



Facultad de
Ciencias Médicas



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

ESCUELA DE ENFERMERIA

CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

El Manejo del Personal Enfermería con pacientes psiquiátricos en instituciones generales

AUTORES:

- Martínez Zulma
- Subía Eliana
- Chapana soledad

Mendoza 2021

ADVERTENCIA

El presente estudio de investigación le pertenece a la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias médicas, Universidad Nacional de Cuyo, no puede ser copiado en todo o en partes sin el consentimiento de la Escuela de Enfermería o de los autores.

ACTA DE APROBACION

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

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

AGRADECIMIENTOS Y/O DEDICATORIAS:

Subía, Eliana

“Agradezco a mi familia por el apoyo que me dieron en la carrera, y también a mis compañeros de trabajo, que sin ellos no podría haber cumplido la meta de terminar la Licenciatura de Enfermería. Además agradecer a mis bellas compañeras que han formado parte de mi vida, y a pesar de las dificultades que hemos tenido logramos terminar la tesis”

Martínez Zulma

“Agradezco principalmente a Dios por acompañarme, por guiarme y por darme la voluntad para continuar durante estos dos años y a mi familia por el apoyo y por haber confiado en mí durante la carrera de la licenciatura, a mis colegas y superiores por darme la posibilidad de tener los días de estudio agradezco a mi hija por el apoyo brindado durante estos dos años gracias profesor Gai por el apoyo durante la elaboración de esta investigación”.

Chapana Soledad

“Mi agradecimiento principal es hacia Dios porque desde el primer momento que ingrese a esta facultad ha sido el que ha guiado mis pasos día a día, por el cual hoy estoy aquí. Hacia mi familia y mi novio que ha sido de apoyo anímico, la fortaleza que necesitaba en cada momento. Y por último a mis compañeras de trabajo”

PREFACIO

La siguiente investigación se realiza con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de Enfermería en diferentes instituciones. De esta manera se puede analizar el manejo de los profesionales con los pacientes psiquiátricos, ya que es un área menos demandada y poco vista en instituciones no psiquiátricas.

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Español y el Centro de Salud N° 12-342.

Es muy importante el análisis de esta investigación en instituciones no psiquiátricas ya que podemos detectar la problemática relacionada con el manejo de este tipo de pacientes.

Se propone realizar soluciones para este tipo de problemas para que así el personal de enfermería tenga más conocimiento al encontrarse con este tipo de pacientes y así poder realizar una mejora en la atención.

INDICE GENERAL

Advertencia.....	II
Acta de Aprobación.....	III
Agradecimiento y/o dedicatorias.....	IV
Prefacio.....	V
Índice general.....	VI
Índice de tablas y gráficos.....	VIII
Introducción.....	IX

CAPÍTULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA1

Planteo Del Problema

Justificación Del Problema

Objetivos.....	2
----------------	---

MARCO TEÓRICO

- APARTADO 1: CONCEPTO DE SALUD MENTAL.....3
 - Tipos de enfermedades psiquiátricas.....4
- APARTADO 2: LEY DE SALUD MENTAL N°26.65714
- APARTADO 3: RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DE PACIENTES PSIQUIATRICOS.....15

CAPITULO II: DISEÑO METOLOGICO.....23

- TIPO DE INVESTIGACIÓN
- AREA DE ESTUDIO
- UNIVERSO

• MUESTRA	
• CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	
• CRITERIOS DE INCLUSION	
• METOLOGIA EMPLEADA.....	24
• VARIABLES	
• OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	25
• ASPECTOS ÉTICO-LEGALES.....	28
• TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	
• ANALISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS	
 CAPITULO III: DISCUSION Y PROPUESTAS.....	47
• RESUMEN DE LOS RESULTADOS MAS RELEVANTES	
• INTERPRETACION DE LOS DATOS	
• PROPUESTAS	
• CONCLUSION.....	48
 • BIBLIOGRAFIA.....	51
 ANEXO Y APENDICE.....	52
• ANEXO 1: LEY DE SALUD MENTAL	
• ANEXO 2: ENCUESTA	
• ANEXO 3: TABLA MATRIZ	

INDICE DE TABLA Y GRAFICOS

Tabla y Gráfico nº 1.....	29
Tabla y Gráfico nº 2.....	30
Tabla y Gráfico nº 3.....	31
Tabla y Gráfico nº 4.....	32
Tabla y Gráfico nº 5.....	33
Tabla y Gráfico nº 6.....	34
Tabla y Gráfico nº 7.....	35
Tabla y Gráfico nº 8.....	36
Tabla y Gráfico nº 9.....	37
Tabla y Gráfico nº 10.....	38
Tabla y Gráfico nº 11.....	39
Tabla y Gráfico nº 12.....	40
Tabla y Gráfico nº 13.....	41
Tabla y Gráfico nº 14.....	42
Tabla y Gráfico nº 15.....	43
Tabla y Gráfico nº 16.....	44
Tabla y Gráfico nº 17.....	45
Tabla y Gráfico nº 18.....	46

INTRODUCCION

Hallazgos del primer estudio epidemiológico de salud mental en la población general de la república Argentina en el marco de la iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental en colaboración con la universidad de buenos aires y asociación psiquiatras se realiza encuesta domiciliaria a 3927 personas desde los 18 años de edad.

Mayores de 18 años de edad fue de 29,1% y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad fue de 37,1 %. Los trastornos con prevalencia de vida más elevada fueron el trastorno depresivo mayor 8,7% el trastorno por abuso de alcohol 8,1% y la fobia específica 6,8%. Los trastornos de ansiedad fueron el grupo de mayor prevalencia 16,4 % y los trastornos del control del impulso 2,5%. La prevalencia en los últimos meses de cualquier y trastorno mental fue del 14,8% de los cuales un cuarto de esos trastornos fueron clasificados como severos. El 11,6 % recibió tratamiento en los 12 meses previos y solo lo recibieron el 30,2 % de aquellos que padecían trastornos severos.¹

¹ Fundación Fameba Stagnora J. Cía. N. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la república Argentina. Vertex (2018).

Se determina la problemática con respecto de nivel de conocimiento para el manejo de pacientes psiquiátricos, así también se puede detectar la falta de recursos para la atención o la internación de este tipo de pacientes.

Sumado a esto la Ley de Salud Mental N° 26.657 propuso para el año 2020 cerrar los hospitales monovalentes de atención psiquiátrica, es decir que la atención de estos pacientes será trasladada a hospitales generales, debido a esto se puede detectar que no se encuentran capacitados desde el área de Enfermería en cuidados

de pacientes con patologías psiquiátricas, ya que es un punto clave para brindar mejor calidad de atención.

Como resultado de este trabajo se descubre con que conocimientos en salud mental cuentan los enfermeros que no trabajan en instituciones psiquiátricas

“Una de 4 personas en el mundo padece de algún tipo de trastorno mental según la OMS. De estos dos tercios no reciben ningún tipo de atención. A su vez quienes la reciben se encuentran mayoritariamente internadas en hospitales o clínicas psiquiátricas.

El encierro y aislamiento en estas instituciones contribuyen a la pérdida de habilidades sociales lo cual generan dependencia y son contrarias a los derechos humanos”

En el sector público y privado donde se lleva a cabo la investigación en la actualidad se percibe la necesidad de capacitaciones para los enfermeros con respecto del manejo de pacientes psiquiátricos ya que es un tema ajeno al tipo de atención que se brinda en los mismos. Los profesionales tienen dificultades en el trato a estos pacientes al no saber cómo abordar a un paciente ante una crisis psicomotriz esto es debido a la falta de conocimiento de capacitaciones, práctica y falta de insumos. Es importante tener conocimiento acerca de este tipo de pacientes por que los problemas psíquicos y físicos están conectados entre sí. Ya que uno puede desencadenar en las otras muchas personas sufren tanto de problemas de salud física como de salud mental .En el siguiente trabajo el principal objetivo es recolectar datos propios analizando instituciones no psiquiátricas con respecto a la atención de pacientes con trastornos mentales. En el mismo se lleva a cabo mediante encuestas realizadas a profesionales de Enfermería.

CAPÍTULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA

Tema de investigación: El manejo de personal de enfermería con pacientes psiquiátricos en instituciones generales.

Problema: ¿Cómo es el manejo del personal de enfermería en pacientes psiquiátricos en instituciones generales?

Justificación: La investigación surge debido a la observación del rol de enfermería en el manejo de los pacientes con trastornos mentales en diferentes tipos de instituciones.

En el 2020 se anunció que los hospitales psiquiátricos deberían ser sustituidos por hospitales generales.

Esto provoca intranquilidad, incertidumbre, temor y curiosidad para los profesionales de enfermería ya que no se encuentran capacitados para el abordaje terapéutico de este tipo de pacientes. Son muy pocos los profesionales que tienen discernimiento acerca de la ley de salud mental n° 26657 donde se establece asegurar los derechos a la protección de salud mental de todas las personas y el pleno goce de sus derechos de aquellos con padecimiento mental.

Debido a esto, el personal de enfermería debería incorporar mayor conocimiento o capacitación, en diferentes tipos de instituciones; como: Centros de salud, clínicas u hospitales, para poder brindar a los pacientes una atención óptima.

Objetivo general:

Determinar el conocimiento o manejo del personal de enfermería de pacientes psiquiátricos en diferentes instituciones.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de distintas instituciones acerca de los pacientes con trastornos mentales.
- Analizar si las instituciones generales cuentan con los recursos necesarios para actuar ante una descompensación psicomotriz.
- Unificar criterios para el manejo de pacientes con trastornos mentales.

APARTADO 1: DEFINICIÓN DE LA SALUD MENTAL.

En este primer apartado comenzaremos a introducirnos en el tema explicando primeramente lo básico del tema general y en los siguientes párrafos iremos detallando los conceptos básicos para llegar al concepto de salud mental.

Desde el comienzo de la investigación se ha buscado un concepto básico que es definido:

Para la OMS (2019) “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; por lo tanto, podemos decir que para tener salud se debe evitar que aparezca la enfermedad, y es en ese sentido que aparece la prevención.

En este concepto sobre la enfermedad hace referencia puntualmente a la parte física de la persona; entonces también mencionaremos un concepto sobre salud mental.

La OMS (2013) nos dice que 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 de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.¹

Ya finalizando el desarrollo de estos conceptos entendemos que la salud requiere de un equilibrio entre y lo mental de la persona.²

² **REV PANAM SALUD PÚBLICA.** Construcción del Concepto de Salud Mental. Artículo de Revisión. Publicada 2016

Tipos de enfermedad mental más comunes:

Trastornos del neurodesarrollo

Las enfermedades mentales vinculadas a alteraciones en el neurodesarrollo forman un tipo de enfermedad mental caracterizado por la presencia de una serie de déficits y dificultades en diferentes habilidades y capacidades que se manifiestan durante el desarrollo madurativo de la persona, apareciendo los primeros síntomas durante la infancia.

Dichas dificultades suponen un percance debido tanto a la propia dificultad como al posible enlentecimiento de la maduración y los efectos que tanto a corto como a largo plazo puede provocar en aspectos vitales de la persona. Dentro de esta categoría podemos encontrar dificultades como:

1- Discapacidad intelectual.

2. Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:

El mismo ha sido un pilar fundamental dentro de la psicología y la investigación de enfermedades mentales.

Este tipo de enfermedad presenta una sintomatología común, y es la presencia de síntomas tanto positivos, es decir que agregan o exageran

algún aspecto a la conducta normativa, como negativos, en que se disminuye y empobrece la capacidad del sujeto.

Dentro de los síntomas positivos más conocidos se encuentra la presencia de delirios cognitivos o alucinaciones diferentes tipos, mientras que de entre los negativos es común la anhedonia, el empobrecimiento del lenguaje y la alogia. Por otro lado, dentro de esta tipología de trastornos destaca especialmente la esquizofrenia, pero también podemos encontrar el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante.

3. Trastorno Bipolar y trastornos relacionados

El trastorno bipolar es un tipo de enfermedad mental caracterizado por la alternancia entre dos polos emocionales opuestos, manía (o hipomanía si los síntomas son menores) y depresión.

Esta alternancia produce un severo desgaste emocional en el paciente, que pasa de estar completamente eufórico y con un muy elevado nivel de energía a una situación de tristeza, desmotivación y desesperanza.

Además del trastorno bipolar y sus diferentes subtipos podemos encontrar otros trastornos dentro de esta categoría, como el trastorno ciclotímico.

4. Trastornos depresivos

La depresión mayor es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes en todo el mundo, siendo el trastorno más destacado dentro de la categoría de trastornos depresivos.

Las características básicas de este tipo de enfermedades mentales se basan en la presencia de un estado de tristeza patológica y persistente acompañada de anhedonia o falta de placer y/o apatía. Es frecuente que se presente una gran pasividad a nivel vital debido a la falta de motivación y la desesperanza. De hecho, más que la tristeza lo que caracteriza a los trastornos depresivos es la falta de iniciativa y de interés, algo que muchas veces se plasma en un síntoma conocido como abulia.

Además del trastorno depresivo mayor se pueden encontrar otro tipo de patologías como la distimia, la depresión postparto e incluso el síndrome premenstrual.

5. Trastornos de ansiedad

El tipo de trastorno mental más frecuente tanto en consulta como en la población general, los trastornos de ansiedad pueden identificarse debido al alto nivel de activación psicofisiológica que provocan junto con la presencia de un elevado afecto negativo o malestar.

Es frecuente que estas características se acompañen de un fuerte intento de evitar las cosas o situaciones que provocan la ansiedad, pudiendo ser trastornos muy limitantes en la vida cotidiana. Dentro de esta clase de desórdenes mentales se incluyen, entre otros, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y los diferentes tipos de fobias (social, específicas, etc.).

Por otro lado, hay que tener en cuenta que es posible desarrollar fobias ante prácticamente cualquier estímulo o idea siempre que se den ciertas condiciones.

6. Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados

Este tipo de enfermedad del entorno del se caracteriza por la presencia de un perfil de conducta rígido e inflexible, la presencia de dudas y un cierto nivel de perfeccionismo. Pero lo más distintivo y característico de esta categoría es la presencia de obsesiones, ideas intrusivas y repetitivas que son reconocidas como propias y en general como absurdas por el propio sujeto.

Estas ideas generan una elevada ansiedad, pudiendo o no acompañarse de compulsiones o de acciones estereotipadas para rebajar dicha ansiedad (si bien no suelen tener una relación lógica con el motivo de ésta o dicha relación es exagerada). Debido a que los síntomas son predominantemente debidos a la ansiedad, anteriormente estuvieron considerados dentro de los trastornos ansiosos, pero sus características diferenciales han provocado que sea separado de éstos.

7. Trauma y otros trastornos relacionados con el estrés

Esta clase de trastorno mental se basa en la vivencia de unas circunstancias vitales determinadas, o por la presencia o ausencia de un estresor concreto, que siendo vividas de forma extremadamente

agresiva por la persona provocan en el sujeto un patrón de comportamiento diferente al que tendría si no hubiese vivido dichas situaciones, y que produce mucho malestar en forma de crisis.

El trastorno más característico de este tipo de psicopatología es el trastorno por estrés postraumático, que es especialmente habitual en personas que han vivido conflictos bélicos.

8. Trastornos disociativos

Algunas circunstancias vitales provocan que la mente reaccione de forma anómala, provocando una disociación de sus mecanismos y procesos básicos, como la memoria o la identidad. Antiguamente uno de los dos tipos de enfermedades mentales que se consideraban típicos de la histeria, entre estos trastornos destacan la amnesia disociativa, la despersonalización o el trastorno de personalidad múltiple.

9. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados

El otro y principal elemento que era considerado como síntoma de la histeria, la presencia de trastornos por síntomas somáticos. Este tipo de enfermedad mental tiene como principal característica la presencia de síntomas físicos sin que haya ninguna causa fisiológica para ella, siendo los síntomas físicos producto de la propia mente. Destaca el trastorno somato forme (ahora por síntomas somáticos), el trastorno por conversión o la hipocondría.

10. Trastornos de la alimentación

Anorexia y bulimia nerviosas son desórdenes mentales de los que frecuentemente oímos hablar. Estos dos tipos de enfermedades mentales son dos de los principales trastornos de la alimentación, los cuales son conocidos por la presencia de patrones alimentarios anómalos.

Si bien en los dos ejemplos citados dichos patrones se caracterizan por una cierta distorsión de la imagen corporal y la presencia de un miedo intenso a ganar peso, rechazando el consumo de alimentos o haciendo conductas que fuercen a la eliminación de calorías, no ocurre lo mismo en todas las enfermedades mentales de esta categoría, en la cual también se incluye la pica o consumo de sustancias no nutritivas (por ejemplo, yeso), o el consumo excesivo de alimentos debido a la ansiedad o trastorno por atracón.

11. Trastornos de la excreción

La alimentación y nutrición aportan nutrientes fundamentales al organismo con el fin de que pueda funcionar correctamente, pero en un momento dado los elementos sobrantes han de ser expulsados del cuerpo.

En el caso de las personas con trastornos de la excreción, dicha expulsión se produce en circunstancias poco apropiadas y no controladas, a veces como consecuencia de la ansiedad. En este aspecto destacan la eneuresis y la encopresis, en que se excreta orina o heces respectivamente.

12. Trastornos del sueño-vigilia

Los problemas de sueño son también muy prevalentes en sociedades como la nuestra. Estos problemas pueden ser por defecto de sueño o insomnio o exceso de este, o hipersomnia. En ambos casos se causan problemas de cansancio, desmotivación y en algunos casos problemas de memoria y atención.

Además, pueden aparecer conductas raras durante el sueño conocido como parasomnias. Trastornos como las pesadillas, los terrores nocturnos, el sonambulismo o el síndrome de Kleine-Levin son ejemplos de esta categoría junto al insomnio la hipersomnia primaria.

13. Disfunciones sexuales

Si bien aún hoy en día se trata de un tema muy silenciado y considerado tabú, existe una amplia variedad de problemas sexuales. Las disfunciones sexuales están compuestas por aquellos trastornos que alteran, impiden o dificultan la consecución de las diferentes fases de la respuesta sexual humana, apareciendo principalmente a nivel de deseo, excitación u orgasmo.

La eyaculación precoz, los problemas de erección, la anorgasmia o el deseo sexual inhibido son algunos de los trastornos de esta clase por los que más se consulta en la clínica.

14- Trastornos destructivos del control de los impulsos y de las conductas

Esta clasificación hace referencia a la presencia de un impulso súbito caracterizado por un elevado nivel de activación y angustia que el individuo es incapaz o tiene severas dificultades para resistir, debido a la profunda gratificación y bienestar que recibe con su conducta. Un ejemplo es el trastorno explosivo intermitente, la cleptomanía o la piromanía.

15. Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos

El consumo y abuso de sustancias psicoactivas puede provocar graves problemas en el organismo. Dentro de este tipo de problemas encontramos la adicción, dependencia, intoxicación y abstinencia a muy diferentes tipos de sustancias, sean estimulantes, depresoras o perturbadoras.

16. Trastornos neurocognitivos

Los trastornos neurocognitivos hacen referencia a aquel grupo de trastornos que provocan una alteración en la conciencia o en los procesos mentales superiores debido a una perturbación a nivel neuronal. Síndromes con fusiónales, delirium o trastornos neurodegenerativos como las demencias entran dentro de esta clasificación

17. Trastornos parafilicos

Las llamadas parafilias son un tipo de enfermedad mental caracterizado por la presencia de fantasías intensas y persistentes en las que el objeto de deseo sexual es anómalo, generalmente teniendo cierta fijación compulsiva en ese tipo de estímulos que interfieren en la vida o provocan un malestar.

Generalmente se refiere a situaciones en que el objeto de deseo es un objeto o ente inanimado, un ser no consintiente o el sufrimiento o humillación de uno de los componentes. Algunos trastornos de este tipo incluyen el voyeurismo, el exhibicionismo, el sadismo sexual, el masoquismo o la pedofilia.

18. Trastornos de personalidad

Cada uno de nosotros tiene una personalidad propia, desarrollada a lo largo de nuestra vida en base a nuestras experiencias, en la que es posible observar la tendencia a responder de determinadas maneras a los estímulos del medio. El tipo de conductas que hacemos y solemos hacer, como analizamos y observamos el mundo e incluso nuestra propia identidad están mediados por la personalidad.

Este tipo de enfermedad mental supone la presencia de una personalidad que supone un elevado nivel de sufrimiento a la persona que la tiene o limita en gran medida su vida y su participación en el mundo. El trastorno límite de la personalidad, la personalidad antisocial, el trastorno histriónico de la personalidad,

la personalidad obsesiva o la personalidad evitativa son algunos de los trastornos que forman parte de esta clasificación.³

³ **American Pschiatric Association.** (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Quinta edición. DMS-, Barcelona.

APARTADO 2: LEY DE SALUD MENTAL N° 26.657

Es Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional.

Según la Ley de la salud mental tiene como objetivo asegurar los derechos de todas las personas que padecen de algún trastorno o enfermedad mental, donde todo aquel paciente que asista a cualquier establecimiento hospitalario debe ser respetado y atendido sin ningún inconveniente.

Nombraremos algunos de los derechos:

Derecho a recibir atención sanitaria y social e 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.

Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

Derecho a no ser identificado ni discriminado por su padecimiento mental actual o pasado.

Derecho a tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.⁴

⁴ **MINISTERIO DE SALUD.** Ley de salud mental sancionada el 25 de Noviembre de 2010

APARTADO 3: RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO.

Manejo del paciente psiquiátrico (Acciones de Enfermería)

La calidad de los cuidados es el objetivo fundamental de todos los profesionales sanitarios, y con el fin de conseguir este objetivo al tratar con pacientes psiquiátricos en situación de urgencia, nos marcamos unas líneas de actuación que nos sirvan de guía en momentos tan cruciales como es la decisión de proceder a la contención de estos pacientes, garantizándoles su seguridad y la del personal que les rodea.

La enfermería en psiquiatría ha ido evolucionando a la par que otras áreas de la enfermería de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos aportados por las ciencias sociales, biomédicas y de la conducta. se ha fortalecido además con teorías propias hoy reconocidas como tales dentro de las cuales se destaca la teoría de la relación interpersonal enfermera paciente de Hildegart Peplau la teoría de las necesidades humanas de Virginia Henderson la aplicación de la teoría de adaptación que han aportado elementos importantes no solo al trabajo de enfermería en el área de psiquiatría si no que han contribuido con sus aportes al manejo integral de la persona.

La enfermería en salud mental es un área que emplea teoría del comportamiento humano para prevenir y corregir los trastornos mentales

y sus secuelas y para fomentar una salud mental óptima en el individuo la familia, y la comunidad .reconociendo al ser humano como un ser único integral con potencialidades para desarrollarse para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social.

Medidas de contención:

Las medidas de contención son un medio que nos posibilita la evaluación diagnóstica y la aplicación de un tratamiento adecuado a la situación del paciente.

Se establecen tres tipos de contención:

- Contención verbal
- Contención farmacológica
- Contención física

Contención verbal: constituye el primer paso para el control de la conducta.

El objetivo es intentar establecer soluciones terapéuticas, disminuir la hostilidad y/o agresividad y lograr establecer un pacto con el paciente.

Procedimiento:

Tener información sobre la historia clínica del paciente antes de hablar con el paciente.

No realizarlo en solitario, siempre que sea posible.

- Colocarse del lado no dominante y fuera del espacio personal del paciente, sentados a la misma altura.
- Asegurarse una vía de salida accesible, siempre estando el profesional más cerca de la puerta.
- No realizar gestos amenazantes ni defensivos, evitando gestos bruscos y espontáneos.
- No mirar de forma directa y continua al paciente, ya que provocaría un aumento de la hostilidad, pero recordar que, evitarlas es signo de miedo y debilidad.
- Tener una actitud abierta, tranquila, invitando al diálogo y a la privacidad.
- Mantener un tono de voz suave, relajado y seguro, sin elevar la voz. Responder de forma tranquila y nunca con la misma hostilidad.
- Escuchar al paciente con calma sin interrumpir su discurso.
- Ser flexible en el diálogo pero con límites bien esclarecidos.
- Evitar los juicios acerca de lo que "debería" o "no debería" hacer el paciente.
- Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a pasar este momento tan desagradable, disminuir la tensión o ver las cosas más relajadamente.
- Informar al paciente que se recurrirá a la Sujeción Mecánica si la ocasión lo requiere.

2-Contención farmacológica más usada:

Las medidas de contención farmacológicas se aplicaran cuando las medidas de contención verbal no han sido efectivas para controlar el estado del paciente.

La elección del fármaco que se va a utilizar y la vía de administración dependerán del grado de agitación y del diagnóstico realizado al paciente.

El objetivo es controlar la conducta del paciente evitando lesiones.

Procedimiento:

Se realizará según el proceso del paciente agitado:

-Deprivación por Benzodiacepinas (BZP)/Opiáceos/Alcohol:

- Diazepam.
- Clonazepam.
- Lorazepam.

-Déficit Cognitivo o Demencia:

- Tratar la causa desencadenante de agitación: dolor, sed, infección.
- Sedación con Benzodiacepinas (Clonazepam).

-Crisis de Ansiedad:

- Alprazolam, Lorazepam (Vía Oral o Sublingual).
- Clonazepam, Diazepam o Cloracepato (Intramuscular).

-Cuadros Psicóticos:

- Haloperidol.
- Levomepromazina.

-Riesgo Suicida:

- Levomepromazina.
- Diazepam.
- Tranxilium.

-Intoxicaciones:

- Benzodiacepinas (Flumazenilo).
- Opiáceos (Naloxona).
- Alcohol (Vitamina B1, Glucosa).
- Haloperidol (sedación).
- Clonazepam o Diazepam (convulsiones)

3-Contención mecánica o física:

Debe de ser el último recurso que debemos utilizar y se utilizara cuando el tratamiento farmacológico no ha sido posible.

El objetivo consiste en restringir el movimiento de una parte del cuerpo del paciente o de su totalidad, con el fin de evitar situaciones que pongan en situación de peligro al mismo paciente o a otras personas.

Procedimiento:

- Informar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
- El personal que procederá a la contención deberá estar bien entrenado y en número suficiente (mínimo 5 personas).
- La persona más capacitada dirige el procedimiento y sujeta la cabeza del paciente, y el resto sujeta al paciente por los cuatro miembros.
- Se colocará al paciente en decúbito supino con la cabeza elevada (30 grados), con el fin de que mantenga contacto visual y disminuir el riesgo de aspiraciones.
- Las sujeciones deberán estar correctamente colocadas, seguras, sin presionar al paciente y sin riesgo de provocarle lesiones cutáneas.
- No deben de forzar las articulaciones del paciente.
- El paciente será vigilado y acompañado durante todo el tiempo que precise contención.

Cuidados durante el traslado:

En esta situación el trabajo del personal sanitario o en su defecto el personal que acompaña al paciente, se intensifica evitando y tratando

complicaciones que pueden aparecer y cubriendo las necesidades del sujeto inmovilizado.

Hay que realizar prevención de riesgo trombo embólico (si se prevé un traslado de muy larga duración), revisión de los sistemas de contención cada 10-15 minutos, toma de constantes al inicio y cada 30 minutos.

La finalización de la contención se realizará a su llegada al centro receptor o en su defecto cuando el especialista considere oportuno.

Rol en prevención primaria

Acentúa la promoción de un desarrollo sano de la personalidad del individuo así como de la familia y la comunidad mediante la reducción de factores de riesgo.

Programa de prevención primaria de salud mental son aquellos diseñados para disminuir el porcentaje de aparición de disturbios emocionales de la comunidad neutralizando las condiciones sociales estresantes o potencialmente peligrosas que pueden llevar a la enfermedad mental.

La promoción de salud mental es una responsabilidad de todos y especialmente de aquellos profesionales preparados en el área.

El profesional de enfermería como miembro del equipo de salud debe estar en capacidad de evaluar los factores de riesgos psicosociales predominantes en la comunidad.

Una vez identificado los factores de riesgo y los grupos más vulnerables la enfermera debe planear acciones de promoción en salud mental

apoyándose en la teoría de crisis y más específicamente en la teoría de desarrollo.

Actuación de enfermería ante una urgencia psiquiátrica

Cuando hablamos de una agitación paciente psiquiatra en la mayoría de los casos nos enfrentamos a una desestabilización de ese paciente. Los pacientes con trastornos mentales logran alcanzar una calidad de vida óptima gracias a la farmacología y la terapia psicológica. Pero a veces debido a la interrupción del tratamiento farmacológico o la necesidad de reajustes otras debido a factores externos como el estrés, la ingesta de alcohol u otras drogas estas personas sufren episodios en los que es necesario una nueva evaluación médica. La enfermería desempeña un papel importante en el tratamiento el enfoque de un paciente en el departamento de emergencias saber cómo actuar adecuadamente puede marcar la diferencia entre un paciente que necesita un control cercano mantenerse bajo control o un paciente agudo que solo tiene contención mecánica.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO

1-TIPO DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADO:

En el siguiente trabajo de investigación se usa la metodología Descriptiva cuantitativa donde se describe, se identifica y se caracteriza el problema.

Tipo de estudio: transversal Se realiza una sola medición en un momento determinado.

AREA DE ESTUDIO

Periodo y lugar de recolección:

- ✓ Hospital Español ubicado en Avenida San Martín Godoy Cruz
- ✓ .Centro de Salud N° 342 ubicado en Colonia Bombal, Rodeo del Medio, Maipú.

UNIVERSO:

Enfermeros profesionales Y Lic. En Enfermería .universo
(profesionales de enfermería y Lic. de Enfermería de centro de salud
N°12342 colonia Bombal Maipú y Hospital Español (ámbito privado).
Durante el mes de Agosto del 2020.

MUESTRA

Nuestra muestra se realiza de forma aleatoria dentro de las instituciones que conforman el universo a 30 profesionales de Enfermería.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ -Personal de administración.
- ✓ -Médicos de diferentes especialidades.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Profesionales de enfermería
- ✓ Licenciados en enfermería.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Fuente primaria: Encuestas de preguntas cerradas las cuales son de diseño propio se entrega de encuestas a la muestra para ser completadas.

VARIABLES

Es una entidad abstracta que adquiere distintos valores se refiere a una cualidad, propiedad o característica de una persona o cosa en estudio y varia de un sujeto a otro o en un mismo sujeto en diferentes momentos. En nuestra investigación la variable en estudio es el manejo de pacientes psiquiátricos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLES	INDICADORES
Determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de distintas instituciones acerca de los pacientes con trastornos mentales.	Conocimiento de los Profesionales de las distintas instituciones.	Conocer el nivel de Conocimiento del personal de enfermería.	➤ Antigüedad laboral. ➤ Institución donde trabaja. ➤ Estado civil. ➤ Nivel de formación. ➤ Edad ➤ Sexo. ➤ ¿Trabaja en otra institución?

Analizar si las instituciones generales cuentan con los recursos necesarios para actuar ante una descompensación psicomotriz.	Recursos necesarios con los que cuentan en dichas Instituciones .	Determinar si las diferentes instituciones cuentan con los recursos Necesarios.	➤ ¿En la institución donde trabaja posee los materiales necesarios ante una descompensación Psicomotriz? ➤ ¿Poseen medicación psiquiátrica en dicha Institución? ➤ ¿Conoce los tipos de contención para un paciente Psiquiátrico? ➤ ¿Usted se encuentra capacitado ante una situación psicomotriz de un paciente Psiquiátrico?
--	--	--	---

Unificar criterios para el manejo de pacientes Con trastornos mentales.	Unificar criterios para manejo de pacientes Psiquiátricos.	Dar a conocer el manejo adecuado de pacientes Psiquiátricos.	➤ ¿Asistió alguna vez a una capacitación para atención a pacientes Psiquiátricos? ➤ ¿Le interesa adquirir más conocimiento acerca de este tipo de Pacientes? ➤ ¿Trabajaría con pacientes Psiquiátricos? ➤ ¿Ha tenido la oportunidad de atender a un paciente Psiquiátrico?
--	---	---	---

Concientizar sobre los derechos de los pacientes	Concientizar sobre los derechos que poseen los pacientes con trastornos mentales.	Dar a conocer sobre los derechos del paciente Establecidos en la ley de Salud Mental.	➤ ¿Conoce la ley de salud mental 26.657? ➤ ¿Qué opina acerca de los derechos del paciente psiquiátrico que debe ser atendido como cualquier otra persona está de acuerdo? ➤ Según la ley de Salud Mental : ¿Conoce los tipos de contención a un paciente Psiquiátrico?
--	---	---	--

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES:

En nuestro proyecto se realizará encuestas para enfermeros y Lic. En Enfermería. Para ello se realizará un consentimiento informado aceptando participar. . En donde se mantiene las confidencialidades de la información y su uso para fines de investigación.

Análisis, Procesamiento y Presentación de los datos; se volcara en la tabla matriz los datos obtenidos a través del uso de Microsoft office Excel 2007 a continuación se representara en gráficos circulares procediendo luego a los análisis estadísticos de los resultados.

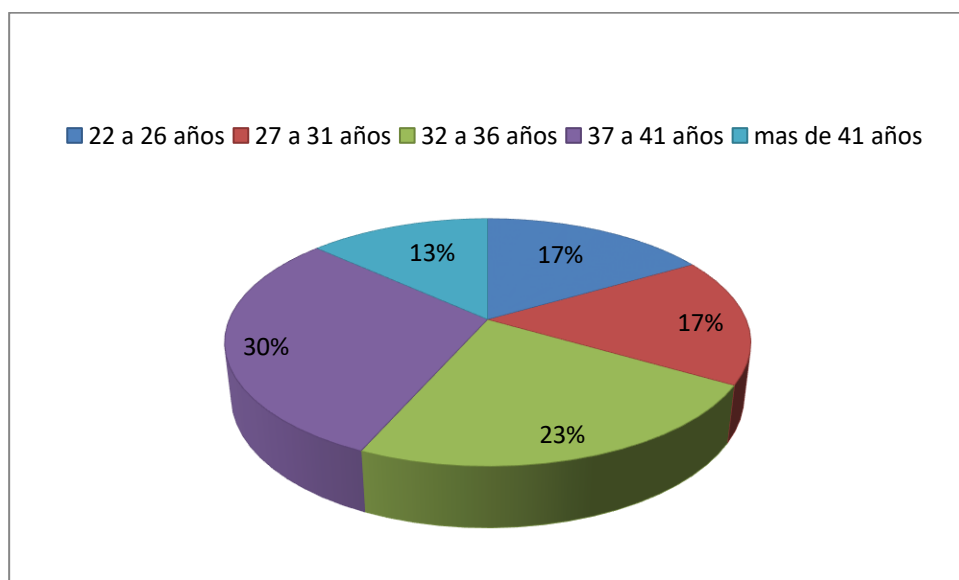
RESULTADOS:

Gráfico nº1

Variable: Conocimiento de los profesionales en las distintas instituciones.

Indicador: Edad

22 a 26 años	5
27 a 31 años	5
32 a 36 años	7
37 a 41 años	9
Más de 41 años	4



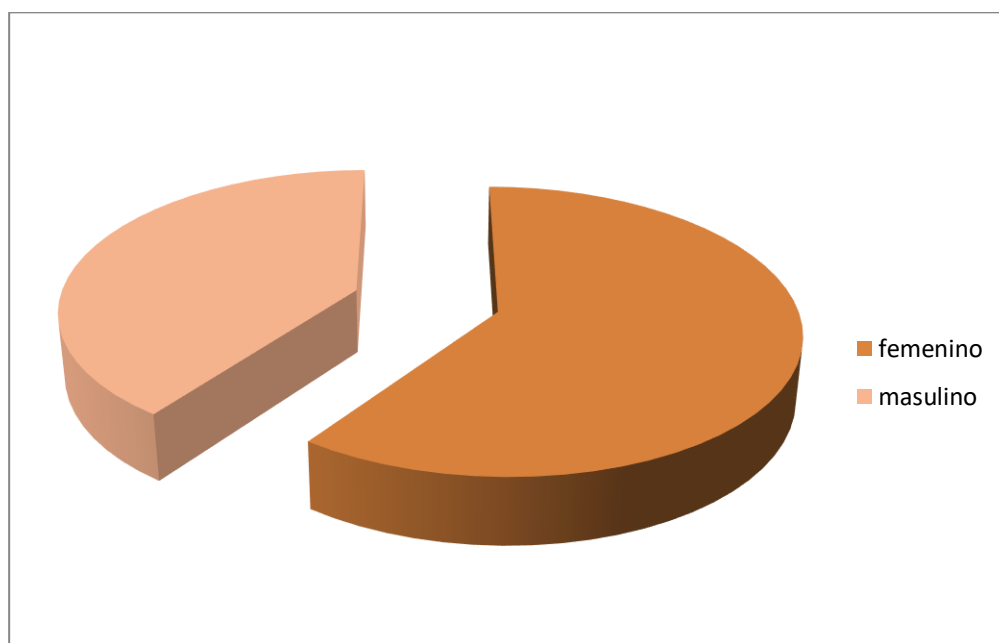
Referencia: de los 30 enfermeros encuestados se observa que los rangos de edades de los enfermeros nueve tienen entre 37-41 años de edad y siete entre 32 y 36 años.

Gráfico nº:2

Variable: Conocimiento de los profesionales en las distintas instituciones.

Indicador: Sexo del personal.

Femenino	18
Masculino	12



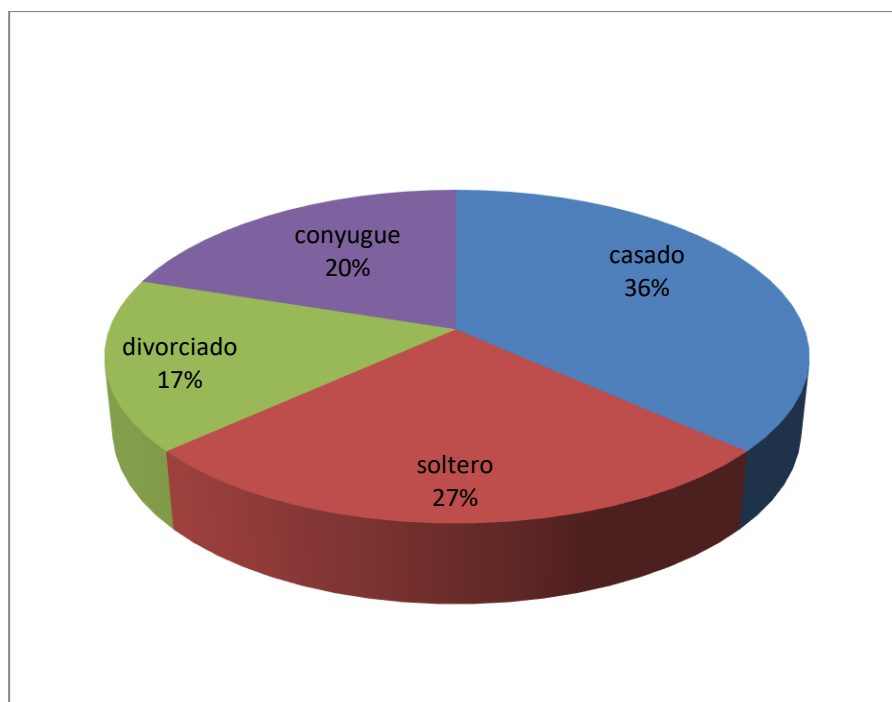
Fuente: información adquirida a través de la encuestas realizadas en el centro de salud colonia Bombal y hospital Español. La mayoría de los profesionales encuestados son de sexo femeninos.

Gráfico n°: 3

Variable: Conocimiento de los profesionales en las distintas instituciones.

Indicador: Estado civil.

Casado	11
Soltero	8
Divorciado	5
Conyugue	6



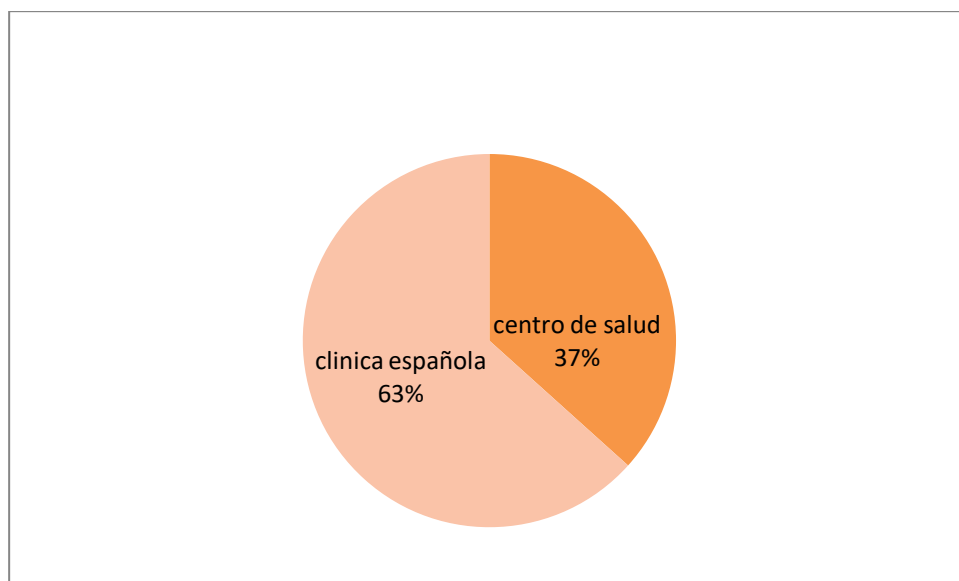
Referencia: de los encuestados se observa que el 36% de los enfermeros están casados.

Gráfico n° 4

Variable: Conocimiento de los profesionales en las distintas instituciones.

Indicador: Institución donde trabaja

Hospital Español	19
Centro de salud	11



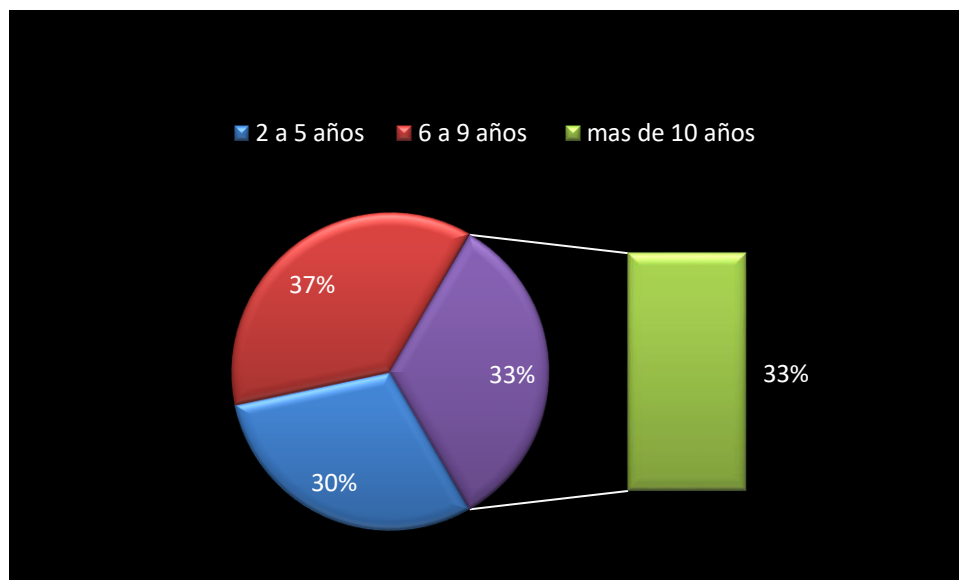
Referencia: se observa que la mayoría de los profesionales encuestados sesenta y tres por ciento (63%) trabaja en el Hospital Español.

Gráfico nº 5

Variable: Conocimiento de los profesionales en las distintas instituciones.

Indicador: Antigüedad laboral.

2 a 5 años	9
6 a 9 años	11
Mas de 10 años	10



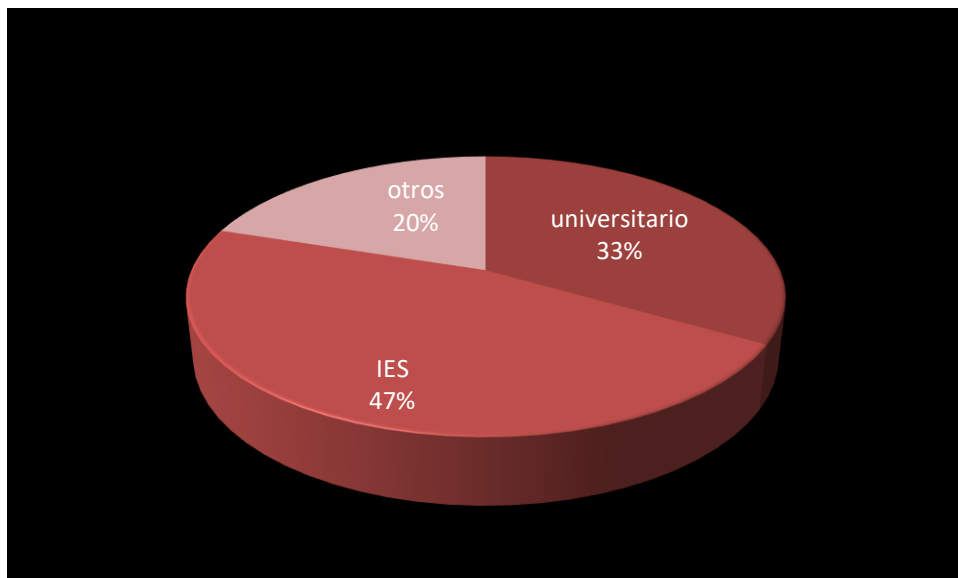
Referencia: se observa que el treinta y siete por ciento (37%) tiene antigüedad de 6 a nueve años.

Gráfico nº 6

Variable: Conocimiento de los profesionales en las distintas instituciones.

Indicador: Nivel de formación

Universitario	10
IES	14
otros	6



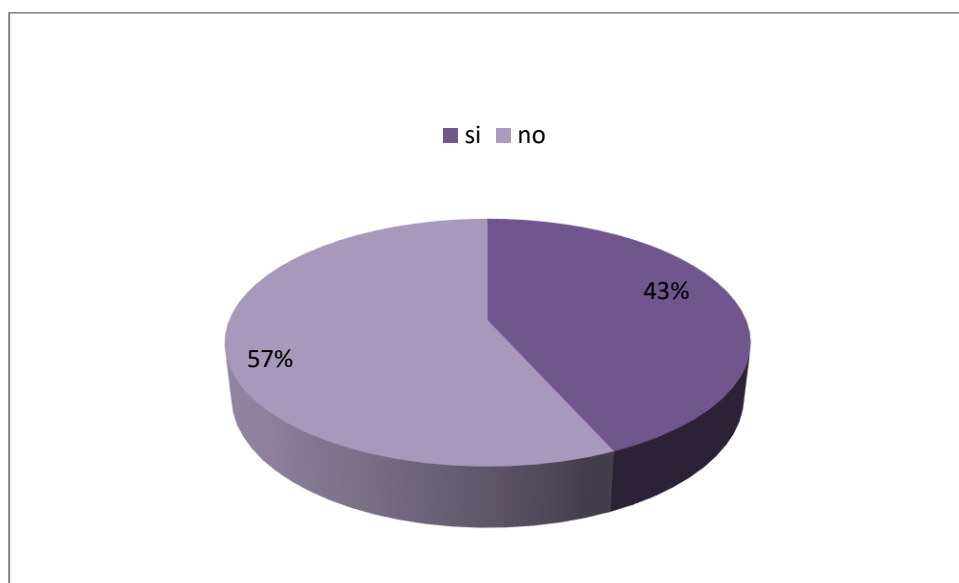
Referencia: se observa a través de las encuestas realizadas que la mayoría de los profesionales tienen nivel de formación en (IES) .instituto de enseñanza superior.

Gráfico nº 7

Variable: Conocimiento de los profesionales en las distintas instituciones.

Indicador: ¿Trabaja en otra institución?

Si	13
No	17



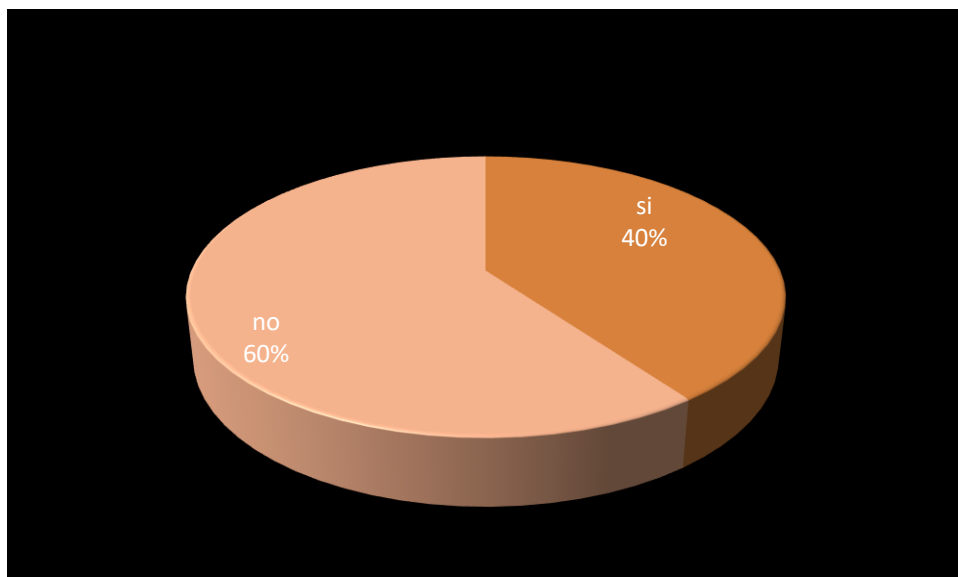
Referencia: Se puede observar que la mayoría de los profesionales si trabajan en otras instituciones.

Gráfico nº8

Variable: Recursos necesarios con los que cuentan en dichas instituciones.

Indicador: ¿En el lugar donde trabaja poseen los materiales necesarios ante una descompensación psicomotriz?

Si	12
No	18



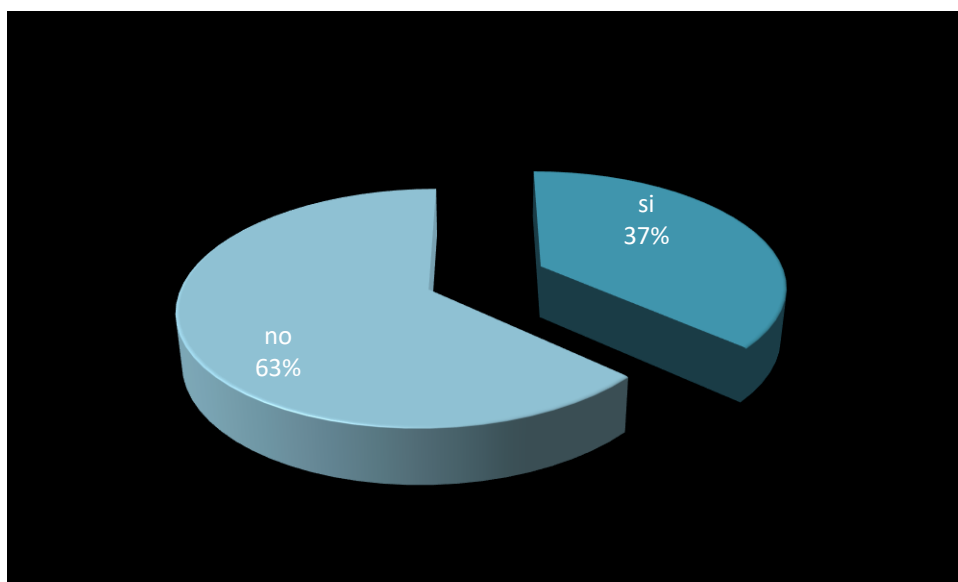
Referencia: se observa que el 60 por ciento (60%) no posee los materiales necesarios y el cuarenta por ciento (40%) si los posee.

Gráfico nº 9

Variable: Recursos necesarios con los que cuentan en dichas instituciones.

Indicador: ¿Poseen medicación psiquiátrica en dicha institución?

Si	11
No	19



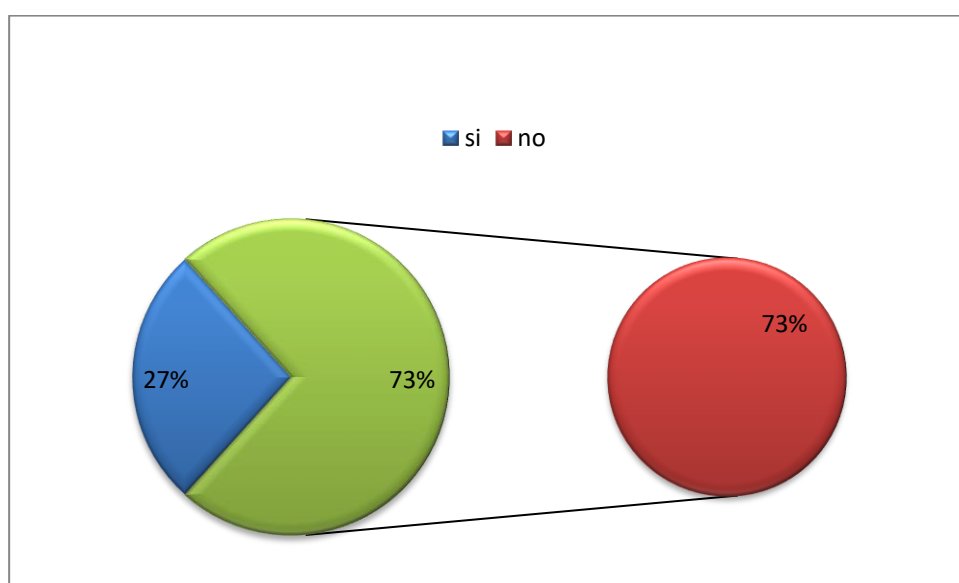
Referencia: El sesenta y tres por ciento (63%) no poseen medicación psiquiátrica y el treinta y siete por ciento (37%) sí.

Gráfico nº 10

Variable: Recursos necesarios con los que cuentan en dichas instituciones.

Indicador: ¿Conoce los tipos de contención para un paciente psiquiátrico?

Si	8
No	22



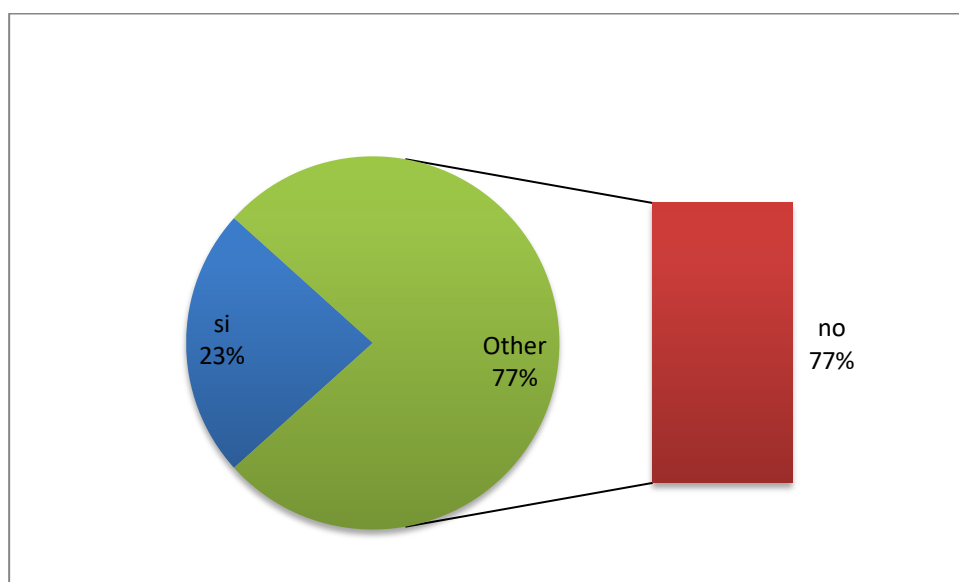
Referencia: Se puede observar a través de la encuesta que el setenta y tres por ciento (73%) no conoce los tipos de contención para el paciente psiquiátrico.

Gráfico nº 11

Variable: Recursos necesarios con los que cuentan en dichas instituciones.

Indicador: ¿Usted se encuentra capacitado ante una situación psicomotriz de un paciente con trastornos mentales?

Si	7
No	23



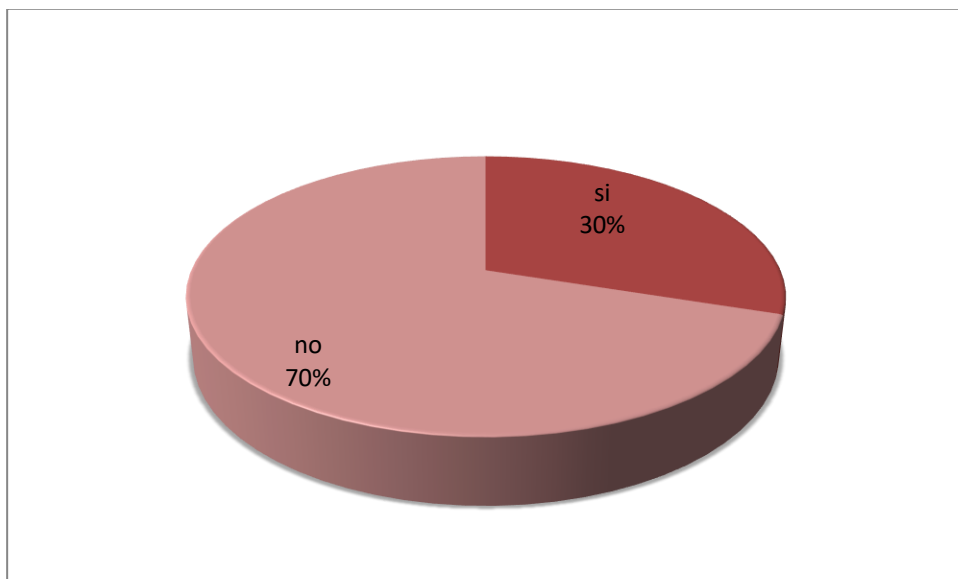
Referencia: El setenta y siete por ciento (77%) no se encuentra capacitado para este tipo de paciente.

Gráfico nº 12

Variable: Unificar criterios para el manejo de pacientes psiquiátricos.

Indicador: ¿Asistió alguna vez a una capacitación para atención a pacientes psiquiátricos?

Si	9
No	21



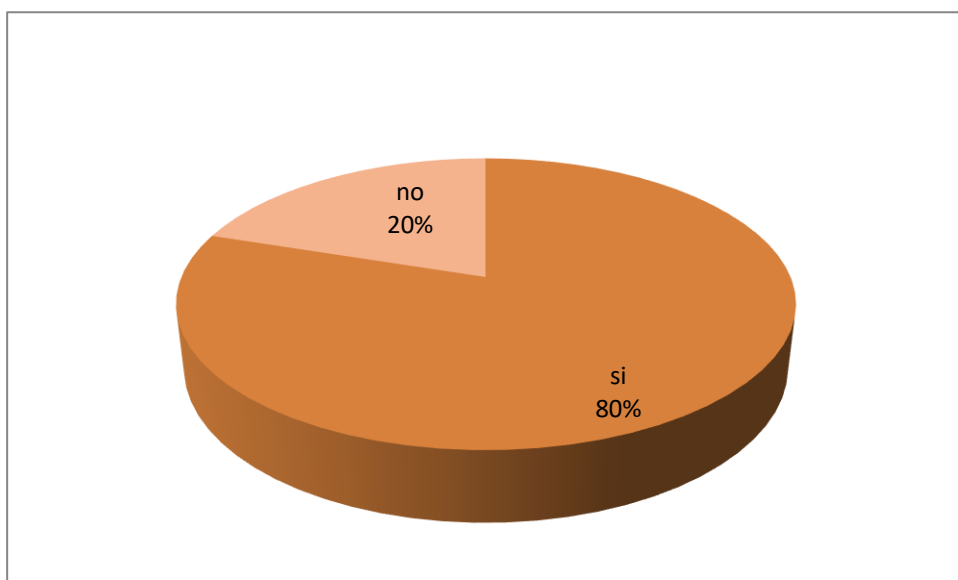
Referencia: El setenta por ciento (70%) no ha asistido a ningún tipo de capacitación para el trato con pacientes psiquiátricos.

Gráfico nº 13

Variable: Unificar criterios para el manejo de pacientes psiquiátricos.

Indicador: ¿Le interesa adquirir más conocimientos acerca de este tipo de pacientes?

Si	24
No	6



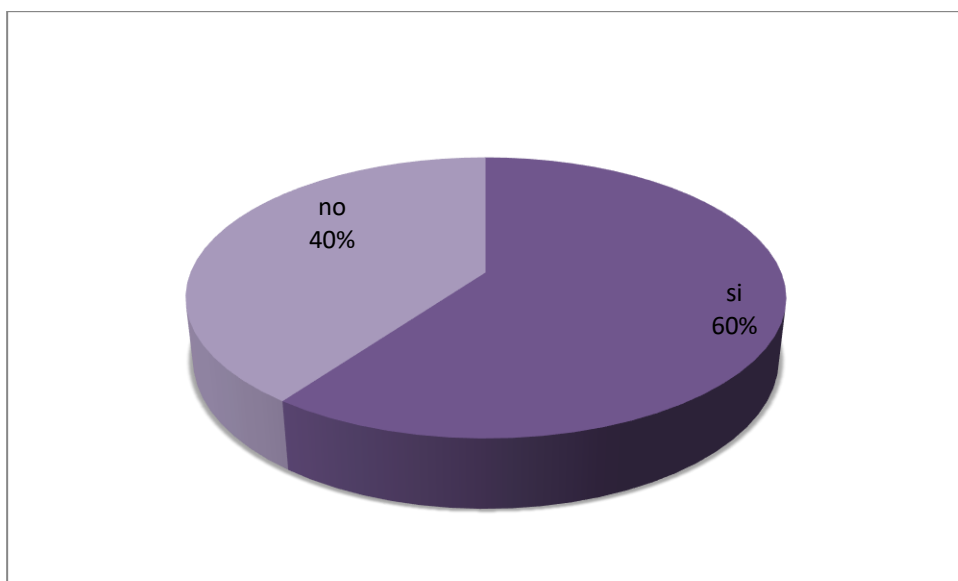
Referencia: El ochenta por ciento (80%) de los profesionales se encuentran interesados en adquirir más conocimiento para el trato con pacientes psiquiátricos.

Gráfico nº 14

Variable: Unificar criterios para el manejo de pacientes psiquiátricos.

Indicador: ¿Trabajaría con pacientes psiquiátricos?

Si	18
No	12



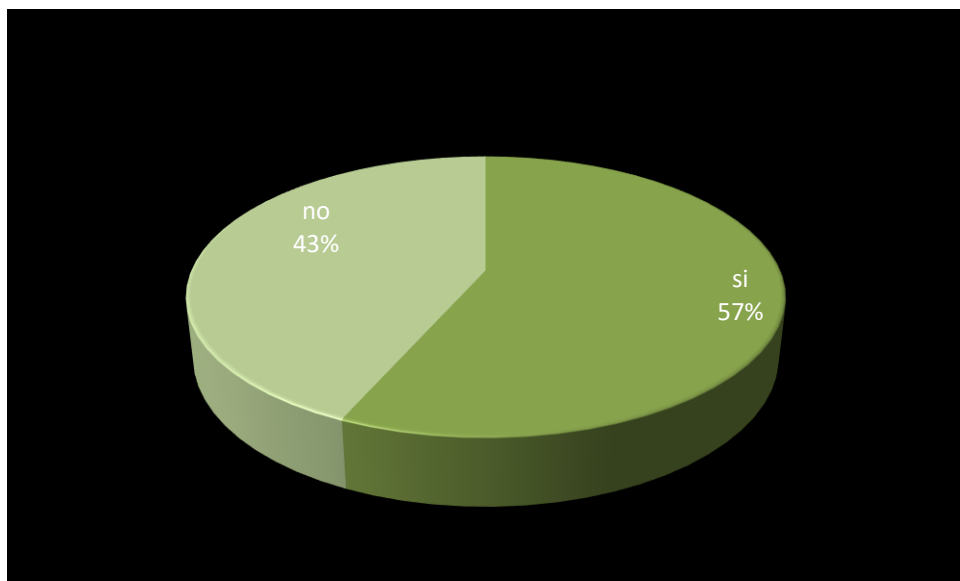
Referencia: El sesenta por ciento (60%) de los profesionales encuestados están interesados en trabajar con este tipo de pacientes.

Grafico nº 15

Variable: Unificar criterios para el manejo de pacientes psiquiátricos.

Indicador: ¿Ha tenido la oportunidad de atender a un paciente psiquiátrico?

Si	17
No	13



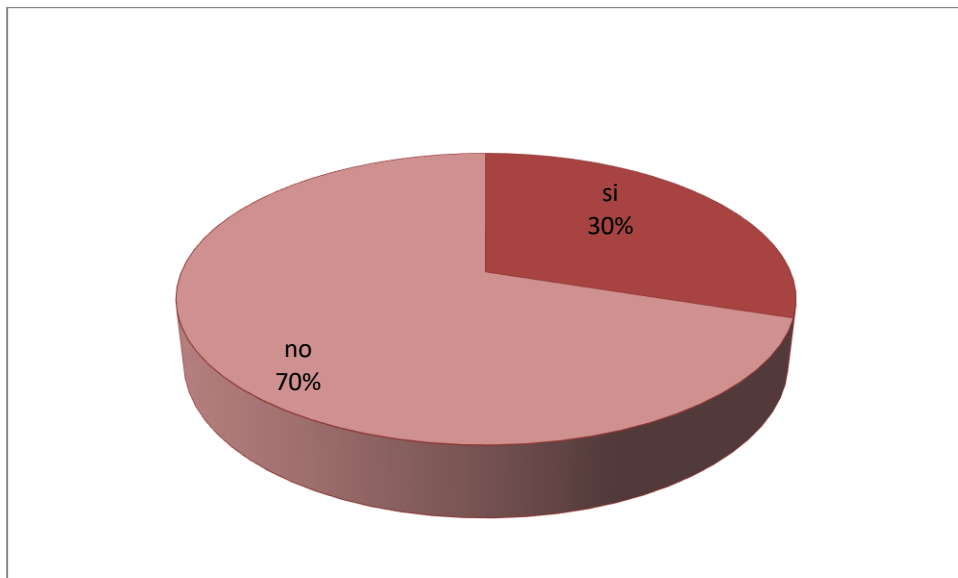
Referencia: Según las encuestas realizadas el cincuenta y siete por ciento (57%) tuvo la oportunidad de atender a un paciente psiquiátrico.

Grafico nº 16

Variable: Concientizar sobre los derechos que poseen los pacientes con trastornos mentales

Indicador: ¿Conoce la ley de salud mental 26.657?

Si	9
No	21



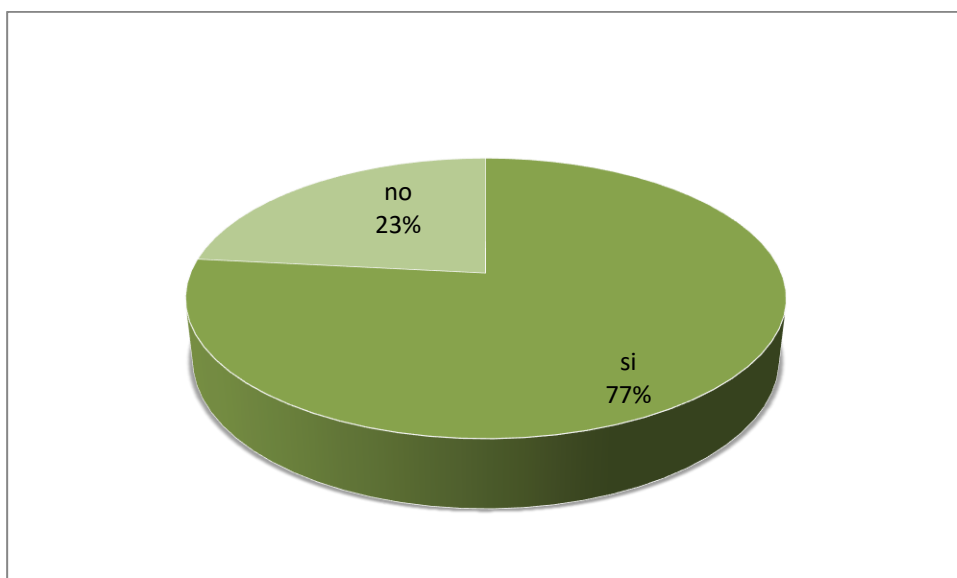
Referencia: el setenta por ciento (70%) de los profesionales encuestados no conoce la ley de salud mental .el treinta por ciento si (30).

Gráfico nº 17

Variable: Concientizar sobre los derechos que poseen los pacientes con trastornos mentales.

Indicador: ¿Que opina acerca de los derechos del paciente psiquiátrico que debe ser atendido como cualquier otra persona está de acuerdo?

Si	23
No	7



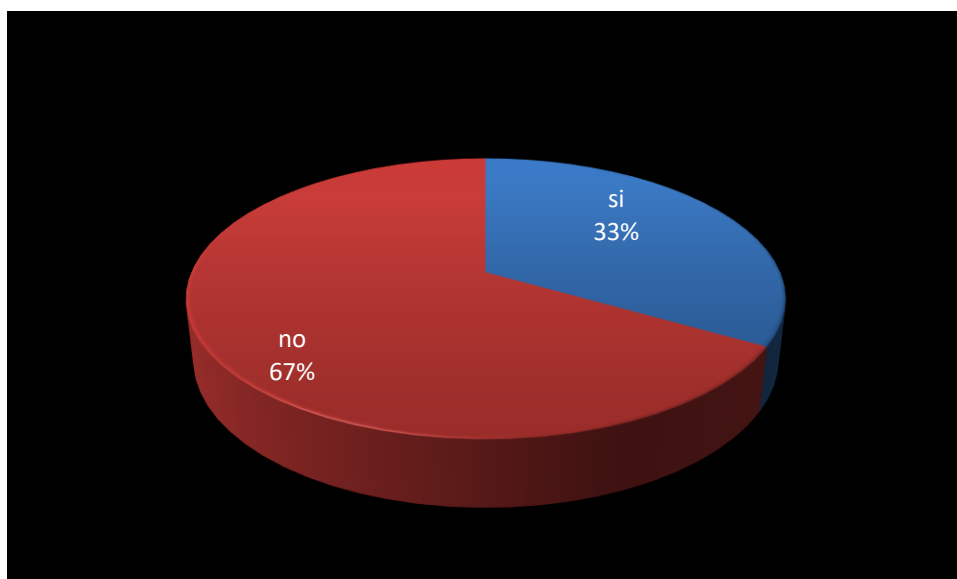
Referencia: El setenta y siete por ciento (77%) de los profesionales está de acuerdo en que los pacientes con trastornos mentales deben ser atendidos como cualquier otra persona.

Gráfico nº 18

Variable: Concientizar sobre los derechos que poseen los pacientes con trastornos mentales

Indicador: ¿Según la ley de salud mental conoce los tipos de contención a un paciente ante una descompensación de un paciente psiquiátrico?

Si	10
No	20



Referencia: El sesenta y siete por ciento (67%) de los encuestados no conoce los tipos de contención según la ley de salud mental. Y el treinta y tres por ciento si (33%).

CAPITULO III: RESULTADOS, DISCUSION Y PROPUESTAS

DISCUSION

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

- ✓ se observa que los profesionales y licenciados en enfermería la mayoría son de entre seis y más de 10 años de antigüedad laboral en su mayor parte son formados en instituciones IES entre ellos han tenido la oportunidad de atender a un paciente psiquiátrico.
- ✓ La mayoría de los profesionales y licenciados poseen los materiales y medicación necesarios ante una descomposición psicomotriz.
- ✓ También se puede observar que en su mayoría desconoce los tipos de contención para un paciente psiquiátrico.
- ✓ Se observa que la mayor parte de los profesionales y licenciados en enfermería no se encuentra capacitado para el abordaje de un paciente psiquiátrico debido a que nunca asistieron a una capacitación para la atención de este tipo de paciente.
- ✓ La mayoría de los profesionales y licenciados se encuentran interesados en obtener conocimiento acerca del manejo de pacientes psiquiátricos.
- ✓ La mayoría de los profesionales encuestados están de acuerdo que los pacientes con trastornos mentales deben ser atendido de igual manera como cualquier otro paciente.

CONCLUSION:

De acuerdo a la interpretación de los análisis de los gráficos se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se observa que el 60% de los enfermeros encuestados no poseen material necesario ante una descompensación psicomotriz.
- Se observa que la mayoría de los profesionales no conoce el tipo de contención para un paciente psiquiátrico, debido que el 77% (enfermeros), no se encuentra capacitado.
- De los enfermeros profesionales encuestados, se observa que el 70% desconoce sobre la Ley de Salud Mental nº 26.657.
- La mayoría de los enfermeros profesionales, está interesado en adquirir conocimientos y también trabajarían con pacientes psiquiátricos.
- El nivel de conocimientos sobre el manejo de pacientes psiquiátricos no se ve reflejado por el nivel de formación, ni la antigüedad laboral de los profesionales.

Llegamos a la conclusión, de los datos obtenidos de las encuestas podemos decir que los enfermeros del Hospital Español y el Centro de Salud nº 12-342, poseen un bajo nivel de conocimientos en el manejo de pacientes psiquiátricos, por falta de material, medicación necesaria y el desconocimiento de los tipos de contención para los pacientes con trastornos mentales, por la tanto estas instituciones no se encuentran preparadas para recibir este tipos de pacientes.

Por lo tanto se propone al personal de enfermería de las dichas instituciones realizar capacitaciones, brindarles conocimientos sobre la Ley de salud mental N° 26.567 dándoles a conocer sobre los derechos de este tipo de pacientes, también proponer protocolos para su atención e internación.

Debemos entender y reconocer los padecimientos mentales es un importante primer paso para romper con estereotipos y falsas creencias, superando así los prejuicios y la estigmatización hacia las personas con enfermedad mental.

PROPUESTAS

Después de analizar y describir los resultados obtenidos de los profesionales y licenciados de enfermería acerca del manejo de pacientes psiquiátricos se propone lo siguiente.

- Realizar capacitación para los profesionales y licenciados en enfermería para el manejo de pacientes psiquiátricos.
- Hacer conocer la ley de salud mental 26.657 y sus artículos ante un cartel informativo en cada institución en donde se describa los derechos de este tipo de pacientes.
- Proponer protocolos para el trato al paciente psiquiátrico para su atención y para su internación.
- Realizar una breve encuesta que contenga las temáticas más relevantes como conocimiento del manejo de pacientes psiquiátricos de la medicación, abordaje de este tipo de paciente.

BIBLIOGRAFIA

1-Fundacion Remebe Stagnora A. Cian N. Estudio epidemiológico de salud mental en la población de argentina Vertex (2018) Disponible: <http://bit.ly/2BjvZ7Z>.

2-American Psqchiatri Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Quinta edición. DMS-, Barcelona. Disponible en:

<https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-enfermedades-mentales>

3-MINISTERIO DE SALUD. Ley de salud mental sancionada el 25 de Noviembre de 2010. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/salud-mental>

4-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Concepto de salud.

Disponible en:

https://www.who.int/topics/mental_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20abarca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB.

5-REV PANAM SALUD PÚBLICA. Construcción del Concepto de Salud Mental. Artículo de Revisión. Publicada 2016. Disponible en:

www.scielosp.org

6-REVISTA CIENTIFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Prieto B. Gómez M. (2010).

Protocolo de actuación en las urgencias psiquiátricas. Disponible en:

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2010/pagina6.html>

ANEXOS y APENDICES

ENCUESTA

Encuesta anónima es realizada por estudiantes de enfermería de ciclo de licenciatura de enfermería de segundo año para recibirse como Licenciado en Enfermería por favor señale la opción correcta de acuerdo a convenir.

1. Edad

A-22 a 26

B-27 a 31

C-32 a 36

D-37a 41

E-Más de 41

2. Sexo

A-Femenino

B-Masculino

3. Estado civil

A-Casado

B-Soltero

C-Divorciado

D-Cónyuge

4. Institución donde trabaja

A-clínica

B-hospital

C-centro de salud

5. Antigüedad laboral

A-2 a 5 años

B-6 a 9 años

C-Más de 10 años.

6. Nivel de formación

A-Universitario

B-IES

C-Otros.

7. ¿Trabaja en otra institución?

A-Si

B-No

8. En la institución donde trabaja. ¿Poseen los materiales necesarios ante una descompensación psicomotriz?

A-Si

B-No

9. ¿Poseen medicación psiquiátrica en dicha institución?

A-Si

B-No

10. ¿Conoce los tipos de contención para un paciente psiquiátrico?

A-Si

B-No

11. ¿Usted se encuentra capacitado ante una situación psicomotriz de un paciente psiquiátrico?

A-Si

B-No

12. Asistió alguna vez a una capacitación para atención a pacientes psiquiátricos.

A- Si

B- No.

13. ¿Le interesa adquirir más conocimiento acerca de este tipo de pacientes?

A-Si

B-No

14. ¿Trabajaría con pacientes psiquiátricos?

A-Si

B-No

15. ¿Ha tenido la oportunidad de atender a un paciente psiquiátrico?

A-Si

B-No

16. ¿Conoce la ley de salud mental nº 26.657?

A-Si

B-No.

17. Que opina acerca de los derechos del paciente con trastornos mentales.

¿Debe ser atendido como cualquier otra persona?

A-Si

B-No

18. ¿Según la ley de salud mental conoce los tipos de contención a un paciente psiquiátrico?

A-Si

B-No.

TABLA MATRIX

Nú m.	Ed ad	Se xo	E. Ci vil	Inst .L	Ant .L	Niv.de For.	OtroTr ab.	Preg .8	Preg .9	Preg. 10	Preg. 11	Preg. 12	Preg. 13	Preg. 14	Preg. 15	Preg. 16	Pre g. 17	Pre g. 18
1	D	M	B	C	C	C	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	E	F	B	A	C	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3	A	F	D	B	A	A	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4	C	M	B	B	B	B	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO
5	E	F	A	C	C	C	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6	A	F	B	C	A	A	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO
7	D	M	E	B	C	C	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
8	C	F	A	B	B	A	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO
9	D	M	C	C	C	B	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO
10	C	F	D	B	B	B	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
11	B	M	B	C	A	A	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
12	E	F	D	A	C	C	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO
13	D	M	A	B	B	B	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO

14	B	F	C	C	A	A	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO
15	C	F	C	C	B	B	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
16	B	M	A	B	A	A	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
17	D	F	B	B	B	B	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
18	E	M	D	B	C	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO
19	A	F	A	A	A	A	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI
20	A	M	B	A	A	B	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI
21	D	F	A	B	C	A	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI
22	C	F	A	A	B	B	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO
23	E	M	C	A	C	B	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO
24	B	F	B	A	A	A	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI
25	E	M	A	B	B	B	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
26	D	M	C	B	C	A	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
27	C	F	A	B	B	B	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
28	A	F	B	A	A	B	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO
29	C	F	D	A	B	D	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO

30	B	F	A	A	B	B	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI
----	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

LEY DE SALUD MENTAL 26. 657

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

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

Capítulo II

Definición

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de

construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

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

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

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

Capítulo III

Ámbito de aplicación

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

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;

- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

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

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

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

Capítulo V

Modalidad de abordaje

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

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

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

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

Capítulo VI

Equipo interdisciplinario.

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

Capítulo VII

Internaciones.

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

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para

resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

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

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

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

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

ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

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

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

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

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

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

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

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

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

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

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

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

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

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

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en

lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en e

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

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

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

Anexo 3; Una ley de avanzada que atrasa en su implementación

25/11/2020

Escrito por: Fiorella Cadenazzo (Universidad Nacional de Moreno)

Fotos de: Noelia Pirsic

El 25 de noviembre se cumplen diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Para el 2020, entre otras cosas, se proponía eliminar los hospitales neuropsiquiátricos, una meta que todavía se encuentra muy lejos.



Hace 10 años la Cámara de Senadores aprobó una norma que prometía un gran avance en la salud mental argentina. Con 47 votos a favor, una abstención y

ninguno en contra, la Ley Nacional de Salud Mental se sancionó luego de una insistente y larga lucha por los derechos de las personas que se encuentran internadas en hospitales neuropsiquiátricos. Aun así, celebrada por profesionales, la Ley 26.657 sigue sin cumplir algunos de sus puntos más importantes una década después de entrada en vigencia.

“Nos encontramos a mitad de camino entre lo que la ley proponía y lo que se ha logrado”, comenta Silvia Raggi, Secretaria General de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). “Parecía que 10 años era un lapso más que suficiente para alcanzar los objetivos de la legislación pero el camino no fue ni es fácil”. Uno de los puntos conflictivos es el cierre total y prohibición de nuevas aperturas de hospitales monovalentes, aquellos utilizados con el único fin de internar a personas con padecimiento mental.

Según el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018, el 2020 debería ser el año límite para ponerle fin a estas instituciones y generar otro tipo de integración de los pacientes. Si bien es un logro que no se abrieran nuevos hospitales psiquiátricos, a un mes de la fecha tope para terminar con el sistema manicomio, su eliminación total parece no ser algo posible a corto plazo.

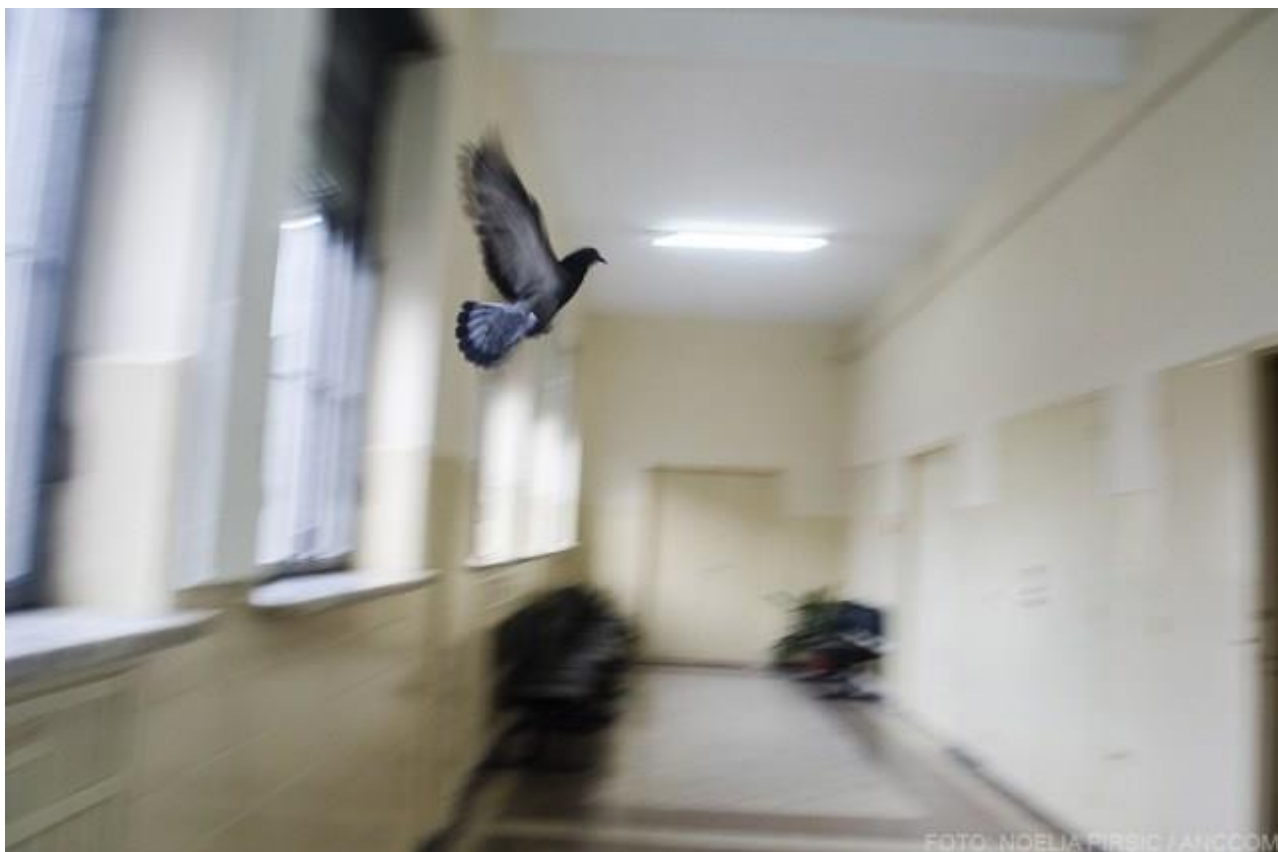


“Nos encontramos a mitad de camino entre lo que la ley proponía y lo que se ha logrado”, comenta Silvia Raggi.

Al respecto, Celeste Fernández, Coordinadora del programa Derechos de las Personas con Discapacidad de la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), sostiene que “hoy la única respuesta que el Estado le da a las personas con discapacidad psicosocial es el encierro en el psiquiátrico, porque los hospitales generales rechazan las internaciones, no dan servicio, algunos no tienen ni siquiera salas de internación, y por otro lado los dispositivos comunitarios no están creados”. Si bien la ley promueve la externación, es posible tomarla como última medida cuando el paciente o terceros corren riesgo inminente. “Una vez que cesa este estado de crisis, la persona tiene que salir, y siempre esas internaciones deben ser en hospitales generales”, dice Fernández.

Según el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental realizado en 2019 por la entonces Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, son 12.035 las personas internadas actualmente en 162 instituciones monovalentes, de las cuales 41 de ellas son públicas. Por otro lado, el censo informó que solo 34,1% de las personas internadas no recibe visitas y que solo el 41,6% puede hacer llamadas telefónicas.

Silva Maltz es psicóloga clínica y profesional de planta del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano. Afirmó que con la exigencia de los protocolos sanitarios de la cuarentena se reforzó el doble encierro debido a la imposibilidad de que las mujeres internadas se conecten con sus allegados y reciban visitas: “Tuvimos muchos problemas para que ellas puedan comunicarse con sus familiares, no todas las mujeres tienen celular”. Para prevenir contagios por coronavirus, el equipo de profesionales del hospital es testeado cada 15 días, pero en el caso de las pacientes se les impide hacer salidas al exterior y pasar mucho tiempo en el patio de la institución.



“Hoy la única respuesta que el Estado le da a las personas con discapacidad psicosocial es el encierro», dice Fernández.

Otro de los puntos importantes que manifiesta la ley es la integración de los pacientes internados a través de casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, y emprendimientos sociales. “Radio Desate” es un ciclo de microprogramas radiales, mediante el cual las mujeres que se encuentran internadas en el Hospital Moyano pueden participar de una actividad grupal. “Es un espacio que hemos creado con un sentido que es poder, por un lado, mitigar tantos prejuicios en relación a la salud mental, y por el otro que se conozca esta problemática a partir de mujeres que piensan, que sienten, que crean, que tienen criterio, con sensibilidad social, preocupadas por las cuestiones cotidianas, la problemática de género, los derechos humanos y la salud mental”, explica Maltz, creadora del proyecto.

Pero sin duda, la falta más grave de la ley se da en relación a la vulneración de los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Abusos sexuales, maltrato físico y psicológico, falta de higiene y hacinamiento, salas de aislamiento, el uso de terapias de electroshock que aún se da en algunas instituciones y el sometimiento a la medicación como castigo son algunos de los agravios que los pacientes viven en el encierro. A esto se le suma la desconexión con el mundo exterior, la falta de comunicación e integración social de un sistema que no protege completamente a la gente que asiste. “La violación de derechos está en que una persona viva aislada de la comunidad”, asegura Fernández.

Aun así, la Ley Nacional de Salud Mental ha avanzado en la implementación de algunos de sus artículos. Uno de estos progresos fue la creación de la Unidad de Letrados, un grupo de abogados que trabaja en los hospitales psiquiátricos de la Ciudad de Buenos Aires, y que tiene como objetivo proporcionar defensa y asistencia gratuita a mayores de edad internados sin su consentimiento. Asimismo, se formó el Órgano de Revisión, encargado de monitorear el cumplimiento de la ley y el respeto de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Actualmente, 12 provincias cuentan con órganos similares. Pero sobre todo, hacer de la salud mental y los derechos humanos de las personas internadas un tema de agenda fue uno de los avances más importantes de la ley.



«Entre otras cosas, falta la aplicación del 10% del presupuesto de Salud en Salud Mental», subraya Raggi.

“Aún queda mucho por hacer -explica Raggi-, falta la reconversión de muchos hospitales monovalentes, la aplicación del 10% del presupuesto de Salud en Salud Mental, falta la creación de mayores dispositivos de medio camino, la creación de salas de internación de salud mental en los hospitales generales, todo lo que para este año 2020 ya tendría que haber existido”. Entre las propuestas que exigen las diferentes asociaciones civiles se encuentra la necesidad de producir información transparente sobre las personas internadas, el fortalecimiento del primer nivel de atención, la garantía de tratamientos ambulatorios y el acceso a la medicación. Por ello, la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial significa generar mayor inversión en políticas de salud y de vivienda. Además, se busca permitir su participación en la política pública para terminar con las estigmatizaciones y permitir su integración a la comunidad como sujetos de derecho.