edad

Entre 20 -30 años

Entre 31-40 años

Entre 41-50 años

Más de 50 años

3) ¿Cuál es su nivel de estudio?

Auxiliar

Enfermero profesional

Enfermero universitario

Licenciado en enfermería

4) ¿Hace cuánto tiempo trabaja en este hospital?

1 mes a 1 año

2 años a 5 años

6 años a 10 años

11 años a 20 años

Más de 20 años.

5) ¿Cuántas horas semanales trabaja?

- Menos de 36 horas
- 36 horas
- 40 horas
- Más de 40 horas

6) Además de su trabajo actual en este hospital, ¿se desempeña en otro ámbito laboral?

- Si
- No
- A veces

7) ¿Cuál es su situación contractual con la institución hospitalaria?

- Personal de planta
- Personal contratado
- Personal prestador de servicios

8) ¿Cuáles son las patologías más frecuentes que se presentan en su servicio?

- Poli adicción
- Alcoholismo
- Oligofrénicos
- Epilépticos
- Psicóticos
- Otros

9) ¿Los pacientes tienen conductas agresivas?

- Siempre
- Nunca
- A veces

10) ¿Qué tipos de conductas agresivas?

- Físicas
- Verbales
- Ambas
- Ninguna

11) ¿usted ha vivido episodios de violencia física o verbal por parte de los pacientes?

- Si
- No
- A veces
- Siempre

12) ¿Usted ha sentido deseos de dejar su trabajo por miedo a estas situaciones de violencia vividas?

- Si
- No
- A veces

13) ¿El personal de enfermería en general, recibe algún tipo de capacitación para brindar cuidados a este tipo de paciente psiquiátricos?

- Si
- No

14) ¿Cree usted que el personal de enfermería cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para la atención del paciente?

- Suficiente
- Medianamente suficiente
- Escaso

15) ¿Cree usted que manteniendo al paciente ocupado en algunas actividades recreativas disminuiría su agresión?

- Si
- No
- A veces

16) ¿Para usted, falta contención por parte de la institución?

- Si
- No

17) ¿Qué tipo de contención considera que apoyaría más al paciente?

- Profesional.
- Familiar y amigos.

Anexo N°2 Matriz de datos

Pregunta Número	Servicio.	Sexo	Edad	Nivel educación.	Tiempo	Horas laborales	Otro trabajo	Situación contractual	Patología frecuente	Conductas agresivas	Tipos de conductas	Episodios de violencia	Dejar trabajo	Capacitación.	Recursos material y humano	Actividad recreativa	Contención.	Tipo contención
1	B	F	A	E.U	A	D	N	PR	AE	S	V	SI	NO	SI	S	SI	SI	F
2	D	M	C	L.E	C	B	S	PL	ABE	S	V	SI	NO	NO	M	SI	SI	P
3	D	F	D	E.P	C	B	S	PL	E	S	Am	SI	NO	SI	S	NO	NO	F
4	B	F	A	E.U	A	C	N	PR	AD	S	Am	SI	NO	SI	S	SI	NO	P
5	B	F	C	L.E	D	B	S	PL	BD	S	F	Siemp	SI	NO	M	NO	SI	F
6	B	M	D	E.P	D	C	S	PL	BC	AV	V	SI	NO	SI	S	SI	SI	P
7	B	M	A	E.U	A	C	N	PR	A	S	V	SI	NO	SI	S	Av.	SI	F
8	D	M	B	L.E	C	B	S	PL	A	AV	F	SI	SI	NO	M	SI	SI	P
9	D	F	A	E.P	B	C	N	PR	E	S	V	SI	NO	SI	E	NO	NO	F
10	B	F	A	E.P	B	C	S	PR	B	S	Am	SI	NO	SI	M	Av.	NO	P
11	D	F	C	L.E	C	B	N	PL	E	AV	F	SI	SI	NO	E	SI	SI	F
12	B	F	B	E.P	C	C	N	PR	E	AV	Am	SI	Av.	NO	M	SI	SI	P
13	D	M	B	E.P	D	C	S	PR	DE	S	V	SI	NO	SI	E	NO	SI	F
14	B	F	A	E.P	D	D	N	PR	F	AV	Am	SI	NO	SI	M	SI	NO	F
15	B	M	C	A	D	C	S	PL	AB	S	F	Siemp	SI	NO	M	SI	SI	P
16	D	F	A	E.U	C	D	N	PR	CE	S	Am	SI	NO	SI	S	NO	SI	F
17	D	F	A	E.P	B	C	N	PR	B	S	Am	SI	NO	NO	M	SI	SI	P
18	D	M	B	E.P	B	C	N	PR	C	AV	Am	Av.	Av.	SI	M	NO	SI	P
19	D	M	C	A	E	C	S	PL	AD	S	F	Siemp	SI	NO	M	SI	NO	P
20	B	F	A	E.U	C	C	N	PR	CE	S	Am	SI	NO	NO	E	NO	SI	F
21	B	F	C	L.E	C	B	S	PL	AE	AV	Am	NO	NO	NO	M	SI	SI	P
22	B	F	B	E.P	B	C	N	PR	BE	S	Am	SI	NO	SI	M	SI	NO	P
23	D	M	C	A	D	C	S	PL	AD	S	Am	Siemp	NO	SI	E	NO	NO	F
24	B	M	D	L.E	B	B	N	PL	AB	S	Am	SI	NO	NO	M	SI	SI	P
25	B	F	B	E.P	B	C	N	PR	BE	S	Am	SI	NO	SI	M	SI	SI	P
26	B	F	D	E.P	C	C	N	PL	CE	S	Am	SI	NO	SI	M	Av.	NO	P
27	D	F	D	E.P	C	C	N	PL	CE	S	Am	SI	NO	NO	M	SI	SI	P
28	B	F	A	E.U	B	C	N	PL	BE	S	Am	Av.	Av.	NO	E	Av.	SI	F
29	B	M	B	L.E	B	B	N	PL	A	N	Ning	NO	NO	SI	M	SI	NO	P
30	B	M	D	E.P	C	C	N	PL	A	AV	Am	Av.	NO	NO	M	SI	SI	F