

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO

FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES Y CIENCIA DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TALLER DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Tutora: Silvina Rosales

Título del trabajo:

Experiencias del personal de enfermería, en el cuidado del adulto joven con alteración mental grave en la Unidad de gestión y medicina de urgencia, del Hospital público de la ciudad de Comodoro Rivadavia.

Presentado por:

Adriana Cayo

diciembre de 2025, Comodoro Rivadavia, Chubut.

INDICE

AGRADECIMIENTOS-----	I
RESUMEN-----	II
ABSTRACT-----	III
INTRODUCCION-----	1
DESARROLLO-----	2
CAPITULO I: Dimensión Epistemológica	
I.1- Área Temática-----	2
I.2- Línea de investigación-----	7
I.3- Objeto de investigación-----	10
I.4- Preguntas al problema-----	10
I.5- Fuentes del objeto-problema-----	10
I.6- Estado del arte-----	11
I.7- Marco Referencial/conceptual/teórico-----	22
I.8- Objetivos de la investigación-----	34
I.9- Relevancia Académica-----	34
CAPITULO II: Dimensión Estrategia General	
II.1- Tipo de diseño-----	36
II.2- Población de estudio-----	37
II.3- Selección de muestras /casos-----	37
II.4- Criterios de selectividad-----	38
II.5- Aspectos éticos y bioéticos-----	39
CAPITULO III: Dimensión de las técnicas de la recolección y análisis de la información	
III.1- Cartografía social-----	40
III.2- Técnicas recolección de datos-----	41
III.3- Análisis de datos:	
Codificación-----	42
Matriz de datos-----	43

Categoría análisis-----	79
Convergencias-----	81
interpretación de las convergencias-----	84
Recontextualización-----	101
CONCLUSION-----	103
BIBLIOGRAFIA-----	104
ANEXOS-----	108

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer desde lo mas profundo de mi corazón a Dios, porque siempre fue mi fortaleza a todas mis dificultades y me dio esa fuerza para seguir adelante año tras año.

Agradecer a mi tutora Silvina Rosales por la paciencia con la que pudo sostenerme, la comprensión, tiempo y dedicación en hacer posible este proyecto de investigación.

A mi jefa de enfermería Alicia Calderón y compañeros de urgencias por el apoyo y aliento día a día para poder llegar al objetivo de terminar mi tesis de investigación.

Y a mi familia por estar siempre ayudándome con su comprensión y amor, entender que a veces lograr ciertas metas implican sacrificios. A todos ellos mis mas sinceros agradecimientos.

RESUMEN

El presente proyecto de investigación tiene por objeto comprender las Experiencias del personal de enfermería, en el cuidado del adulto joven con alteración mental grave en la Unidad de gestión y medicina de urgencia, del Hospital público de la ciudad de Comodoro Rivadavia, la metodología de investigación aplicada en este estudio fue cualitativa mediante la utilización de instrumentos como preguntas abiertas semiestructuradas a los profesionales de enfermería de los servicios de urgencias, las cuales consta de 15 preguntas a 5 informantes. Los resultados obtenidos han demostrado el valor de la experiencia del enfermero antiguo quien a través de sus conocimientos ha podido generar información para la atención y cuidado de estas personas, debido a la falta de capacitaciones referidos al tema, a su vez el descontento por ciertas falencias que se presentan en el quehacer diario, esta información se detalla con mayor precisión en la matriz de datos y la interpretación de las convergencias. En cuanto a la conclusión general podemos decir que si bien existen problemáticas específicas en el ámbito profesional que podrían poner en riesgo los cuidados de enfermería, el profesional es capaz de contener y adaptarse al contexto en el cual trabaja sin perder el eje central del cuidado integral.

El proyecto de investigación se divide en tres dimensiones que permiten la organización del trabajo.

Palabras clave: experiencia, enfermería, adulto joven, salud mental, empatía, cuidado integral.

The purpose of this research project is to understand the experiences of nursing staff in the care of young adults with severe mental disorders in the Emergency Management and Medicine Unit of the Public Hospital of the city of Comodoro Rivadavia, the research methodology applied in this study was qualitative through the use of instruments such as semi-structured open questions to nursing professionals of emergency services, which consists of 15 questions to 5 informants. The results obtained have demonstrated the value of the experience of the old nurse who through his knowledge has been able to generate information for the care and attention of these people, due to the lack of training on the subject, in turn the dissatisfaction with certain shortcomings that occur in the daily work, this information is detailed with greater precision in the data matrix and the interpretation of the convergences. Regarding the general conclusion, we can say that although there are specific problems in the professional field that put nursing care at risk, the professional is able to contain and adapt to the context in which he or she works without losing the central axis of comprehensive care.

The research project is divided into three dimensions that allow the organization of the work.

Keywords: experience, nursing, young adult, salud mental, empatía, cuidado integral.

INTRODUCCION

El presente proyecto tiene por objeto conocer las “experiencias del personal de enfermería en el cuidado del adulto joven con alteraciones mentales graves, en la unidad de gestión y medicina de urgencias, de hospital público, Comodoro Rivadavia 2025.”

En él se desarrolló el Capítulo I: Dimensión Epistemológica de un objeto problema que se tomó para poder investigar y hace referencia al área temática que corresponde a las experiencias del personal de enfermería, y la línea de investigación que se eligió es El profesional de enfermería y la gestión del cuidado Además se realizó una investigación de diferentes artículos relacionados al tema como las Teorías que lo sustentan; los objetivos generales y su relevancia académica entre otras.

Asimismo, se desarrolló el Capítulo II: Dimensión de la estrategia general que para esta investigación es cualitativa de acuerdo al fenómeno de estudio, en el cual veremos la población de estudio, su tipo de diseño y las implicancias legales.

Por último se trabajó el Capítulo III: Dimensión de las Técnicas de la recolección y análisis de la información, en donde se realizó un trabajo minucioso con cinco entrevistados, a los que se realizó un total de quince preguntas, de esas preguntas se realizó reducciones, categorías de análisis, y a partir de ello se agruparon las que tenían un mismo eje, se realizaron sus respectivas convergencias, la interpretación de cada una de ellas articulado con artículos científicos del estado del arte y las Teorías de enfermería que lo sustentan ubicadas en el marco teórico de la primera dimensión. Y se realiza una recontextualización de los investigado. Por último se realiza una conclusión general de todo lo expuesto.

DESARROLLO

CAPITULO I: DIMENSION EPISTEMOLOGICA

1- AREA TEMÁTICA

Enfermería de urgencia en el cuidado a personas con alteración mental grave:

La salud mental según el Ministerio de Salud se define como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. El último estudio realizado por la OMS sobre este tema calculó que para el año 2020, las enfermedades mentales y neurológicas explicarán el 15% del total de años de vida perdidos por discapacidad del mundo, y que nuestro país presenta una de las prevalencias de patologías más altas, junto con Estados Unidos. En relación con los grupos etarios, el cálculo de la carga global de enfermedades para los países americanos de ingresos medios y bajos, como Colombia, muestra el impacto de estas en la población joven de 15 a 29 años. Sin duda se hace esencial la presencia del personal de enfermería en este equipo ya que como afirma Esguerra “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, además por ser la enfermera la persona que permanece por más tiempo cerca del paciente, es la llamada a intervenir prontamente ante el desencadenamiento de una crisis, o ante una situación de enfermedad, de hospitalización o de muerte. Dada la frecuencia con que se dan estas situaciones de crisis y la necesidad de atender integralmente a la persona, se hace necesario contar con profesionales preparados en el área capaces de intervenir oportuna y eficazmente (14). Con respecto a este tema se evidencian deficiencias en la calidad de la atención de estos pacientes cuando ingresan a los servicios de urgencias y hospitalización de instituciones de primer nivel de complejidad o en aquellas que no se especializan en el campo de la psiquiatría, este fenómeno está dado por la existencia de barreras culturales, sociales, de igual forma a nivel gubernamental la no destinación de presupuesto necesario para la atención de las enfermedades que afectan la salud mental, carencia de infraestructura adecuada o insuficiente, escasez de personal capacitado y retrasos en la atención derivados de un sistema de salud desbordado.

Es por ello por lo que las unidades de salud mental son reducidas, y es frecuente encontrar en los servicios de urgencias de las instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas pacientes durante varios días esperando una cama en una unidad de salud mental. En dichos servicios, debido a las dificultades como la permanente vulnerabilidad funcional, se ven forzados a tenerlos inmovilizados para disminuir los riesgos de auto o heteroagresión, lo cual en muchas ocasiones se convierte en un factor de mayor posibilidad de eventos adversos, al igual que genera en el paciente una sensación de malestar y rechazo frente a su tratamiento. Esta actuación del personal de salud tiene unas connotaciones éticas y legales muy importantes, por la situación de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra el paciente. Es precisa una especial sensibilización de los profesionales con el procedimiento técnico, la indicación, la información adecuada al paciente y familia y el cuidado de la persona atendida. Es importante señalar que en algunas instituciones prestadoras de servicios de salud el personal de enfermería se encuentra con la necesidad de tener una ruta o protocolo de atención, para dirigir su actuación en el momento de recibir pacientes con enfermedad mental ya que existe desorientación en este tema, y esto influye de una manera negativa en su proceso de recuperación. el manejo del paciente con descompensación de enfermedad mental en las instituciones de salud se realiza con base en los protocolos y guías establecidos para tal fin en los servicios de urgencias y hospitalización, los más comunes en su orden son: la contención verbal, contención farmacológica, contención mecánica – física. A continuación, se describen. La contención verbal es la aproximación no coercitiva que puede ayudar a controlar algunos trastornos de conducta, atenuar el nivel de activación y evitar una potencial agitación psicomotriz. El abordaje verbal tiene como finalidad controlar la situación disminuyendo la ansiedad, hostilidad y agresividad y prevenir así posibles ataques. La contención farmacológica que son medidas adoptadas ante estados confusionales o alteraciones conductuales que supongan un peligro para el paciente o su entorno. Su uso queda indicado en el momento que el abordaje verbal no sea eficaz o suficiente frente a la conducta del paciente, su objetivo no es la sedación profunda sino conseguir un grado de sedación suficiente que permita el manejo adecuado de las situaciones que le rodean, para lo que debe emplearse la dosis mínima eficaz que suponga el menor riesgo para el paciente. La contención mecánica es la limitación intencionada y en beneficio del paciente (es parte de un tratamiento) de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad, o al normal acceso a cualquier parte de este, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad.

La demanda de atención psiquiátrica urgente está tomando cada vez mayor fuerza, especialmente en los hospitales generales, por lo cual es indispensable que el personal de los

servicios de urgencias tenga una formación que responda a estas exigencias, los manuales diagnósticos, la psicofarmacología y la palabra, son herramientas de las que disponen los equipos asistenciales en las instituciones hospitalarias. Se debe realizar en el abordaje de la urgencia psiquiátrica trascendiendo la presentación superficial de los síntomas y teniendo en cuenta al sujeto del inconsciente, reconociendo que la superación de la crisis por medio de una intervención del cuerpo biológico no es suficiente.

Las principales intervenciones realizadas por el personal de enfermería fueron la administración de medicamentos, el aseo e higiene del paciente, el control de reposo / sueño, en cambio, no se cumplieron de manera correcta, el apoyo emocional, la consejería especializada de enfermería, la estrategia contra la ansiedad, la ejecución de ejercicios físicos y relajación, ni el test de conocimiento sobre la enfermedad. Se requiere de manera urgente un programa para mejorar la atención de enfermería a pacientes con enfermedades mentales leves, para fortalecer las intervenciones inherentes al apoyo emocional, consejería especializada y control de la ansiedad. Esta necesidad de un cuidado centrado en las necesidades del paciente y no en la enfermedad ha sido estudiada por diversos autores a nivel mundial. En 2021 López y Nova estudiaron la “Relación de las intervenciones de enfermería en el cuidado de la salud mental frente a los compromisos del modelo de la marea de Phil Barker en Bogotá Colombia”, encontraron que las intervenciones servicios de salud mental de enfermería son asistenciales y se logró identificar que los profesionales de enfermería aplican los compromisos del modelo de la marea de Phil Barker por medio de las intervenciones, las cuales influyen de manera positiva en la recuperación de la persona con alteración mental.¹

Una de las conclusiones a que llegaron Labrador y Crespo (1993), en una investigación sobre estrés, fue que diferentes personas reaccionan de distinta forma ante un mismo hecho y lo perciben de diferente manera. Ello depende de la valoración que el sujeto realiza del suceso y no de las características del acontecimiento. La valoración que realiza el sujeto de la situación como amenazante o fácil de controlar depende de la relación que el sujeto establece entre la demanda de la situación y su percepción de las propias estrategias de afrontamiento.

Las continuas respuestas de estrés ante situaciones laborales pueden justificar diversos síntomas o conductas que los profesionales muestran. La más conocida, entre los profesionales de

¹ <http://repository.unac.edu.co/handle/123456789/1277>

enfermería, es el síndrome de Burnout, que consiste en un sentimiento negativo en relación con el trabajo, con los compañeros y con los sujetos que demandan la atención profesional, además de una sensación de agotamiento emocional.

Las estrategias de afrontamiento pueden definirse como las actitudes, comportamientos e incluso pensamientos que las personas utilizan para responder, de la forma más adecuada posible, a la demanda de una situación. Lazarus y Folkman (1986) la definieron como *procesos cognitivos y conductuales*³ que las personas desarrollan para dar respuestas a las demandas de diferentes situaciones. Desde este punto de vista pueden existir estrategias de afrontamiento más saludables o beneficiosas y respuestas más disfuncionales, en la medida en que no ayudan a que el profesional se perciba satisfecho.

La enfermería de Salud Mental realiza un trabajo específico y en el que, en la medida en que su actuación se desplaza hacia abordajes de procesos mentales, también se hace necesario un trabajo personal en la propia salud mental. Las estrategias de afrontamiento que las enfermeras de salud mental ponen en juego en su práctica diaria deben ser saludables, pues éstas deben ser transmitidas, en la medida de lo posible, a los pacientes y familiares para el afrontamiento de la enfermedad, de las dificultades o de las incapacidades.²

Según la OMS, el afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para manejar situaciones que han sido evaluadas como potencialmente amenazantes o estresantes. Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que muchas veces exceden los recursos de la persona.

El afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández & Díaz, 2001; Pearlin & Schooler, 1978).

“Folkman y Lazarus señalan que el afrontamiento es un proceso cambiante, puede variar a lo largo del tiempo con fines de adaptación” (Banda, Ibarra, Carbajal, Maldonado, De los Reyes, Montoya, 2017).³

² https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000300003&script=sci_arttext

³ <https://repository.ucc.edu.co/items/30d778ce-5eed-4612-be66-8bfd37bbff7>

La salud física y mental de las personas trabajadoras, se encuentra íntimamente relacionada con características del entorno en el cual se desenvuelven y no sólo por los llamados riesgos del trabajo, sino además por factores de tipo social y por el acceso que tengan a los servicios de salud (OMS, 2007). De hecho, como menciona la Organización Panamericana de la Salud (OPS), citado por el Ministerio de Salud (2012), “el ambiente constituye el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico de los grupos humanos, donde existen complejas relaciones de determinación y de condicionamiento”. Es por lo anterior que, al indagar en situaciones asociadas a la salud ocupacional no debemos olvidar que todos y todas deberíamos gozar del más alto estándar de salud física y mental así como de condiciones de trabajo favorables, tomando en cuenta que estos entornos no pueden convertirse en elementos que perjudiquen la salud ni el bienestar, por lo que la prevención primaria de los riesgos debe constituirse en el foco de atención de las empresas e instituciones (OMS, 2007). El entorno globalizado, ha generado transformaciones importantes en los estilos y hábitos de vida ya que, como mencionan Orgambidez, Pérez, y Borrego (2015), “el fin del siglo XX y principios del XXI se han caracterizado por contextos socio económicos turbulentos, lo que ha propiciado un aumento de los estresores psicológicos en el trabajo”. Lo anterior ha traído como consecuencia un notable cambio en el perfil de las enfermedades y accidentes laborales, donde los factores psicosociales han tomado un rol protagónico “por el incremento de la frecuencia con que aparecen implicados en el origen de las bajas laborales, ocasionadas por problemas de salud con origen en el trabajo, o la accidentabilidad laboral” (Gil, 2012).⁴

El personal de enfermería del servicio de urgencias se ve actualmente en la delicada tarea del cuidado de todo tipo de patologías, que cada vez van en aumento debido al contexto socioeconómico que nos afecta, en esta variedad vamos hacer hincapié al paciente adulto joven con alteraciones mentales y del cual surge nuestro objeto de estudio, es decir conocer nuestra capacidad de afrontamiento como profesional enfermero ante el cuidado del mismo y de como abordar al paciente da salud mental en crisis.

2- LINEA DE INVESTIGACION

El Personal de enfermería y la gestión del cuidado

⁴ <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/37d4055c-7597-41b1-a391-bbb8120a198d>

Entre el 10% al 20% de las urgencias hospitalarias son urgencias psiquiátricas (Cazalla, 2010). La enfermedad mental posee un grado alto de comorbilidad a tóxicos muy alto (Torres, 2007). Durante la práctica clínica diaria, en los centros de urgencias, el profesional de enfermería atiende a pacientes con síntomas mentales y signos conductuales (Esteve, Martí, y Revuelta, 2013). Dichos síntomas ponen de manifiesto un trastorno psiquiátrico o neurológico, que exige de una rápida intervención del equipo multidisciplinar (Rojas, 2007). Para la toma de decisiones que permitan hacer frente a las diferentes urgencias psiquiátricas, el profesional de enfermería necesita valorar de manera correcta cuales son las necesidades del paciente (Climent et al., 2011). Por lo general las urgencias psiquiátricas más comunes son, el paciente violento, el paciente suicida y el paciente ansioso (Orrego, 1995). Siendo el paciente violento el más difícil de tratar en los servicios de urgencias (Pinilla, 2012). Existe un miedo injustificado, tanto por la sociedad como por el personal sanitario hacia el paciente psiquiátrico, que motiva en ciertas ocasiones a la segregación injustificada de estos pacientes, haciendo en ocasiones que un paciente en seguimiento por los servicios de salud mental que acuda a urgencias por un proceso febril sea ingresado en la planta de salud mental sin estar justificado dicho ingreso (Paredero et al., 2009) Este miedo injustificado ha conllevado un abuso de la contención mecánica y debemos de restringir esta herramienta a aquellos casos en los que sea indispensable (Seone, Alava, Blanco, y Díaz, 2005). Se hace necesaria una valoración del paciente de calidad por parte del personal de enfermería, ya que de ella surgirán las diferentes intervenciones a realizar sobre nuestro paciente, así como datos importantes que serán de utilidad para el equipo de salud mental (Fornés, 2001). Las intervenciones de enfermería en el manejo de los pacientes con trastorno mentales deben de fijarse de manera individualizada después de una valoración exhaustiva de enfermería, donde deben de tenerse en cuenta multitud de factores (Fornés, 2001). Se hace necesario un protocolo de actuación enfermera donde se ponga de manifiesto la importancia de una actuación rápida y que reduzca el miedo que existe hacia el paciente con enfermedad mental (Pinilla, 2012). Se hace preciso establecer una pauta de atención al paciente psiquiátrico basando nuestro juicio en una evaluación inicial de enfermería eficiente. Dicha evaluación ha de constar de una entrevista con nuestro paciente y sus familiares, un reconocimiento del estado mental en que nuestro paciente acude a nuestra consulta de triage, así como de un reconocimiento del estado físico-neurológico del paciente, por último se hace indispensable las oportunas pruebas de laboratorio, haciendo hincapié en una analítica de tóxicos, donde podemos recopilar información de un posible incumplimiento del régimen terapéutico (si el paciente está siendo tratado) o bien de una posible intoxicación, en caso de que el paciente aun no esté siendo tratado por psiquiatría (Seoane, et al. 2005). La entrevista con la familia es una pieza

clave de nuestra valoración, haciendo preguntas sobre el estado actual del paciente, los motivos por lo que acuden a urgencias y las medidas que han tomado para modificar la conducta del paciente, así como la duración en el tiempo del comportamiento errático de nuestro paciente (Climent et al., 2011). La entrevista con nuestro paciente debe de ser adaptada a su situación emocional, debe de ser corta, explicando al paciente y los familiares que las medidas a tomar están encaminadas a disminuir el nivel de la urgencia que los motivo a acudir a nuestra consulta y no pueden ir encaminados a solventar el problema ya que esto requiere de más tiempo (Rojas, 2007).⁵

El cuidado de enfermería en pacientes con alteraciones mentales es un campo vital que enfrenta múltiples desafíos. Las barreras que se presentan en este contexto pueden incluir estigmas sociales, falta de recursos, y carencia de formación especializada para el personal de salud. Estas limitaciones no solo impactan la calidad de la atención, sino que también influyen en la experiencia del paciente y su proceso de recuperación. A pesar del compromiso de los profesionales de enfermería, existen deficiencias en su formación sobre salud mental, lo que limita la calidad de atención. Muchos de los enfermeros expresan inseguridad y estrés debido a la carga laboral y la falta de recursos, lo que afecta las relaciones terapéuticas y la experiencia del paciente. La estigmatización de los trastornos mentales y la falta de apoyo familiar agravan la situación. Conclusiones: El cuidado de enfermería hacia pacientes con alteraciones mentales es un proceso fundamental y multifacético que enfrenta múltiples desafíos. La presencia de estigmas asociados a las enfermedades mentales, junto con la falta de recursos humanos y materiales, obstaculizan la capacidad de las enfermeras para proporcionar una atención óptima y construir relaciones de confianza. Además, la falta de capacitación especializada en salud mental entre los profesionales de enfermería limita la calidad del cuidado ofrecido, influenciado también por las características sociodemográficas tanto de los enfermeros como de los pacientes. A pesar de estos retos, la habilidad para establecer relaciones terapéuticas sólidas, apoyadas por una comunicación empática y trabajo en equipo, potencia la recuperación del paciente y enriquece la experiencia profesional de las enfermeras. Es crucial, por lo tanto, priorizar la formación y mejorar las condiciones laborales en las instituciones de salud mental para garantizar una atención de calidad.⁶

Las habilidades sociales forman un conjunto de estilos y hábitos de relación que permiten mantener un nivel adecuado de relación interpersonal. Las habilidades sociales permiten que una

⁵ <http://www.formacionasunivep.com/cice2016/files/LIBRO%20INTERVENCION.pdf#page=82>

⁶ <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/756296f9-0167-4d1c-b548-443e9c95b1c6>

persona se relacione de manera constructiva con los demás: un déficit en este tipo de habilidades tiene consecuencias negativas en el ámbito social y más concretamente en el laboral.

Las habilidades sociales están en continuo cambio y evolución y se van conformando a través del aprendizaje que se va adquiriendo con las propias experiencias y con la observación de otros comportamientos. Habilidades como el saber trabajar en equipo, comunicarse de una manera correcta y rápida, saber escuchar, tener empatía con la gente, ser asertivo dentro de la institución y en la sociedad, poseer distintas competencias, tener un control emocional, entre otras.

Por consiguiente, la persona que domine y entrene las habilidades personales y sociales tendrá el éxito garantizado tanto personal como profesionalmente.⁷

El afrontamiento al estrés laboral por parte de los profesionales de salud es un pilar muy importante debido a que permitirá aprender y desarrollar estrategias para poder mantenerse en contacto con otras personas y a las cuales se pueden sumar un buen número de horas de descanso, la alimentación balanceada y limitar la exposición a los medios de comunicación, además de practicar técnicas de relajación (11). Así casos de personas que tengan síntomas significativos se recomiendan acudir a un profesional.⁸

3- OBJETO DE INVESTIGACION

⁷ https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_en|lang_es&id=KYZ3EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=comunicaci%C3%B3n+efectiva+y+trabajo+en+equipo+fernandez+balmon&ots=eHnbRUYNib&sig=57U1NE_w8JUKAdwEjKKaON6aZE

⁸ <http://hdl.handle.net/20.500.14074/4209>

Experiencias del personal de enfermería, en el cuidado del adulto joven con alteración mental grave en la Unidad de gestión y medicina de urgencia, del Hospital Regional, Comodoro Rivadavia, 2025.

4- PREGUNTAS AL OBJETO PROBLEMA

- ¿Cuáles son las experiencias del personal de enfermería de guardia en el cuidado de pacientes con alteraciones mentales graves?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento del personal de enfermería para el cuidado a personas con alteración mental grave?
- ¿Cuál es la importancia que le asigna el personal de enfermería al desarrollo de estrategias de afrontamiento para el cuidado de las personas con alteraciones mentales graves?
- ¿Cuál es el aprendizaje durante el proceso de atención a las personas con alteración mental grave?
- ¿Cuáles son las características del cuidado a pacientes con alteración mental grave en urgencia?

5- FUENTES DEL O-P

La motivación que lleva a abordar este tema fue poder identificar las diferentes experiencias del personal de enfermería, en su capacidad de afrontamiento ante el cuidado de pacientes con alteraciones mentales en el servicio de urgencias. Considero relevante las estrategias que puedan emplear los profesionales de enfermería, ya que esto de ser bien utilizadas provocarían un efecto protector y un fortalecimiento sobre el equipo de trabajo y en el quehacer diario del enfermero, además de generar un clima laboral adecuado, en el cual las relaciones interpersonales son importantes para brindar un plan de cuidados eficiente. En este contexto socioeconómico crítico se observa un aumento en la atención de pacientes adultos-jóvenes con deterioro en su salud mental, que ingresan día a día en el servicio de urgencias, en el cual el personal de enfermería debe

organizar sus cuidados, incluso en momentos de brote psicológico, agresiones físicas y verbales, tratando de cuidar al otro y cuidarse a si mismo a la vez.

6- ESTADO DEL ARTE

Salazar Sánchez, 2021. Actualmente los trastornos mentales se han incrementado a nivel global, siendo los más prevalentes: la depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas. En este sentido es importante señalar que la población joven es quien se encuentran más afectada en edades de 15 a 29 años, lo que genera aumento de la discapacidad a nivel mundial. En Colombia en el 2018 existían 1918 entidades con servicios habilitados de psiquiatría, de los cuales el 12.6% corresponden a instituciones con servicio de hospitalización y cuidados agudos. La oferta de unidades de salud mental es inferior a la demanda que presenta el país en la actualidad, y genera saturación de los servicios de urgencias de instituciones no especializadas en el campo. La intervención de enfermería en salud mental está respaldada en diferentes modelos y teorías, uno de ellos el **modelo de la Marea de Phil Barker**, que propone 10 compromisos que son la guía para que el personal de enfermería pueda comprender las necesidades de una persona con alteraciones en su salud mental. Los cuidados de enfermería que le brindan al paciente con alteraciones mentales en el servicio de urgencias basados este modelo , son la escucha de sus necesidades, utilización de un lenguaje claro y sencillo; una minoría hacen juicios de valor al discurso, el tiempo dedicado a la atención por turnos a los pacientes es de 1 a 10 minutos; sin embargo, estos cuidados se dan de manera empírica, ya que no conocen el modelo, y su atención se basa en órdenes médicas y se centra en las necesidades fisiológicas.

<http://repository.unac.edu.co/handle/123456789/1277>

Quiroz A., (2024). En la última década el personal de enfermería enfrenta el reto de intervenir terapéuticamente a personas con crisis, que requieren atención en el servicio de emergencia, donde los profesionales debido a la falta de capacitación, actualización y protocolización para la atención de estos pacientes, origina gran variabilidad clínica con respecto a la farmacoterapia, medidas de apoyo que faciliten el control del comportamiento agitado y la resolución de las crisis. Por estas consideraciones expresadas se ha creído conveniente realizar la Revisión Crítica titulada Intervenciones de Enfermería a Personas en Crisis que acuden al Servicio de Emergencia con el objetivo de identificar intervenciones en enfermería en las personas en crisis que acuden al servicio de emergencia con la metodología EBE (Enfermería Basada en Evidencias),

llegando a formular la pregunta clínica PS: ¿Que intervenciones puede realizar una enfermera en personas que con crisis llegan al servicio de emergencia? En cuanto a la revisión bibliográfica de las cuales solo 1 logró pasar el filtro de Gálvez Toro, eligiéndose la guía titulada Intervención en Crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas. Como resultado a nuestra pregunta clínica se halló que la guía aporta diversas sugerencias basadas en la evidencia y así mismo recomienda realizar estrategias de creación y de evaluación logrando el éxito de las intervenciones.

<https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/8231>

En el presente trabajo de **Hernández-Mendoza (2007)**, se muestran diversas estrategias de afrontamiento ante el estrés de las enfermeras, así como la pertinencia, aplicabilidad y ejemplos para promover su realización, tomando en cuenta las condiciones ambientales, la flexibilidad de horarios, enriquecimiento en el puesto de trabajo, estructura organizacional, incentivación, estilos de dirección, grupos semiautónomos de trabajo; que son indispensables para poder realizar las estrategias de afrontamiento clasificadas en los siguientes rubros: adquisición de destrezas, modificación de los procesos cognitivos y adquisición de nuevas habilidades. Con esta información se pretende la difusión de las estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras, debido a las características de su actividad, se enfrentan cotidianamente a múltiples situaciones estresantes que demandan en ellas una acción rápida y eficaz, que propicie el menor riesgo para el paciente, familiares y equipo multidisciplinario con el cual trabajan. Por lo que se recomienda que las enfermeras que laboran en el ámbito hospitalario por lo menos realicen la estrategia de grupos semiautónomos de trabajo, para liberar el estrés generado, fortalecer las redes de trabajo y organizar las actividades y responsabilidades a nivel individual y grupal. Aplicando lo anterior, se pueden evitar consecuencias negativas en su lugar de trabajo, disminuyendo el ausentismo, incapacidades, conflictos laborales, problemas de salud, tales como, gastritis, úlceras, migraña y padecimientos crónico-degenerativos a largo plazo, además de costos económicos, repercusiones sociales y familiares.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073h.pdf>

Perea-Baena, (2008), mencionan que los profesionales de enfermería de salud mental trabajan principalmente con la palabra. El conocimiento y uso adecuado de estrategias de afrontamiento adaptativas, ante los problemas, favorece su trabajo. Este estudio tiene como

principales objetivos: conocer las estrategias de afrontamiento que usan un grupo de profesionales de enfermería y comprobar cuáles de ellas correlacionan con satisfacción laboral. Para ello se tomó como población las enfermeras de salud mental de tres servicios del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. La muestra, compuesta por 44 sujetos, ha supuesto el 81,48 de la población. Las variables estudiadas se han obtenido de la contestación de autoinformes y cuestionarios anónimos tras la aceptación voluntaria de participar en el estudio. Los resultados ponen de manifiesto que las enfermeras de salud mental no usan en su mayoría estrategias adaptativas. No obstante existe una correlación positiva entre el uso de estrategias adaptativas, principalmente resolución de problemas y satisfacción laboral. Estos hallazgos sugieren la necesidad de formación y entrenamiento en el uso de estrategias de afrontamiento.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000300003&script=sci_arttext

Gancedo, Yurena; 2020. El estrés es frecuente en multitud de situaciones, y todo el mundo lo experimenta en ocasiones. Por ello, la forma en que se responde ante el mismo es de gran relevancia. Las formas en que se puede responder constituyen las distintas estrategias de afrontamiento, que resultan fundamentales a la hora de enfrentar situaciones estresantes. La literatura recoge cómo el empleo de distintas estrategias puede conllevar resultados muy diferentes. Así, se ha comprobado que funcionan como moderadores entre distintas situaciones estresantes y el bienestar de los individuos en términos de salud mental. Se plantea el estudio de la relación entre distintas estrategias de afrontamiento que los individuos suelen emplear y el estado de salud mental de los mismos. Para ello, se parte de una aproximación multidimensional de las estrategias de afrontamiento, combinando los dos principales métodos de clasificación que se suelen emplear. Se cuenta con una muestra compuesta por 338 sujetos, con una edad media de 32.48 años ($Sd = 13.652$). Se comprueba que presentan mejores condiciones de salud mental aquellos individuos que emplean las estrategias de Análisis lógico, Búsqueda de orientación y apoyo, Resolución de problemas y Descarga emocional. Se discuten dichos resultados, así como sus implicaciones prácticas.

<https://www.researchgate.net/profile/Yurena-Gancedo/publication/>

[347330387_Relacion_entre_salud_mental_y_estrategias_de_afrontamiento/links/](https://www.researchgate.net/publication/347330387_Relacion_entre_salud_mental_y_estrategias_de_afrontamiento/links/)

[5fd9dd9f299b1408811fa98/Relacion-entre-salud-mental-y-estrategias-de-afrontamiento.pdf](https://www.researchgate.net/publication/347330387_Relacion_entre_salud_mental_y_estrategias_de_afrontamiento/links/5fd9dd9f299b1408811fa98/Relacion-entre-salud-mental-y-estrategias-de-afrontamiento.pdf)

Torres-Díaz, 2021. La emergencia sanitaria a causa de la pandemia por la Covid-19, ha generado gran impacto en la salud mental de las personas, lo que nos motiva a ahondar en la búsqueda de evidencia científica que respalde las prácticas de prevención e intervención en temas

de salud mental. La presente investigación tiene como objetivo, determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los docentes durante el confinamiento por la Covid-19; el tema es de relevancia, por cuanto permite conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por los docentes, para adaptarse a la situación actual y proteger su salud mental. El diseño investigativo se enmarca en un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo; contó con una muestra de 150 docentes de Instituciones Educativas fiscales, del área urbana de la ciudad de Loja, a quienes se les aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Cano, Rodríguez, y García (2007). Los resultados evidencian que las estrategias de afrontamiento primarias utilizadas por los docentes ante el confinamiento, son la resolución de problemas, y la reestructuración cognitiva. Se concluye que, los docentes utilizan adecuadas estrategias de afrontamiento centradas en el problema, lo que permitió una rápida adaptación al confinamiento como mecanismo de protección de su salud mental.

<https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2866>

En el siguiente artículo de **Aranda Sarvisé, L.(2023)** se hace referencia a la atención de salud mental en adolescentes desempeña un papel importante para prevenir y tratar problemas como la depresión, el trastorno de ansiedad y los trastornos alimentarios. Una adecuada atención en salud mental puede mejorar su bienestar emocional y rendimiento académico. Sin embargo, a menudo se subestima la necesidad de esta atención durante este periodo de la vida. Objetivo: Identificar información clave sobre la atención enfermera en el manejo de la salud mental en adolescentes para mejorar la intervención sanitaria. los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en su manejo. Las intervenciones de enfermería en la atención de la salud mental en adolescentes, y la necesidad de una atención enfermera adaptada a las necesidades de este grupo de población son clave para mejorar la salud mental de los adolescentes y prevenir problemas futuros, lo que a su vez tendrá un impacto positivo en la sociedad en general.

<https://zagan.unizar.es/record/155293>

Maria Macias 2012. La presente investigación propone un modelo analítico para evaluar las relaciones funcionales entre las estrategias de afrontamiento familiar, el funcionamiento familiar, las estrategias de afrontamiento individual y la inteligencia social sobre la salud mental y las cogniciones post-traumáticas de los jóvenes desplazados por la violencia sociopolítica. El primer conjunto de variables en el modelo se asume como independientes, mientras que el segundo grupo se asumen como dependientes. A partir de allí, el modelo determina qué tipo de incidencia tienen las variables independientes sobre la salud mental y las cogniciones postraumáticas. Las

relaciones fueron analizadas mediante el modelo de ecuaciones estructurales, utilizando una muestra de 212 jóvenes desplazados por la violencia sociopolítica. Los resultados analizados guardan coherencia con los antecedentes de las investigaciones dirigidas, en las que se señala que aunque se atravesasen dificultades de diferente índole, cuando los vínculos familiares son sanos, la familia es fuente de apoyo, y es un grupo que satisface las necesidades de afecto y pertenencia; además, ella también representa una fuerza motivacional para el crecimiento personal. El modelo obtenido además de fortalecer los conocimientos en el campo de la salud mental, proporciona luces sobre el camino a seguir para intervenir a nivel psicosocial la problemática de desplazamiento y fomentar en la población de jóvenes el desarrollo de recursos familiares y personales requeridos para afrontar adecuadamente las situaciones críticas, contribuyendo de esta forma con el bienestar del individuo y su familia.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=332791>

González, S. M. Q. (2022). Colombia acumula más de 9 millones de víctimas en su conflicto armado interno, de las cuales cerca de 400.000 son jóvenes. Incertidumbre y miedo, se unen a las estrategias de afrontamiento que toman en contextos de retorno o reubicación. Desde un modelo de relaciones funcionales, la presente investigación explica el papel del trauma psicosocial y las estrategias de afrontamiento individual en la salud mental de los jóvenes retornados y reubicados. El estudio se fundamenta en su estructura en un diseño ex post facto retrospectivo soportado en la estrategia de modelos rivales por medio de estadísticos multivariantes. Participaron un total de 388 jóvenes correspondientes a la muestra, que estuvieran inscritos en el Registro Único de Víctimas y que participaran en los programas de retorno y reubicación del gobierno colombiano en departamentos de la región Caribe colombiana. Como instrumentos para la recolección de información se escogieron la Escala de Trauma Psicosocial (ETAPS), Escala de estrategias de Coping- modificada (EEC-M), Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (EBP), Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (SWLS) y la Escala de Bienestar Social de Keyes (EBS). Los factores de trauma psicosocial median entre las estrategias de afrontamiento individual y los indicadores de salud mental de los jóvenes retornados y reubicados, rechazando así todas las hipótesis del modelo principal propuesto. Por esta razón, la salud mental se encuentra en un nivel esperado en la mitad de los jóvenes retornados y reubicados según la norma de corrección para esta población.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=332216>

Cerquera Córdoba (2020). El conflicto armado en Colombia ha generado por décadas afectaciones a la población. El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y entre estas y el nivel de resiliencia de una muestra de adultos jóvenes víctimas del conflicto armado colombiano. Con un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo correlacional y muestreo por conveniencia en los municipios de Bucamaranga, Piedecuesta, Girón y Floridablanca de Colombia, se trabajó con 70 adultos jóvenes (23 hombres y 47 mujeres), utilizando una entrevista semiestructurada, la Escala de Estrategias de Coping-Modificada y la Escala de Resiliencia. Respecto a los resultados descriptivos, se identificó altas puntuaciones en las estrategias de afrontamiento de apoyo social, religión, reacción agresiva y expresión de la dificultad de afrontamiento y bajas puntuaciones en las estrategias de solución de problemas, espera, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, reevaluación positiva, negación y autonomía. En cuanto a la escala de resiliencia, se evidencia bajas puntuaciones en la muestra. Por último, se encontraron correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y entre la evitación emocional con la ecuanimidad y sentirse bien solos, categorías de la resiliencia. Se discute que en esta situación de conflicto los sujetos presentan estrategias de afrontamiento no adaptativas que pueden influir en el desarrollo de trastornos psicopatológicos, al no potenciar la resiliencia.

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282020000200107&script=sci_arttext

Noguera Mena, 2021. El presente trabajo corresponde a una sistematización de experiencias de una intervención de enfermería en salud mental, posicionado desde el modelo de Sistemas de Betty Neuman, para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento del estrés. Para la sistematización de experiencias, se articuló una intervención de enfermería en salud mental, utilizando el proceso de atención de enfermería como hilo conductor, desarrollada entre el 27 de abril y el 22 de Junio del año 2018. El análisis se realizó mediante una triangulación de datos, donde se analizaron las experiencias vividas desde lo que se conoce sobre los distintos fenómenos a la luz de la teoría. Tiene como objetivo analizar las transformaciones que se presentan en el sistema cliente a la luz de las experiencias sistematizadas, del facilitador y las personas participantes, en la intervención de enfermería en salud mental para el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento del estrés en el contexto laboral de la empresa Hellman, Costa Rica. **Resultado:** Participaron 14 personas, 10 hombres y 4 mujeres, con roles de liderazgo. Los aprendizajes individuales destacados estuvieron relacionados con la mayor conciencia para la identificación de los elementos estresantes y las EA dirigidas a la emoción y al pensamiento.

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682021000100008&script=sci_arttext

Veras, I. (2020). En la República Dominicana, la salud mental dentro del sistema educativo ha recibido escasa atención y, en las ocasiones en que ha sido objeto de estudio, estas investigaciones se han centrado, en su mayoría, en los estudiantes, dejando a un lado a los docentes. Muchas investigaciones reportan el impacto del estrés docente en la calidad educativa. Este estudio consistió en evaluar el estrés docente, sus componentes y las estrategias de afrontamiento utilizadas por quienes participaron en el estudio, así como en conocer la estrategia de afrontamiento más reportada por los participantes y en analizar si existía una correlación entre los componentes del estrés docente y las estrategias de afrontamiento evaluadas. Se administró la “Escala de Estrés Docente ED-6” y la “Brief COPE” a 11 docentes de secundaria. Los resultados muestran que la estrategia de afrontamiento más reportada por los participantes fue la religión y que la desmotivación juega un papel importante en la salud mental de quienes formaron parte del estudio. A pesar de los esfuerzos constantes, aún queda un largo camino por explorar en aras de mejorar la salud mental dentro del sistema educativo dominicano.

<https://revie.gob.do/index.php/revie/article/view/17>

Martin Bruni, 2019. En la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2000 se sancionó la Ley de Salud Mental 448, en la que se reconoce a la Salud Mental “como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable” (LEY 448. GCABA). A partir de dicha definición, la normativa introduce la constitución de Equipos Interdisciplinarios compuestos por profesionales de la Psiquiatría, la Psicología y el Trabajo Social para el abordaje de los padecimientos mentales en las Guardias de Hospitales Generales de Agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales pediátricos, entre otras instituciones. Asimismo, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, incorpora el consumo problemático de sustancias psicoactivas “como parte integrante de las políticas de salud mental” (LEY NACIONAL 26.657). No cualquier persona acude o es llevada a una guardia de salud, muchos de quienes lo hacen, han sido protagonistas de un conjunto de episodios de rupturas y crisis en su trayectoria de vida. Dichos sujetos se encuentran atravesados por determinantes y condicionantes sociales que los ubican en un sector social (mayormente empobrecido) que tienen dificultades para acceder a organizaciones que promuevan atención en salud. Estas barreras de accesibilidad repercuten en la vida cotidiana de los sujetos que se expresan con diferentes marcas

tanto en sus trayectorias de vida como en sus cuerpos, demostrando así cuánta fragilidad y vulnerabilidad es capaz de soportar un cuerpo.

https://www.academia.edu/download/61192367/TRABAJOCOMPLETO_-_Alfonso_Bruni_Engelmann_-_PRESENTADO20191112-127274-1c8ckjs.pdf

Rev Lat Am Enfermagem 27 • 2019 • Desde hace varias décadas, se está reconociendo la necesidad de incluir la salud mental en las prioridades de los programas de salud pública. La promoción de la salud mental tiene especial relevancia en el lugar de trabajo debido a que este es considerado un importante factor en el desarrollo de problemas físicos y mentales. En este sentido, el número de países que han reportado enfermedades profesionales, en especial alteraciones de origen mental como la neurosis, paranoia, depresión, ansiedad, insomnio o fatiga, es creciente.

En el ámbito sanitario, la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en profesionales de la salud del servicio de urgencias hospitalario se sitúa en el 36,8% en un entorno laboral generalmente estresante que implica, entre otros, el manejo de incertidumbres diagnósticas y terapéuticas, lo cual puede producir *burnout*. La incidencia de *burnout* se ha incrementado en los últimos años y se han llevado a cabo numerosos estudios con el fin de establecer las causas y factores asociados al mismo. Así, un número creciente de estudios señalan que el género femenino incrementa el riesgo de sufrir *burnout* justificado en base a la doble presencia de la mujer en el hogar y en el trabajo, los salarios inferiores o las mayores exigencias en el trabajo.

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/xFZ3T69rWNRtkqwxjRCjqcL/?lang=es>

Rodríguez Fernández, 2023. las intoxicaciones agudas son causa de morbilidad y mortalidad en todas las edades. La primera toma de contacto de las personas intoxicadas con la asistencia sanitaria suele ser en el servicio de urgencias. El objetivo de este trabajo es identificar la mayor evidencia disponible sobre los cuidados enfermeros en el abordaje del paciente con intoxicación aguda que acude a urgencias. Como conclusión podemos decir que el perfil de la persona intoxicada es el de hombres jóvenes y personas con trastornos psiquiátricos previos. La clínica de estos pacientes se evidencia en la aparición de insuficiencia respiratoria, hemodinámica, neurológica y renal. El tratamiento favorable es la administración del antídoto. La estancia hospitalaria depende de la severidad de la intoxicación.

<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/60141>

PG Mora, 2021 Se realizó un estudio retrospectivo de tipo casos-controles. Se registraron 110 hiperfrecuentadores en el año 2017, basándonos en una definición de cinco o más visitas al servicio de Urgencias. El grupo control lo compusieron 170 sujetos que acudieron en una sola ocasión. Además del análisis descriptivo, se utilizaron las pruebas Chi cuadrado y ANOVA para identificar diferencias entre ambos grupos. Para garantizar la eficiencia del funcionamiento del Servicio de Urgencias es necesario realizar estudios específicos de Salud Mental. El propósito del estudio fue identificar y cuantificar los factores sociodemográficos, clínicos y organizativos asociados con la hiperfrecuentación de las Urgencias Hospitalarias del Servicio de Salud Mental de las tres áreas sanitarias centrales de Asturias. Los diagnósticos más prevalentes para estos usuarios eran: “Trastorno de la personalidad y el comportamiento” (F60-69) y “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” (F20-29). El motivo de consulta más frecuente era “Síntomas de ansiedad/ depresión/somatizaciones”. El destino de la urgencia más frecuente fue “Continuar seguimiento en citas programadas” y la mayor parte de las consultas se realizaron en horario de mañana y en días laborables.

Conclusiones: Los usuarios hiperfrecuentadores continúan demandando atención a pesar de tener asignados uno o varios dispositivos de la red de salud mental. Conocer sus necesidades ayudaría a mejorar la atención sanitaria y a utilizar los recursos de manera más eficiente y eficaz.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7957713>

Martin, 2024. Esta investigación parte de algunos obstáculos en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, especialmente en el primer nivel de atención y en lo relativo al manejo de urgencias, con o sin riesgo cierto e inminente. La escasez de protocolos de intervención en salud mental y la percepción de que podrían limitar la lectura singular de cada situación crítica son desafíos identificados en la práctica. No obstante, los protocolos pueden ser herramientas organizativas valoradas en circunstancias complejas. En la bibliografía se destaca la necesidad de acompañar su implementación con capacitación para evitar enfoques exclusivamente burocráticos y deshumanizados. Para abordar esta brecha, se realizó esta investigación, en la que se diseñó un protocolo de actuación en urgencias de salud mental y una capacitación acorde para el personal de salud del primer nivel de atención de un territorio del área metropolitana de Buenos Aires. El objetivo de la investigación fue evaluar su efectividad. Se utilizaron métodos cuali-cuantitativos con el fin de caracterizar las intervenciones previas a la implementación del protocolo, comparándolas con las posteriores a la capacitación y aplicación del protocolo. **Resultados:** Se

halló que su implementación favoreció respuestas más adecuadas en contextos críticos y mejoró el conocimiento acerca de las estrategias de resolución que pueden efectuarse en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, reforzando asimismo factores protectores de la salud mental de los trabajadores de la salud, tales como el acceso a una estrategia que colabore en la organización de la tarea y el trabajo en equipo.

<https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/523>

Llor-Esteban, 2020. La violencia en el trabajo está presente en muchos sectores laborales, pero en el ámbito de la salud mental los profesionales tienen un mayor riesgo por la estrecha relación que mantienen con los usuarios. El presente estudio analizó las manifestaciones hostiles de los usuarios hacia los profesionales de enfermería de Salud Mental y Urgencias de los hospitales del Servicio Murciano de Salud (SMS) en España y determinó la frecuencia de exposición a las distintas conductas violentas. Se llevó a cabo con una muestra de 518 profesionales de enfermería de cuatro servicios hospitalarios: Salud Mental, Urgencias, Hospitalización Médica y Materno-Infantil. El personal de enfermería más expuesto a la violencia fue el de Salud Mental y Urgencias. La violencia no física fue más frecuente en Urgencias y la física en Salud Mental. Entre las consecuencias de la exposición a la violencia no física se hallan el agotamiento emocional de los trabajadores y la presencia de malestar psicológico.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1889-18612017000100033&script=sci_arttext&tlng=pt

Murillo Cañón, (2018). Hablar del concepto de humanización de los servicios de salud es extraño; dado que estos mismos se encuentran dirigidos exclusivamente hacia los seres humanos; sin embargo en estos momentos se hace imperativo trabajar hacia volver más humana la atención en salud dada la tecnificación de cada uno de los procesos y procedimientos de tipo asistencial, y a la prioridad que se le está dando a que estos procesos sean cada vez más costo-efectivos, lo que se traduce en profesionales que funcionan como especie de autómatas, sobreponiendo los resultados a los aspectos de corte administrativo y financiero por encima de la esencia misma del cuidado “la persona”; esta situación hace que los profesionales pierdan el o desvíen la atención que acorde a los preceptos de la humanización. Por lo anterior el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia manifiesta que los usuarios deben ser el centro de la atención misma; por lo tanto al hablar de humanización nos está indicando que existe un problema latente de “deshumanización”; la atención de los pacientes no es lo que estos afronten la enfermedad solo desde el contexto físico; sino que se deben buscar estrategias que apunte por la recuperación de la calidez humana en el ejercicio del cuidado de las personas. Cuando hablamos de humanización se busca dar valor a cada

uno de los diferentes actores que se encuentran relacionados de forma directa o indirecta en el cuidado y la atención en salud como son: los pacientes, los distintos profesionales de la salud y el personal administrativo y logístico.

<https://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/001/2716/1/REDI-CCA-2018-35.pdf>

Ariste Mur, (2021). Somos personas y vivimos con los demás en nuestro entorno profesional y personal, trabajamos con personas, las atendemos, convivimos con ellas, necesitamos comunicarnos y no es opcional, queramos o no, nos comunicamos en todo momento de una forma verbal y no verbal. Necesitamos ser eficaces en nuestra comunicación, necesitamos de una convivencia y de una relación personal y profesional sana. Hablar es saludable y es una necesidad, cuando lo hacemos necesitamos que se nos escuche y se nos escuche bien, cuando podemos estar diciendo algo importante para nosotros y la otra persona no le presta la debida atención que se merece o se permite opinar y se permite emitir un juicio al respecto quitándole importancia a lo que estamos expresando o se interrumpe cambiando de tema, o dando su opinión personal, es una experiencia que podemos identificar con un sentimiento de orfandad, no hay conexión. Valoramos cuando la persona aprecia y se detiene prestando atención a lo que decimos.

Comprobamos la satisfacción que experimenta la persona al contar su historia y que poco conectamos con su alegría o con su dolor, se necesita detenerse, es mas fácil hablar y preguntar que escuchar y conectar con la persona, se tiene prisa por intervenir, falta cultura de escucha adecuada que de profundidad así se evitaría choques y conflictos. Saldrá a la luz una comunicación autentica, no se trata de escuchar dando la razón a nadie, sino escuchar haciendo pensar para “llegar a”

[https://books.google.com/books?](https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=2UVIEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=Somos+personas+y+vivimos+con+los+dem%C3%A1s+en+nuestro+entorno+profesional+y+personal,+trabajamos+con+personas,+las+atendemos,+convivimos+con+ellas,+necesitamos+comunicarnos+y+no+es+opcional,+queramos+o+no,+nos+comunicamos+en+todo+momento+de+una+forma+verbal+y+no+verbal.+Necesitamos+ser+eficaces+en+nuestra+comunicaci%C3%B3n,+necesitamos+de+una+convivencia+y+de+una+relaci%C3%B3n+personal+y+profesional+sana.+Hablar+es+saludable+y+es+una+necesidad,+cuando+lo+hacemos+necesitamos+que+se+nos+escuche+y+se+nos+escuche+bien,+cuando+podemos+estar+diciendo+algo+importante+para+nosotros+y+la+otra+persona+no+le+presta+la+debida+atenci%C3%B3n+que+se+merece+o+se+permite+opinar+y+se+permite+em)

[hl=es&lr=&id=2UVIEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=Somos+personas+y+vivimos+con+los+dem%C3%A1s+en+nuestro+entorno+profesional+y+personal,+trabajamos+con+personas,+las+atendemos,+convivimos+con+ellas,+necesitamos+comunicarnos+y+no+es+opcional,+queramos+o+no,+nos+comunicamos+en+todo+momento+de+una+forma+verbal+y+no+verbal.+Necesitamos+ser+eficaces+en+nuestra+comunicaci%C3%B3n,+necesitamos+de+una+convivencia+y+de+una+relaci%C3%B3n+personal+y+profesional+sana.+Hablar+es+saludable+y+es+una+necesidad,+cuando+lo+hacemos+necesitamos+que+se+nos+escuche+y+se+nos+escuche+bien,+cuando+podemos+estar+diciendo+algo+importante+para+nosotros+y+la+otra+persona+no+le+presta+la+debida+atenci%C3%B3n+que+se+merece+o+se+permite+opinar+y+se+permite+em](https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=2UVIEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=Somos+personas+y+vivimos+con+los+dem%C3%A1s+en+nuestro+entorno+profesional+y+personal,+trabajamos+con+personas,+las+atendemos,+convivimos+con+ellas,+necesitamos+comunicarnos+y+no+es+opcional,+queramos+o+no,+nos+comunicamos+en+todo+momento+de+una+forma+verbal+y+no+verbal.+Necesitamos+ser+eficaces+en+nuestra+comunicaci%C3%B3n,+necesitamos+de+una+convivencia+y+de+una+relaci%C3%B3n+personal+y+profesional+sana.+Hablar+es+saludable+y+es+una+necesidad,+cuando+lo+hacemos+necesitamos+que+se+nos+escuche+y+se+nos+escuche+bien,+cuando+podemos+estar+diciendo+algo+importante+para+nosotros+y+la+otra+persona+no+le+presta+la+debida+atenci%C3%B3n+que+se+merece+o+se+permite+opinar+y+se+permite+em)

[tir+un+juicio+al+respecto+quit%C3%A1ndole+importancia+a+lo+que+estamos+expresando+o+se+interrumpe+cambiando+de+tema,&ots=7yb-9dIKAR&sig=LtjhdM4HmKFDfM_gHB-2dkc3x9Q](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001#:~:text=El%20concepto%20de%20experiencia%20en%20Kant&text=En%20concreto%20la%20experiencia%20indica,ha%20de%20ser%20su%20contenido.)

7- MARCO REFERENCIAL CONCEPTUAL/ LOGICO TEORICO

El objeto problema a investigar se realizó en el **Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Comodoro**, el cual es un centro asistencial nivel 2 debido a su complejidad, y en el que además abarca la atención de toda la población de Comodoro Rivadavia, sin cobertura social, y con cobertura. Este servicio cuenta con un plantel de 18 agentes entre los cuales se encuentran 4 licenciados y los demás enfermeros universitarios muchos de los cuales cursando la carrera de licenciatura.

En este trabajo se abordó diferentes conceptos relacionados al objeto de investigación: Experiencia del personal de enfermería en el cuidado del adulto joven con alteración mental grave en la Unidad de Gestión y Medicina de Urgencias de Hospital Público, Comodoro Rivadavia, 2025.

El concepto de experiencia, tanto en Kant como en Hegel así como en el proceso de transformación que sufre con el paso de uno al otro, ofrece una gran complejidad. Aquí vamos a centrarnos en un solo aspecto, creo que nada marginal, a saber, la experiencia como constitutivo, como elemento o proceso constituyente del sujeto (tomado en su sentido más genérico), de forma que ella misma conforma el conjunto de condiciones de posibilidad para la apertura al mundo y la realización de nuevas experiencias, es más, es el conjunto que determina dicha apertura y la experiencia.⁹

La OMS define **urgencia** como toda situación que emplea una amenaza inmediata para la vida o salud de una persona, se puede definir como la aparición imprevista en cualquier lugar o actividad de un problema de causas diversas y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inmediata de atención por parte del paciente que lo sufre.

EL TRASTORNO MENTAL GRAVE: Los procesos de la reforma psiquiátrica iniciados en la segunda mitad del siglo XX dieron paso a un nuevo modelo asistencial que propugnaba la integración y la atención a la persona con enfermedad mental en la comunidad. Se rompía así con

⁹ https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001#:~:text=El%20concepto%20de%20experiencia%20en%20Kant&text=En%20concreto%20la%20experiencia%20indica,ha%20de%20ser%20su%20contenido.

el anterior modelo de asistencia basado en la institucionalización psiquiátrica. El paso de la hospitalización al tratamiento integrado en la comunidad planteó nuevos retos y problemas, entre ellos el conocimiento y la comprensión de la población diana y sobre la que desarrollar las políticas asistenciales. Inicialmente se adoptó el concepto de enfermedad mental crónica para definir al colectivo de personas susceptibles de aplicar la atención psiquiátrica comunitaria. El término de enfermedad mental crónica sirvió para identificar a una población que provenía de dos realidades distintas. Por un lado los individuos provenientes de los hospitales psiquiátricos, con una larga historia institucional, con graves limitaciones funcionales, con falta de soporte sociofamiliar y necesidades de protección y cuidados a todos los niveles. Para estos “viejos crónicos” la externalización de la asistencia tuvo sombras y luces. Por otro lado los individuos no institucionalizados, más jóvenes, acostumbrados a vivir en la comunidad, con un desajuste social importante, con problemas de consumo de tóxicos, baja adherencia al tratamiento y con mayores expectativas y demandas “los nuevos crónicos”.

Concepto de Trastorno Mental Grave: Una de las primeras definiciones la aporta Godman, que destaca los tres ejes fundamentales de la definición actual: trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenias, trastornos afectivos bipolares, psicosis orgánicas, etc.), que conllevan un grado de deterioro en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento laboral, social y personal, mantenido en el tiempo y que se acompaña de un cierto nivel de minusvalía lo que dificulta la integración en el entorno de forma normalizada y autónoma. Se trata de una definición amplia pero que limita el cuadro sindrómico específico, excluyendo de este grupo a otros potenciales usuarios de la red de asistencia psiquiátrica. La definición más aceptada y consensuada internacionalmente proviene del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (9): grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social.¹⁰

El modelo de Lazarus y Folkman (1984) define el afrontamiento como un esfuerzo cognitivo y conductual en constante cambio para manejar situaciones externas y/o internas

¹⁰ https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Gonzalez-Fraile/publication/256299810_Programa_psicoeducativo_para_la_reduccion_de_la_sobrecarga_del_cuidador_informal_del_paciente_con_esquizofrenia_o_trastorno_esquizotipico/links/5465ff2b0cf25b85d17f5203/Programa-psicoeducativo-para-la-reduccion-de-la-sobrecarga-del-cuidador-informal-del-paciente-con-esquizofrenia-o-trastorno-esquizotipico.pdf#page=20

específicas que se considera que exceden o abruma los recursos del individuo. A través de este modelo, hay dos tipos de afrontamiento: centrado en problemas y centrado en emociones. El afrontamiento centrado en el problema consiste en hacer frente a la situación estresante mediante esfuerzos para modificar el problema en cuestión (Carver y Connor-Smith, 2010); por lo general, incluye elementos tales como la generación de opciones de resolución, evaluar los pros y contras de las diferentes opciones, o la aplicación de medidas. El afrontamiento centrado en las emociones tendría como objetivo gestionar las emociones desadaptativas que se asocian con la situación; incluye un amplio rango de respuestas como la negación, la evitación, la autofocalización negativa y la rumiación (Lazarus y DeLongis, 1983; Meléndez, Mayordomo, Sancho y Tomás, 2012).¹¹

Aquí se aborda la atención de pacientes adultos jóvenes etapa de la vida que comprende desde los 18 años hasta los 44 años de edad, pacientes amparados por la Ley de salud Mental 26657 que establece: Art 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 ..

Uno de los logros más destacables en Argentina fue la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 en 2010. Esta legislación sentó las bases para la atención de la salud mental en el país, promoviendo la desinstitucionalización, la atención comunitaria y la participación activa de los usuarios.¹²

Por todos los conceptos mencionados es importante relacionar las teorías de Enfermería con el objeto de investigación.

Los Modelos Teóricos de Enfermería son representaciones de la realidad práctica, simbolizan los factores implicados y la relación que estos guardan entre sí. Dichas representaciones son el resultado de las diversas miradas enfermeras del proceso de cuidar e integran una serie de elementos denominados METAPARADIGMA-persona, salud, entorno y cuidado. El uso de modelos de enfermería reporta una serie de ventajas que se pueden resumir en 5:

- Señalan lo esencial en la actuación de la enfermera

¹¹ <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134793720300014&r=242#:~:text=El%20modelo%20de%20Lazarus%20y,abruma%20los%20recursos%20del%20individuo.>

¹² <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2021/12/Ley-26.657-Reglamento-Salud-Mental-Nacion.pdf>

- Definen la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad
- Identifican y clarifican la relación de la enfermera con el resto de los profesionales de salud
- Describen de manera teórica la intervención práctica de la enfermera
- Facilitan la elaboración de guías para la práctica, la investigación, la administración, y la docencia de Enfermería.

MODELO CONCEPTUAL DE LAZARUS Y FOLKMAN

El modelo transaccional de estrés y afrontamiento fue concebido por los psicólogos Richard S. Lazarus y Susan Folkman en 1984. Esta teoría afirma que un evento en sí mismo no constituye un factor estresante. En cambio, se considera estresante solo después de que la persona lo haya evaluado como dañino o amenazante dentro de los límites del entorno.

Este modelo postula que el estrés surge no solo de eventos externos, sino también de las interacciones entre las personas y su entorno. Un elemento central del modelo es el proceso de evaluación, donde las personas evalúan si una situación representa una amenaza o un desafío en función de los recursos disponibles. La evaluación primaria consiste en determinar si un evento es perjudicial, mientras que la evaluación secundaria evalúa la capacidad de la persona para afrontar la amenaza percibida.

Según Lazarus y Folkman, los tres tipos de evaluación son la evaluación primaria, la evaluación secundaria y la reevaluación. En la evaluación primaria, una persona juzga si un evento o situación representa una amenaza o un desafío. Si las exigencias superan los recursos disponibles, la persona puede percibir la situación como amenazante o perjudicial. Por lo tanto, el evento es un factor estresante. Si los recursos disponibles superan las exigencias, la situación puede considerarse un desafío y potencialmente beneficiosa. Por lo tanto, el evento no es un factor estresante.

Si la situación se considera una amenaza, se activa la evaluación secundaria. Durante esta evaluación, las personas evalúan su propia capacidad para lidiar con el factor estresante y analizan qué mecanismos de afrontamiento serían más eficaces. Las técnicas de afrontamiento incluyen evitar, minimizar, modificar o aceptar una situación estresante.

La reevaluación consiste en evaluar y modificar repetidamente las percepciones generadas durante la evaluación primaria o secundaria. En una situación continua, la amenaza percibida puede interpretarse posteriormente como un desafío. Con el tiempo, el factor estresante puede considerarse inofensivo o irrelevante. Por otro lado, los desafíos pueden volverse estresantes y convertirse en amenazas con el tiempo.¹⁸

El proceso de evaluación determina las estrategias de afrontamiento de una persona. Estas técnicas pueden centrarse en el problema o en las emociones.

El afrontamiento centrado en el problema consiste en abordar el problema o el factor estresante directamente. Implica utilizar habilidades de resolución de problemas para eliminar o minimizar el factor estresante del entorno. Esto incluye idear soluciones, sopesar los pros y los contras, y actuar.

El afrontamiento centrado en las emociones busca minimizar la angustia que suele acompañar al estrés. Abarca una amplia gama de estrategias. Las personas pueden distanciarse, culpar, desahogarse con otros, hacer ejercicio o meditar. Es más probable que las personas recurran al afrontamiento centrado en las emociones que al afrontamiento centrado en los problemas para afrontar situaciones que no se pueden cambiar.

A través del modelo transaccional de estrés y afrontamiento, el proceso de evaluación demuestra cómo los pensamientos moldean los sentimientos y, a su vez, cómo los sentimientos moldean los pensamientos y comportamientos. La determinación de una amenaza puede generar tristeza, ansiedad, miedo e ira, emociones asociadas con el estrés. Estas emociones influyen en las personas para que elijan técnicas de afrontamiento para gestionar su estrés.

Las estrategias de afrontamiento se clasifican en dos tipos principales: el afrontamiento centrado en el problema, que busca abordar directamente el factor estresante, y el afrontamiento centrado en las emociones, que busca aliviar la angustia. El modelo reconoce que las respuestas de afrontamiento pueden evolucionar con el tiempo a medida que las personas reevalúan sus situaciones, lo que destaca la naturaleza dinámica de la gestión del estrés. En definitiva, el modelo transaccional ilustra cómo las evaluaciones cognitivas moldean las respuestas emocionales e influyen en el comportamiento, ofreciendo valiosas perspectivas sobre las complejidades del estrés y los mecanismos de afrontamiento en diversos contextos.¹³

¹³ <https://www.ebsco.com/research-starters/psychology/transactional-model-stress-and-coping>

TEORIA PSICODINAMICA DE HILDERAL PEPLAU

La enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia”.

Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera/o paciente: Orientación, el individuo tiene una “necesidad insatisfecha” y precisa apoyo profesional. El enfermero/a ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita; Identificación, el paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo (relación); Explotación, el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación; Resolución, durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero/a.

Papeles de la enfermería

Peplau describe seis papeles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermera/o paciente. Papel de extraño, Peplau afirma que, es debido a que el enfermero/a y el paciente no se conocen, no se debe prejuizar al paciente, sino aceptarle tal como es. Papel como persona a quien recurrir, el enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados. Papel docente, es una combinación de todos los papeles y “procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información”. Papel conductor, el enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa. Papel de sustituto, el paciente asigna al enfermero/a un papel de sustituto. Las actitudes y conductas del enfermero/a crean sentimientos en el paciente que reactivan los generados en una relación anterior. Papel de asesoramiento, Peplau opina que el papel de asesoramiento es el que tiene más importancia en la enfermería psiquiátrica. El asesoramiento dentro de la relación se manifiesta en la forma en que los enfermeros/as responden a las demandas del paciente. Enfermería emplea principios y métodos para guiar el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales.

Conceptos meta paradigmáticos

Enfermería: Se define como “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las

comunidades”. “La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.

Persona: Peplau denomina a la persona con el término de hombre. El hombre es un organismo que vive en un equilibrio inestable.

Salud: Peplau define la salud como “una palabra simbólica que implica el avance de la personalidad y de otros procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.

Entorno: Peplau define el entorno de manera implícita como “las fuerzas que existen fuera del organismo y en el contexto de las culturas”, y de las cuales se adquieren gustos, costumbres y creencias. “Sin embargo, las condiciones generales que normalmente determinan la salud incluyen siempre el proceso interpersonal”. Es una teoría cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Esta teoría permite que los profesionales de enfermería dejen de centrarse en la atención biologicista de la enfermedad y puedan explorar los sentimientos y conductas propias y del otro, frente a la enfermedad, y le permitan ser partícipes en las intervenciones de enfermería en su cuidado. Así se logrará una relación entre enfermero y persona que permite afrontar los problemas de manera conjunta.¹⁴

LA TEORIA DE ENFERMERIA HUMANISTICA DE PATERSON Y ZDEARD

La Teoría Humanística en Enfermería fue desarrollada en 1976 por enfermeras de las áreas de Salud Pública y Salud Mental, en medio de una discusión sobre la sociedad, en cuanto a la forma y contenido de la existencia humana, siendo fundamentada en la fenomenología y el existencialismo.

La teoría de la enfermería humanística enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va más allá de un encuentro técnico entre sujeto y objeto. Sobre esta perspectiva, la enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el

¹⁴ http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732015000200012&script=sci_arttext

paciente. En la progresión lógica de la teoría, se definen los seres humanos, la salud y la enfermería. Y como conceptos, el diálogo, la comunidad y la enfermería fenomenológica. Las autoras incluso hacen uso del sobre-concepto de diálogo que son: encuentro, relaciones, presencia, llamado y respuesta.

Los seres humanos dentro de esta visión son considerados como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida: a la salud se la concibe como un estado de venir a ser, donde hasta en condiciones de adversidad el ser humano encuentra significado para vivir, por su parte la enfermería fenomenológica se define como propiciadora de esta respuesta a las necesidades del cliente, auxiliándolo en sus selecciones. La enfermería es un “diálogo vivo, una experiencia existencial vivida entre seres humanos, una búsqueda responsable, una relación transaccional, una forma particular de diálogo humano” (28). De esa manera, los elementos de estructura de la enfermería humanística se pueden describir como: “Incorporar a los hombres (paciente y enfermera) en un encuentro (ser y convertirse) dirigido hacia una meta (nutrir el bienestar y el venir a ser) en una transacción intrasubjetiva (estar con y hacer con) ocurriendo en el tiempo y en el espacio (como medidos y vividos por el paciente y la enfermera) en un mundo de hombres y cosas” (28).

En esa interacción, que va más allá del estar físicamente juntos, es que surge la oportunidad de compartir las experiencias, llevando a una intrasubjetividad, a un estar con. Para estar con, “es necesario desenvolver la comprensión donde es preciso que el orientador no se limite al papel de observador y sí que se ponga en el lugar del orientado y perciba el mundo y las experiencias como éste las percibe, penetrando en su mundo emocional” De esta manera hay un verdadero “encuentro” o un compartir. Ese momento amplía la conciencia de ambos, o sea, los que están implicados y ofrece la oportunidad de un crecimiento humano, al proporcionar un convertirse más y más. Entonces, ocurre un crecimiento mutuo, en el que ambos, enfermera (o) y paciente se transforman. El uso de este abordaje requiere coherencia y autenticidad entre el pensar y el hacer del enfermero profesional. Estas actitudes le solicitan que tenga una postura abierta y con disponibilidad para con el otro, lo que se caracteriza en una presencia genuina y un compartir verdadero. La enfermería fenomenológica es una experiencia vivida entre seres humanos. Representa una respuesta simplificadora de una persona, en este caso el enfermero (a), para otra que está necesitada. Su objetivo es el de proporcionar el bienestar de las personas, estando comprometida, por lo tanto, en un contexto humano, donde ambos sufren las influencias de este encuentro,

El profesional trae consigo valores, creencias y actitudes prejuiciosas que pueden interferir en la atención profesional y que se manifiestan más tácitamente en el cuidado a la persona con sufrimiento psíquico. Por eso, la práctica no puede ser aislada de la persona que la realiza, ya que es ella quien se involucra con la persona. Existe, entonces, la necesidad de que la enfermera (o) se identifique realmente con la teoría adoptada por él, asumiendo una actuación congruente con el referencial teórico para que se desencadene todo ese proceso de venir a ser (29).

La misma teoría brinda un marco de referencia que involucra el encuentro (reunión de los seres humanos con la expectativa que se tiene de alguien para atender y alguien para ser atendido), presencia (calidad de ser abierto y receptivo para otra persona de modo recíproco), relación (estar con el otro, donde uno va en dirección del otro, ofreciendo y permitiendo la presencia auténtica) y un llamado y una respuesta (la comunicación interactiva, que puede ser tanto verbal como no verbal).

Las acciones que se realizan como parte del cuidado y que tiene el componente humanístico, en el cuidado a la persona con sufrimiento psíquico o enfermedad mental deben ir más allá de la ejecución de determinados procedimientos técnicos, involucrando el estar-con y el estar-ahí, compromiso emocional, los cuales requieren de la presencia activa de la enfermera(o). Una enfermera(o) tiene que ir más allá de la competencia técnica y del dominio biológico, el cuidado es un encuentro con el otro. En el encuentro entre enfermera(o)-persona el fin será poder conocer e interiorizar las experiencias de la vida del otro.¹⁵

PHIL BARKER Y EL MODELO DE LA MAREA

Phil Barker nació en Escocia, cerca del mar y, por tanto, así empezó la influencia y su interés por el agua, la metáfora fundamental de la vida se formó como pintor y escultor a mediados de la década de 1960 y ganó el prestigioso premio Pernod para pintores jóvenes en 1974, momento en que ya era enfermero en psiquiatría. Su implicación en el arte también ayuda a explicar la visión de la enfermería de Barker como “el arte de cuidar”. A lo largo de su carrera como enfermero, éste se ha cuestionado acerca del enfoque adecuado de la enfermería psiquiátrica y el papel del cuidado, la compasión, la comprensión y el valor para ayudar a las personas que están experimentando un sufrimiento extremo, la pérdida del yo o una crisis espiritual. Con respecto al metaparadigma la persona está representada por tres dominios personales: yo, el mundo y los demás. Así también el

¹⁵ http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732015000200012&script=sci_arttext

papel de la enfermería dentro de los modelos de atención basados en la recuperación de la salud mental tiene como sus principales referentes teóricos a Phil Barker y Poppy Buchanan-Barker, quienes estructuran la teoría de la marea en la recuperación de la salud mental (*Tidal Model*). Reconocida como una teoría de enfermería de mediano rango, puede aplicarse a la práctica profesional; este es el primer modelo en la recuperación de salud mental que fue evaluado rigurosamente por el sector público.

La teoría muestra que, a través de instrumentos como la escucha y el diálogo, el profesional de enfermería y de salud orienta a la persona en el proceso de recuperación. Esta se presenta desde una perspectiva filosófica, se invita al personal de salud a interiorizar la importancia que tienen las experiencias previas, las expectativas y la historia de la persona que sufre problemas de salud mental. Busca olvidar la atención centrada exclusivamente en los síntomas y se dirige a la reflexión y el análisis de la crisis como elemento que permite continuar con el proceso y el llamado «camino de la recuperación».¹⁶

El modelo de la marea es un método filosófico para la recuperación en salud mental. No es un método de asistencia o tratamiento de la enfermedad mental. El modelo de la marea es una visión específica del mundo que ayuda a la enfermera(o) a empezar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona en concreto y cómo se puede ayudar a la persona para definir y empezar el complejo y exigente viaje de la recuperación. Se basa en la teoría del caos, el flujo constante, las mareas que van y vienen y muestran patrones no repetitivos, aunque se mantienen dentro de unos parámetros delimitados. En esta perspectiva, pequeños cambios pueden crear cambios imprevisibles. La teoría del caos sugiere que existen límites a lo que podemos saber, y Barker invita a las enfermeras (os) a dejar la búsqueda de la certeza, abrazando en su lugar la realidad de la incertidumbre.

Una característica clave de la práctica de la enfermería de Barker ha sido la exploración de las posibilidades de relaciones colaboradoras genuinas. Desarrolló un interés por el concepto de “cuidar” personas, aprendiendo que la relación profesional-persona podía ser más mutua que la relación original enfermera-paciente definida por Peplau.

¹⁶ <http://repository.unac.edu.co/handle/123456789/1277>

El modelo de la marea es un grupo de 10 compromisos que son la brújula metafórica para el profesional. La experiencia del distrés mental siempre se describe en términos metafóricos. El modelo de la marea emplea metáforas universales y culturalmente significativas asociadas al poder del agua y del mar, para representar los aspectos conocidos del distrés humano. El agua es: “la metáfora central de la experiencia vivida de la persona...y el sistema de cuidados que se automodela la persona con la ayuda de la enfermera” Esta metáfora ilustra muchos de los elementos de la crisis psiquiátrica y las respuestas necesarias a esta situación humana difícil (36).

La enfermedad mental desautoriza, y las personas que presentan cualquiera de las miles de amenazas a sus identidades personales o sociales, comúnmente denominadas enfermedad mental o problemas de salud mental, experimentan una amenaza que los hace humanamente vulnerables. Sin embargo, muchas personas están lo bastante sanas como para poder actuar por sí mismas e influir constructivamente en el sentido de sus vidas. La recuperación es posible, y las personas tienen los recursos personales e interpersonales que permiten su proceso de recuperación.

Los estudios demostraron que los profesionales y las personas cuidadas querían enfermeras que se relacionaran con las personas de forma diaria y cotidiana. Que las enfermeras deben responder sensiblemente y con frecuencia a las fluctuantes necesidades humanas de las personas y sus familias.

Los 10 Compromisos: Valores Esenciales del Modelo de la Marea

Valorar la voz: Es la voz de la experiencia, en el relato está el distrés de la persona y la esperanza de la resolución. La historia del viaje de la recuperación y todos los planes de cuidados que lo apoyan, debería escribirse en la propia voz de la persona.

Respetar el lenguaje: No hay necesidad de colonizar la historia de la persona sustituyéndola por el lenguaje con frecuencia arcaico, feo y raro de la psiquiatría, la jerga de la psicología popular o las ciencias sociales. Las personas ya tienen su propio lenguaje y es el más potente para describir, definir y articular su experiencia personal.

Desarrollar la curiosidad genuina: Curiosidad por comprender mejor al narrador y la significación humana de la historia no desplegada de la vida, ya que la persona escribe la historia de su vida, pero no debe confundirse con un libro abierto.

Llegar a ser el aprendiz: La persona es el experto mundial en la historia de su vida. Podemos empezar a comprender algo del poder de esa historia, pero sólo si nos aplicamos con diligencia y respeto a la tarea de convertirnos en el aprendiz.

Revelar la sabiduría personal: Una de las principales tareas para quien ayuda es contribuir a revelar la sabiduría de la persona al escribir la historia de su vida, que se utilizará para respaldar a la persona y guiar el viaje a la recuperación.

Ser transparente: Para ganar la confianza de la persona se ha de ser transparente en todo momento, ayudando a la persona a comprender qué se está haciendo y por qué. Así se consigue el tener ganas de hacerse confidencias.

Utilizar el equipo de herramientas disponible: La historia de la persona contiene numerosos ejemplos de lo que ha funcionado o puede funcionar en esta persona. Son las principales herramientas que tienen que utilizarse para desbloquear o crear la historia de la recuperación.

Trabajar un paso más allá: El cuidador y la persona trabajan conjuntamente para crear una apreciación de lo que tiene que hacerse ahora. El primer paso es crucial, mostrando el poder del cambio y apuntando hacia el objetivo final de la recuperación.

Dar el don del tiempo: No hay nada más valioso que el tiempo que pasan juntos el cuidador y la persona. La cuestión es cómo utilizar ese tiempo.

Saber que el cambio es constante: La tarea del profesional es dar a conocer que se está produciendo el cambio y cómo puede utilizarse este conocimiento para que la persona deje de estar en peligro y sometido al estrés, y se oriente hacia la recuperación.¹⁷

Galvis López, (2015).

8- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

¹⁷ http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732015000200012&script=sci_arttext

- **Conocer las experiencias de cuidado del personal de enfermería a personas con alteración mental grave en el servicio de guardia.**
- **Identificar las características del afrontamiento de los enfermeros, ante el cuidado de estos pacientes.**
- **Describir la importancia que el personal de enfermería le asignan a las estrategias de afrontamiento.**

9- RELEVANCIA ACADEMICA

Las personas invertimos casi tercio de nuestra vida en el lugar de trabajo, donde se desarrollan gran parte de las relaciones interpersonales y las situaciones de tensión. El estrés es la segunda causa de baja laboral en diferentes países. Por todo esto, es fundamental la detección en las organizaciones grandes (hospitales y clínicas) y pequeñas (consultas), del personal desmotivado y estresado, ya que permitirá una prevención e intervención precoz en las situaciones de tensión generadas y una mejora en el funcionamiento de los equipos de trabajo.

Implementar estrategias de afrontamiento es imprescindible, pero no es demasiado fácil, hay que dominar varias cosas y no siempre estamos preparados. Si ya es difícil establecer que es un grupo, es totalmente imposible fijar la línea de separación entre este y un auténtico equipo de alto rendimiento. Para que un equipo funcione eficazmente es necesario que se hayan fijado objetivos, los cuales deben ser aceptados como propios por cada miembro del equipo y así poder brindar un cuidado adecuado en el que se destaca la necesidad de acompañar su implementación con capacitación para evitar enfoques exclusivamente burocráticos y deshumanizados.

Si bien el personal de enfermería del servicio de urgencias busca ser un equipo de alto rendimiento, se ve más identificado con un Grupo mercenario o autocrático ya que existen objetivos muy claros marcados por el jefe de departamento y del servicio, son equipos centrados en los resultados, esta prioridad puede hacer que el equipo logre en ocasiones elevados estándares de productividad, pero la mayor parte de las veces, estos resultados son efímeros, se vuelven contra el proceso de mejora continua que se pretende establecer. Los resultados de este tipo de equipo pueden ser alcanzados, pero con un bajo nivel de motivación, soportando conflictos interpersonales, con una sensación de no pertenencia y en muchas oportunidades con una cierta tendencia individualista.¹⁸

¹⁸ <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/523>

Por este motivo se vio la importancia y necesidad de implementar nuevos protocolos propios del servicio que se adecuen al mismo y a su personal, realizándose de manera conjunta siempre bajo la aprobación del jefe de servicio.

Se considero relevante el identificar las experiencias de cuidado y formas de afrontamiento para desarrollar un óptimo trabajo en equipo, no solo porque se quiera brindar una atención adecuada sino también para reforzar los lazos interpersonales entre colegas ya que compartimos hasta 8 horas diarias en cada jornada laboral, y después de la pandemia hubieron muchos compañeros con secuelas emocionales que impidió que puedan seguir trabajando durante un lapso de tiempo importante, y aquí esta la importancia de una comunicación efectiva y buen dialogo.

CAPITULO II: DIMENSION ESTRATEGIA GENERAL

1. TIPO DE DISEÑO

El diseño determinado para la realización de esta investigación es cualitativo, ya que busca la comprensión profunda de los fenómenos dentro de su entorno natural, descriptivo puesto que a través de la observación y recopilación de datos busca describir características de un grupo o fenómenos de interés, fenomenológico, transversal no experimental. Debido al tema de investigación, la intención es conocer y comprender los fenómenos presentes en las experiencias del personal de enfermería en el cuidado del paciente con alteración mental grave.

Para interiorizarnos en el tema debemos considerar aspectos fundamentales para comprender el estudio de las investigaciones de tipo fenomenológica con enfoque filosófico que sustenta la investigación, como se detalla a continuación:

La fenomenología según Edmund Husserl (1859-1938).

La fenomenología definida como una ciencia de esencias, es una corriente filosófica fundada por Edmund Husserl (1859-1938) a principios del siglo XX, su campo de investigación son los fenómenos tal como son dados a la conciencia, es decir, las vivencias y sus correlatos objetivos, además estudia las estructuras que reciben y dan forma a la experiencia subjetiva, así como las diversas operaciones que están en juego en el darse de los fenómenos y su recepción por parte de la conciencia. Tanto para Ponty como para Husserl- no se trata de descubrir el mundo tal como es en sí, sino tal como se presenta en la conciencia.

Para hacer una relación entre dichos autores con respecto al objeto de investigación podemos decir que, la experiencia del enfermero en el cuidado del paciente con alteración mental, es un factor externo hacia nuestra conciencia, es como interpretamos aquello que puede determinar tal o cual conducta que se produzca en relación a la forma en que percibimos las cosas.

2. POBLACIÓN EN ESTUDIO

Profesionales del enfermería de servicio de urgencias y emergencias de la institución de salud pública de la localidad de Comodoro Rivadavia. Está comprendido por personal de

enfermería (16), entre ellos enfermeros licenciados, que integran el servicio de Urgencias del Hospital Regional, cuatro enfermeros masculinos y el resto mujeres; de los cuales tres enfermeros (una enfermera y dos enfermeros) ya tienen una antigüedad de mas de 25 años en la institución, y una de ellas es la jefa de enfermería del servicio, también están los agentes de 10 años de antigüedad, y el resto de menos de 5 años en el servicio.

La población tiene distinta formación, 4 licenciadas de enfermería, de las cuales 2 son recibidas en la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (UNPSJB) y la otra en la universidad Maimonides, y el resto técnicos enfermeros, de los cuales 4 se recibieron en la UNPSJB, 9 enfermeros se recibieron en institutos privados como Atsa, Cruz Roja. Actualmente 7 enfermeros se encuentran realizando la carrera de Licenciatura en enfermería y los licenciados continúan capacitándose, realizando la especialidad de emergentología.

3. TIPO DE MUESTREO Y SELECCIÓN DE CASOS

La muestra fue intencional original ya que las entrevistas serán en servicio de urgencia de la institución, que a conveniencia del investigador son seleccionados para la realización del proyecto de investigación. se basa en el propio juicio del investigador para elegir a los integrantes que formaran parte del estudio, (Hernández Sampieri et. al. Metodología de la investigación 6ta Ed.) en donde las características del personal para ser seleccionados es la predisposición, responsabilidad y afín a participar en este tipo de investigación, que al ser una investigación cualitativa se seleccionan algunos atributos, y la selección de los casos será por cuota, considerando ciertas características tales como: Años de antigüedad laboral en la institución de cada entrevistado, años de servicio por los sectores seleccionados por el investigador, pluriempleo, rotación de servicio, presentismo. Responsabilidad, interés.

4. CRITERIOS DE SELECTIVIDAD

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal de enfermería del servicio de urgencia y emergencia que tenga una antigüedad mayor a 5 años que desee participar y firme el consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Quedan excluidos de la investigación personal de enfermería que se encuentre de licencia por vacaciones, licencia por maternidad o paternidad, día de descanso, enfermedad o ausencia al lugar de trabajo por un periodo prolongado, personal que se encuentre en rotación por los servicios mencionados, así también el personal que se haya jubilado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Se consideran eliminados de la investigación aquel personal de enfermería que presenten eventos que sean impredecibles al momento de la entrevista como fallecimiento o traslado laboral. O que no deseen continuar.

TEMPORO- ESPACIAL

Las entrevistas fueron realizadas en la institución, previo a ser solicitado y autorizado por las autoridades responsables del servicio de urgencias, así también se estableció de acuerdo con dicha autorización fecha y horario para la realización de la tarea de campo. Se propuso realizar la investigación durante el periodo octubre- noviembre 2025 hasta la finalización de la misma.

5. ASPECTOS ETICOS - BIOETICOS

ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar las entrevistas se solicitó autorización a la jefa de enfermería y por su intermedio a quien corresponda a través de una nota y al personal de enfermería se le presentará un consentimiento informado que acredite su confidencialidad (ver anexo), por lo que estarán presentes los aspectos éticos en esta investigación, además de asegurar la veracidad de los datos obtenidos en la entrevista.

En este proyecto de investigación se encuentran presentes los aspectos bioéticos como son la Autonomía de la persona que participa, la autodeterminación, el respeto a sus opiniones en relación con su forma de percibir al paciente con alteración mental grave, a la toma de decisiones de la persona, es decir sumarse o retirarse cuando la misma lo considere, por ello la libertad esta presente porque ningún participante es forzado a participar de esta entrevista, lo hace voluntariamente. La beneficencia la aplicamos pensando en que este proyecto puede proporcionar algún beneficio al servicio en el cual se realiza la investigación, así como también a la profesión. La justicia se aplica desde la elección de la muestra en la que debe existir una igualdad de oportunidades, con los mismos requisitos para poder investigar, y aquí todos los participantes poseen iguales características. Se tiene en cuenta la no maleficencia que no genera ningún daño a los participantes, como su privacidad, trayectoria profesional o reputación, no perjudicándolos en su desempeño laboral, sino informándoles de la confidencialidad de los datos que nos provean.

CAPITULO III

DIMENSION DE LAS TECNICAS DE LA RECOLECCION Y ANALISIS DE LA INFORMACION

1- CARTOGRAFIA SOCIAL

Servicio de Urgencia

El servicio de urgencia se encuentra ubicado en el sector de planta baja de la institución, consta con un acceso amplio de ambulancias y recepción por sala de espera, acceso a los servicios de laboratorio, y diagnóstico por imagen.

Actualmente el servicio de urgencias cuenta con un total de 19 enfermeros incluyendo a la jefa de servicio, 1 de los profesionales se encuentran en rotación por un periodo indeterminado. En cuanto a la jornada laboral se trabajan 5 días a la semana, en turnos rotativos y dos francos. Los horarios son variados desde las 6 horas laborales según convenio colectivo de trabajo (CCT), 8 horas y hasta 12 horas, mediante nota escrita dirigida a la jefa de enfermería, se respeta la decisión personal de cada agente que desee hacer horas extras, y según necesidad de servicio. Se goza de una licencia anual por vacaciones, la cual se puede tomar por completo o dividir hasta en dos fracciones como máximo.

Por otro lado, la atención en este servicio es de alta demanda ya que se atienden todo tipo de patologías, accidentes de tránsito, accidentes domésticos, atención de personas en situación de calle, atención de pacientes con antecedentes psiquiátricos, entre los que se encuentra parte del objeto de estudio. Personas con alteración mental grave, debido a que es el único hospital de mayor complejidad. Cabe señalar aquí, que la atención de los pacientes con patologías mentales, quedan internados en el servicio de guardia por días debido a la falta de camas en el servicio de salud mental, por tanto, no solo se realiza recepción de las urgencias clínicas y no clínicas, sino que también se debe realizar el control de toma de medicación y excitación psicomotriz de los mismos.

En cuanto al resto de las prestaciones, enfermería realiza el sistema de triage, donde se clasifica por códigos de urgencia la atención médica, clasificándose desde código rojo hasta código verde con diagnóstico de enfermería, de acuerdo a la clasificación que disponga la atención tendrá mayor prioridad que otros.

Por otro lado, la dinámica en una urgencia es organizada ya que por turno se cuenta con 3 enfermeros como mínimo, se dividen las acciones a realizar y se trabaja en coordinación con uno o varios médicos de acuerdo al nivel de urgencia.

2- TECNICAS DE ROCCOLECCION DE DATOS

La entrevista es semiestructurada con preguntas abiertas que establece un diálogo con el entrevistado. Se construyeron 15 preguntas que se realizan a 5 entrevistados, la misma tiene el objetivo de conocer y comprender las experiencias del personal de enfermería en la atención a personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias.

Preguntas de la Entrevista

1-¿Como fueron sus primeros inicios en la atención de pacientes con alteración mental grave?

2-Al comenzar a prestar servicio en guardia ¿Como fue resolviendo las situaciones que se presentaron con las personas que acuden a la guardia con alteración mental grave?

3-hubo cambios en la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias? ¿Como es la demanda?

4-Como organiza actualmente los cuidados en la atención de las personas con alteración mental grave?

5-Como realiza los cuidados a los pacientes que ingresan con alteración mental grave en el servicio de urgencia?

6- que sensación le produce la atención hacia las personas con alteración mental grave al momento de realizar los cuidados? ¿Como observa que el paciente recibe o percibe estos cuidados?

7-¿Existen protocolos de atención para los pacientes con alteración mental grave? cuáles? ¿Son adecuados? ¿Quienes integran la atención como equipo de salud?

8-cuales son las dificultades para la atención de las personas con alteración mental grave el servicio de urgencias?

9-Cuales son las condiciones o características que el servicio de urgencias tiene para la atención de estos pacientes con alteración mental grave?

10-reciben capacitaciones para el cuidado de estos pacientes? ¿Cuales? ¿Que efectos tuvo en el cuidado, piensa que hubo cambios? De no ser así, ¿que sucedió?

11- Para ud, ¿que significa poder afrontar el cuidado a personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

12-que mecanismo de afrontamiento utiliza en la atención de pacientes con alteración mental grave?

13-cual es el aprendizaje que le asigna a la atención de pacientes con alteración mental grave?

14- que relevancia tiene el aprendizaje que se obtiene en el cuidado de pacientes con alteración mental grave?

15- según su opinión, como debería ser el abordaje a las personas con alteración mental grave en el servicio teniendo en este contexto social actual? Porque?

3- ANALISIS DE LOS DATOS

CODIFICACION

Edad en años. ej E (44)

Género: F femenino - M masculino, autopercepción.

Formación académica: Enfermero: Enf - Licenciado en enfermería L.E

Años de antigüedad: AA (19)

Años en el servicio: AS (12)

Pluriempleo ; P (no) - P (si)

MATRIZ DE DATOS

1. ¿Como fueron sus primeros inicios en la atención de pacientes con alteración mental grave?						
Codificación	Relato textual	Comentarios	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA(13) AS (10) FA (enf.) P (no)	“Al principio fue complicado cuando empecé porque nadie te da un manual de cómo tratar al paciente que entro con un brote, agresivo, te da miedo de que te golpee y eso.”	La entrevista se realizó en el horario laboral en un consultorio del servicio, se eligió una hora adecuada sin demanda de pacientes, el informante estuvo cómodo y colaborador con la entrevista.	“Fue complicado cuando empecé, te da miedo que te golpee.”	Todos los informantes manifiestan en que fue complicado en los inicios, con sentimientos de miedo, incertidumbre, curiosidad y desafío, debido al desconocimiento en el abordaje de estos pacientes.	Los informantes concuerdan en sentimientos de miedo, e incertidumbre, curiosidad y desafío ante la falta de conocimiento en el abordaje de pacientes con patologías mentales.	Sentimientos negativos ante la falta de conocimiento en el abordaje de estos pacientes.
2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (enf.) P (no)	La primera vez que tuve que enfrentar a los pacientes fue con temor, incertidumbre porque nunca había atendido pacientes con esa patología así de alterados, acá a la guardia llegan muy alterados a veces. Mi primer inicio en la	La entrevista se realizó en un consultorio del servicio y en horario adecuado donde había poca demanda de pacientes. La informante se mostró nerviosa debido al tema.	“Fue con temor e incertidumbre porque nunca había atendido pacientes así de alterados.”			

<p>3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA (enf.) P (no)</p>	<p>atención del paciente con alteración grave fue muy chocante, cuando no tenes experiencia en el manejo con pacientes con patologías mentales uno no sabe cómo es el abordaje, que reacción puede tener el paciente.</p>	<p>luego reacciono más cómoda. Se utilizo la misma modalidad de las entrevistas anteriores. El informante se muestra conforme con las preguntas además de colaborador.</p>	<p>“Mi primera atención fue muy chocante porque no tenes experiencia en el abordaje de estos pacientes.”</p>			
<p>4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (enf.) P (no)</p>	<p>Cuando yo empecé a trabajar no tuve una formación muy acabada sobre cuestiones mentales graves en pacientes jóvenes ni adultos mayores tampoco, muchas veces uno apela al sentido común para la atención y a lo poco que sabe desde lo que uno estudio, las primeras atenciones que yo tuve que hacer a mi se me complicaron un poco porque no sabía cómo manejar el estado del paciente.</p>	<p>Se utiliza misma modalidad de entrevista en consultorio del servicio y horario acorde para evitar interrupciones, el informante se muestra suelto y seguro para la entrevista.</p>	<p>“Uno apela al sentido común para la atención. Las primeras atenciones que tuve que hacer se me complicaron porque no sabia como manejar el estado del paciente.”</p>			

5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (enf) P (no)	Cuando comencé en el servicio era una mezcla de miedo y curiosidad, no tenía idea del manejo de pacientes mentales y menos en crisis, fue todo un desafío para mí porque cada paciente es diferente.	La entrevista se realizó en el domicilio de la informante, fue muy amena y ella estuvo a gusto con el tema, dio mucho para charlar debido a lo complejidad de la misma.	“Cuando comencé era una mezcla de miedo y curiosidad, no tenía idea del manejo de estos pacientes, fue todo un desafío.”			
Categoría 1: Experiencias desafiantes atravesadas por miedo, incertidumbre ante la falta de conocimientos en el abordaje de estos pacientes.						

2. Al comenzar a prestar servicio en guardia ¿cómo fue resolviendo situaciones que se presentaron con las personas que acuden a la guardia con alteración mental?						
Codificación	Relato textual	comentarios	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (enf) P (no)	A medida que pasa el tiempo, enfocas otra forma de entrevistar al paciente para que colabore, le hablas con amabilidad. No lo miras en forma despectiva		“Pasa el tiempo y enfocas otra forma de entrevistar al paciente, amable, sin miradas despectivas.”	La mayoría de los informantes muestran resolución de situación gracias a lo que el personal con mas	La experiencia de enfermería se destaca como un aspecto importante para la transmisión de conocimientos y	Evidente apoyo del personal con mayor experiencia como elemento fundamental para la resolución de situaciones en el

<p>2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (enf.) P (no)</p>	<p>“a pesar del tiempo una se va relacionando con el trabajo y como que lo vas asimilando, aprendiendo igual con tus otros compañeros que ya tienen más años en el servicio, aprendiendo como manejar al paciente, como manejar la situación”</p>		<p>“Uno lo va asimilando, aprendiendo de los otros compañeros que tienen mas experiencia en el manejo del paciente y de la situación.”</p>	<p>experiencia les enseña, además de mostrar un trato amable y de seguridad en cada situación, las herramientas que se va adquiriendo son, mantener una actitud tranquila, la observación de los compañeros ante el abordaje de los pacientes.</p>	<p>genera un ambiente seguro mediante el trabajo en equipo. Brinda herramientas para el abordaje como la actitud respetuosa y tranquila.</p>	<p>abordaje del paciente mental grave.</p>
<p>3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA (enf.) P (no)</p>	<p>“Lo fui resolviendo, aprendiendo de mis compañeros, a los enfermeros que ya tenían más años de servicio, ellos fueron dándome herramientas, como tengo que presentarme, que tengo que considerar, y después la experiencia laboral”</p>		<p>“Lo hice aprendiendo de mis compañeros, con más años de servicio, me dieron herramientas y lo que tengo que considerar.”</p>			
<p>4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (enf.)</p>	<p>A medida que se iban presentando, cada situación que se presenta es distinta y su abordaje va a ser distinto en cada</p>		<p>“Cada situación es distinta al igual que cada paciente, lo ideal es manejar la situación</p>			

P (no)	paciente” “la idea es manejar la situación tranquilo”		tranquilo.”			
5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (enf.) P (no)	Lo hice observando y aprendiendo de mis compañeros y del equipo de salud en general, si iba atender un paciente en crisis trataba de hacerlo sola para probarme y aprender y mejorar esos cuidados, si veía que era peligrosa la situación iba con mi compañero		“Lo hice observando y aprendiendo de mis compañeros, trataba de atender a la paciente sola y mejorar esos cuidados, si había peligro trabajamos de a dos enfermeros.”			

Categoría 2: la experiencia de enfermería valorada como una herramienta que facilita el abordaje a través de nuevos modos de entrevistar y de la actitud respetuosa, tranquila y el trabajo en equipo.

3. ¿Hubo cambios en la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias? ¿Como es la demanda?						
Codificación	Relato textual	comentarios	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (enf.) P (no)	La demanda es mucha y al contrario después de la pandemia fue como mucho más, el estar la gente encerrada en la casa durante el primer año que no se podía ir a ningún lado, no tan solo el a, también muchos adultos empezaron a tener ese		“Después de la pandemia aumento mucho la atención a estos pacientes, no tan solo adultos sino también jóvenes, con brotes, ataques de ansiedad, pánico.”	Los informantes concuerdan en que hubo grandes cambios debido al aumento de la demanda en la atención del paciente mental grave, cambios no	Grandes cambios debido al aumento en la demanda de atención a los pacientes cada vez más jóvenes, atribuido a la postpandemia y	Cambio significativo por aumento en la demanda y atención de pacientes más jóvenes, resultado de la postpandemia y

	brote, empezaron a venir con pánico, con ansiedad			solo en las edades (15- 16 años), sino que lo atribuyen como secuela de la pandemia y el contexto socioeconómico actual del país. Personas que quedaron sin trabajo	contexto socioeconómico-familiar actual.	contexto socioeconómico y familiar.
2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (enf.) P (no)	Comparado con otros años después de la pandemia, fue un poco como un boom, son muchísimos más pacientes que acuden a la guardia con diferentes patologías y cada vez más jóvenes, antes por ahí vos lo veías con las personas mayores de 20, ahora es como que tenemos pacientes desde 15 años en adelante, después de la pandemia aumento mucho, con diferentes alteraciones mentales.		“Después de la pandemia son muchísimos más los pacientes que acuden a la guardia, y cada vez más jóvenes de 15 a 20 años con diferentes alteraciones mentales.”			
3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA (enf.) P (no)	Y sii... hubo cambios, ehh hay más demanda, se ven patologías en más chicos de edad antes se veían adultos mayores ahora se ven adultos jóvenes, adolescentes, quince-dieciséis años, a aumentado mucho la demanda		“Hubo cambios, hay más demanda, se ven pacientes más jóvenes que adultos, adolescentes 15-16 años.”			
4 E (55)	En los pacientes mentales graves si, cambio mucho la		“En los pacientes mentales si			

<p>GM AA (28) AS (15) FA (enf.) P (no)</p>	<p>vida social y a partir de ahí la gente que quedo sin laburo, la que se quedó sin obra social, deriva en problemas familiares, de ahí surgen los problemas mentales que los pacientes no saben cómo resolver, eso se fue incrementando con los años y con la debacle que se vino en el país, tiene mucha relación eso.</p>		<p>cambio mucho la vida social y familiar y se fue incrementando con la debacle social en el país.”</p>			
<p>5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (enf.) P (no)</p>	<p>Hubo grandes cambios porque llega un punto que el hospital está colapsado, la guardia no da abasto a veces porque tenemos hasta cinco pacientes de salud mental sumado a los otros pacientes con otras patologías y también urgentes, hubo cambios en las edades antes veías adultos jóvenes y ahora más adolescentes algunos culpan a la pandemia pero creo que también se debe al momento socioeconómico que</p>		<p>“Hubo grandes cambios porque la guardia no da abasto con tantos pacientes sumado a los de otras patologías, hubo cambios en las edades, cada vez más jóvenes, se culpa a la pandemia pero creo que también se debe al momento socioeconómico que estamos</p>			

	estamos atravesando		atravesando.”			
Categoría 3: evidentes cambios significativos en el aumento en la demanda de pacientes adolescentes con alteraciones mentales.						

4. ¿Como organiza actualmente los cuidados en la atención de las personas con alteración mental grave?						
Codificación	Relato textual	Comentarios	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (enf.) P (no)	Se controla al paciente, se lo entrevista, se le pregunta si comió o no, se brinda el desayuno o almuerzo, ropa, uno trata de contenerlo por ese lado para que el paciente este tranquilo por el periodo que este en la guardia en observación, no dejarlo solito y aislado.		“Se controla al paciente, se lo entrevista, se trata de contenerlo para que este tranquilo durante su estadía en la guardia, no dejándolo solo.”	La mayoría de los informantes manifiestan una organización en su plan de cuidados, además de la contención, comunicación y vigilancia en las necesidades del paciente.	Implementación de un plan de cuidados, comunicación efectiva y contención en sus necesidades básicas.	Organización basada en un plan de cuidados metódico, según protocolo informales y observación del estado del paciente para resguardo de su persona, comunicación efectiva y contención en sus necesidades básicas.
2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (enf.) P (no)	En la guardia, depende hay veces que los mantenemos mmm.. que se hace el protocolo, lo evalúa el siquiatra y se internan en el mismo turno que ingreso y otras veces son pacientes que hemos llegado a tener mas de 72 horas en el servicio por falta de cama, y nos		“Depende, se hace el protocolo, lo evalúa el siquiatra y se interna, o queda en el servicio internado por falta de cama, entonces se siguen las indicaciones médicas, control de signos vitales y			

	vamos organizando según las indicaciones medicas que dejan y la atención del paciente y sus cuidados.		sus cuidados.”			
3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA (enf) P (no)	Los cuidados generales son prestar atención, yendo cuando el paciente está en la guardia, trata de ir y preguntar si está bien si necesita algo, generalmente muchos de los pacientes están con cuidados de sus familiares		“Los cuidados son prestar atención al paciente mientras este en la guardia, estar atentos a lo que necesite, aunque se encuentren con sus familiares.”			
4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (enf) P (no)	El paciente viene, uno le recibe, se hace el ingreso, se activa el protocolo de salud mental, y a partir de ahí o sea del ingreso del paciente comienza la atención del paciente. le tomas los signos vitales, le sacas muestra de sangre le decís que junte la orina, ahora el paciente que ingresa con excitación psicomotriz		“Se recibe al paciente, se realiza control de signos vitales, y se activa el protocolo de salud mental es decir laboratorio de sangre y orina, si es un paciente con excitación psicomotriz se lo aborda diferente.”			

	lo aboradas de otra manera.					
5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (enf.) P (no)	“Cuando el paciente llega, si esta alterado lo hace generalmente en ambulancia”, se busca un consultorio individual para el, aunque solo tenemos uno solo, si viene muy excitado se lo deja con contención mecánica y se le realiza todos los cuidados pertinentes, control de signos vitales, plan de hidratación más medicación si así lo indican, la toma de muestra sangre y orina para cumplir con el protocolo de salud mental, y asegurarse que este acompañado de un familiar.		“Si el paciente esta alterado se busca un consultorio individual, si está muy excitado se le realiza contención mecánica y los cuidados pertinentes, control de signos vitales, toma de muestra sangre y orina, plan de hidratación si se indica.”			
Categoría 4: Organización basada en un plan de cuidados sistemático bajo protocolos informales, entrevistas, y observación para el resguardo de la salud de la persona.						

5. ¿Como se realiza el cuidado a los pacientes que ingresan con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

Codificación	Relato textual	Comentarios	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (enf.) P (no)	“el paciente que entra muy agresivo o brotado le hace una sujeción mecánica tratando de que no se lastime, explicándole que es por el bien de él, lo tenemos con sujeción hasta que el paciente este más tranquilo, se le explica que es por su bien para que no se lastime o al que tenga cerca.!		“Al paciente muy agresivo se le realiza sujeción mecánica, para evitar autolesiones o que lastime a otro.”	La mayoría de los informantes coinciden que es necesario una buena comunicación y comprensión en los cuidados que se brinda, estos varían según el paciente si está tranquilo o	Comunicación, y comprensión necesaria en la atención para optimizar los cuidados en paciente alterado o no.	Evidencia de comunicación y comprensión necesaria en la atención para brindar un cuidado humanizado.
2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (enf.) P (no)	Hay diferentes ingresos, hay pacientes que ingresan con la ambulancia. “uno puede llegar a tener una buena comunicación con el paciente que viene tranquilo”, lo ingresamos, le tomamos los signos vitales, se va avisando al médico de guardia de ese momento, muchas veces los entras por el triage, que viene a veces con el familiar. De la forma que ingrese uno tiene que tratar de contenerlo para poder ingresarlo, el paciente psiquiátrico es bastante		“Hay diferentes ingresos, con el paciente que está tranquilo se puede llegar a tener una buena comunicación, se le realiza CSV, y cualquiera sea la forma de ingreso se debe contenerlo.”	alterado donde si es necesario se debe realizar sujeción mecánica para evitar autolesiones o que dañe a otros.		

	especial.					
3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA (enf) P (no)	Cuando ingresa se hace un protocolo que es la toma de muestra sangre y orina y ahí se lo ingresa al sistema, y se le habla y explica al paciente todo lo que se le va a hacer, control de signos vitales, dieta, asegurar que no quede solo.		“Cuando ingresa se hace un protocolo, toma de muestra sangre y orina, CSV, se le habla y explica al paciente lo que vamos a hacer, asegurar que no quede solo.”			
4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (enf.) P (no)	Yo trato de mantener una comunicación activa y efectiva con el paciente, trato de mantenerme seguro cuando le hablo, trato de no gritar más de lo que el grita porque en general el paciente por ejemplo psicótico, con alteraciones mentales graves viene verborreico, trato de que el paciente se sienta seguro igual.		“Se trata de mantener una comunicación activa y efectiva con el paciente, trato de mantenerme seguro y que el paciente se sienta igual.”			
5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (enf.) P (no)	Los cuidados los hacemos como una rutina, pero además explicando al paciente lo que se le va hacer y tratando de calmarlo y pedirle que colabore así puede ser evaluado pronto,		“Se realizan los cuidados de rutina, pero además se le explica al paciente lo que vamos a hacer y			

	hay pacientes que escuchan otros que no, pero de nuestra parte es fundamental comunicarnos y mostrar comprensión al paciente.		tratando de calmarlo para que colabore, es fundamental comunicarnos y mostrar comprensión.”			
Categoría 5: cuidados diferenciados según la gravedad de la persona donde las principales herramientas son la comunicación y comprensión para optimizar los cuidados.						

6. ¿Qué sensación le produce la atención hacia las personas con alteración mental grave al momento de realizar los cuidados?						
Codificación	Relato textual	Comentarios	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (enf.) P (no)	Por ahí, muchos chicos jóvenes son los que llegan, a una por ahí le da tristeza porque tiene hijos de esa edad a veces y lo ve por ese lado entonces, de a poco le va brindando contención, ellos buscan contención en la persona que no es familiar porque muchas veces la familia no le da la importancia que necesita, más en un adolescente entre los 16 y hasta los 21 años, Me voy tranquila aliviada de que hice lo mejor con el paciente		“Son muchos los pacientes jóvenes que llegan a la guardia dan mucha tristeza porque una tiene hijos de esa edad. Ellos necesitan mucha contención y muchas veces la buscan en personas que no son familiares. Me voy tranquila de que hice lo mejor con el paciente”	Los informantes manifiestan sentimientos de tristeza, sensibilidad por similitudes personales, además de sentir reciprocidad y agradecimiento con el paciente. Sensación positiva por adquisición de herramientas, satisfacción con el cuidado.	Los informantes expresan sentimientos de tristeza y sensibilidad por medio de la empatía, además de gratitud y reciprocidad del paciente hacia el enfermero.	Sentimientos de tristeza y sensibilidad por parte de enfermería y reciprocidad y gratitud del paciente al enfermero. Sensación positiva por adquisición de herramientas, satisfacción con el cuidado.
2 E (35)	Por ahí hay veces que me llega, porque uno ha tenido		“Hay veces que me llega, porque			

GF AA (10) AS (10) FA (enf) P (no)	un familiar con patologías mentales y por ahí hay algún que otro paciente que te mueve algo a nivel personal y después ya no voy con ese miedo, ya sabes por donde ir depende a la patología del paciente, como poder llegar al paciente para poder brindarle la mejor calidad de atención.		tenemos algún familiar con esta patología mental, y hay pacientes que te movilizan y ya no se va con miedo, ya sabes cómo abordarlo para una mejor calidad de atención.”			
3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA (enf.) P (no)	algunas veces se recibe recíprocamente digamos porque son comunicativos y te agradecen, otras veces son muy, al estar tan alterados los pacientes no tienen forma de comunicarse, La sensación es buena porque uno tiene más herramientas al manejo de estos pacientes con patologías mentales, me siento satisfecho, es parte de mi laburo.		“Hay veces que es recíproco porque son comunicativos y te agradecen. La sensación es buena porque uno tiene más herramientas para el manejo de estos pacientes.”			
4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (enf.) P (no)	me gusta mucho la parte de salud mental, me identifico con el paciente, no por las patologías, pero me interesa mucho este tipo de pacientes y no tengo problemas en abordar al paciente y sus		“Me gusta mucho el paciente de salud mental, me interesa abordarlo y realizar los cuidados. Algunos pacientes aceptan			

	cuidados, algunos pacientes aceptan los cuidados y la atención, otros pacientes se rehúsan a la atención y esta en el profesional de enfermería con el profesional medico también hacer que el paciente acceda a los cuidados en general.		esos cuidados y otros no, y esta en nosotros hacer que el paciente acceda a los mismos.”			
5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (enf.) P (no)	Me sensibiliza mucho este tipo de pacientes más allá de que algunos son reincidentes, después ves su contexto familiar y entiendes muchas cosas, y el paciente percibe esa empatía hacia el, a través del trato y la forma de comunicarnos con el. Son muy especiales		“Me sensibiliza mucho este tipo de paciente, cuando ves su contexto familiar, entiendes muchas cosas y el paciente percibe esa empatía a través del trato.”			
Categoría 6: sensaciones de tristeza por la situación de vulnerabilidad de la persona donde la empatía y sensibilidad generan satisfacción en el cuidado.						

7. ¿Existen protocolos de atención para los pacientes con alteración mental grave? cuáles? ¿Son adecuados? ¿Quiénes integran la atención como equipo de salud?						
Codificación	Relato textual	Comentarios	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10)	Si el protocolo que uno hace cuando llega el paciente, que es el laboratorio sangre y orina p/tóxicos como sustancias psicotrópicas,		“Si existen protocolos cuando llega el paciente, que es el laboratorio	Los informantes concuerdan con que no existe un protocolo escrito, sino lo que ya se	Protocolo informal transmitido de colega a colega según la	En el inicio existe un protocolo de atención que es el triage estandarizado, y

<p>FA (enf.) P (no)</p>	<p>alcoholemia, si viene con alcohol se le coloca un plan con vitaminas para ir desintoxicando al paciente, y así cuando venga el equipo de salud mental este mas despierto y lucido. Lo integran el enfermero, el medico que lo recibe, viene salud mental, lo evalúa y decide si la paciente continua en el servicio en observación o le da el alta médica acompañado de un familiar.</p>		<p>(sangre y orina), el equipo lo integran el enfermero, medico de guardia, y equipo de salud mental.”</p>	<p>sabe implícitamente en la atención del paciente mental grave, toma de muestra de sangre y orina, consideran que no son adecuados debido a la demora en el resultado y por ende en la atención del equipo de salud mental. El equipo lo integran enfermeros, médicos de guardia, psiquiatra, psicólogo, trabajador social.</p>	<p>experiencia salvo el triage que indica el nivel de prioridad en atención. Disconformidad con este tipo de atención debido a la demora en la atención del equipo de salud mental. Equipo de salud multidisciplinario.</p>	<p>para la atención procedimental existe un protocolo informal lo que produce disconformidad por los tiempos de espera y una necesidad de protocolos escritos. Equipo de salud multidisciplinario.</p>
<p>2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (enf.) P (no)</p>	<p>En la guardia no hay un protocolo, digamos hay como un acuerdo que todos sabemos de ingresarlo al paciente, dejarlo en cierto consultorio, y bueno el protocolo que se hace es sacarle sangre y la orina, pero</p>		<p>“No hay un protocolo escrito, hay como un acuerdo en donde todos debemos ingresar al paciente y el protocolo de salud</p>			

	después no hay otro protocolo de atención, No creo que sean adecuados, porque no hay un protocolo escrito ni para beneficio del paciente ni para beneficio de enfermería, no lo considero adecuado.		mental es sacarle sangre y orina. No creo que sean adecuados ni para enfermería ni para el paciente.”			
3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA (enf.) P (no)	No hay un protocolo escrito, todo paciente que ingresa por una alteración mental, se le hace el protocolo de ingreso de salud mental, primero evaluado por enfermería en el triage, pasa al médico clínico, el medico indica el protocolo que consiste muestra de sangre y orina y después cuando está el resultado viene el equipo de salud mental a evaluar al paciente, el equipo indica medicación si es necesario o internación.		“No hay un protocolo escrito, se lo ingresa y evalúa enfermería en el triage, lo evalúa médico de guardia e indica protocolo de sangre y orina, luego del resultado viene el equipo de salud mental a evaluar al paciente y decide si dar el alta o si queda internado.”			
4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (enf.) P (no)	se dice mucho protocolo sea del área que sea debe constar en un papel, estar escrito a la vista y al alcance de todos. Lo que se hace acá el protocolo de salud mental es signos vitales, sangre y orina, punto.		“No hay nada escrito, lo que se hace acá es csv, protocolo de sangre y orina y si es necesario contención			

	Y en algún punto, contención mecánica si es necesario, contención medicamentosa si lo necesita, un plan de hidratación.		mecánica.”			
5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (enf.) P (no)	El protocolo que se maneja en la guardia es algo que se sabe, no hay algo escrito, pero sabemos que se recibe al paciente, se lo controla y después se realiza los laboratorios, todo se da de acuerdo a la situación y condición del paciente, si esta brotado se le realizara contención mecánica, sino quedara tranquilo acompañado de su familiar, son adecuados hasta cierto punto, porque el tiempo de espera que lleva el resultado hace que el paciente se enoje mas, y el equipo de salud lo integra medico de guardia, enfermería, equipo de salud mental que lo integran psiquiatra, psicólogo y trabajador social		“El protocolo que se maneja en la guardia es algo que se sabe, no hay nada escrito, toma de muestra sangre y orina, sujeción mecánica si es necesario, y queda acompañado de un familiar. Son adecuados hasta cierto punto porque es bastante la espera por los resultados del laboratorio y el paciente se enoja. El equipo de salud lo integra medico de guardia, enfermería, equipo de salud mental. Siquiatra, psicólogo.			

Trabajador social”

Categoría 7: Equipo interdisciplinario presente en el abordaje inicial del triage, con necesidad de incorporar protocolos escritos para la continuidad de la atención de personas con alteración mental.

8. ¿Cuales son las dificultades para la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

Codificación	Relato textual	Comentarios	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (Enf.) P (no)	El tiempo entre que espera el paciente hasta que sea evaluado e internado por el equipo de salud mental, en ese tiempo el paciente se pone mas ansioso, y empiezan con que se quieren ir sin ser evaluado		“El tiempo que el paciente espera para ser evaluado, se pone ansioso y se quiere retirar sin ser atendido.”	Los informantes manifiestan que el tiempo de espera hace que el paciente se ponga más nervioso, el espacio reducido, el estado del paciente alterado a su ingreso, y el mal	Factores negativos como la demora en la atención, el espacio físico reducido y el mal compañerismo dificultan la atención en los pacientes con alteración mental.	Existencia de dificultades relacionadas con la demora en la atención, espacio reducido y el miedo o rechazo de algunos enfermeros a la atención.
2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (Enf.) P (no)	Creo que tiene que ver con su patología y de cómo ingrese, como cuando el paciente esta alterado, riesgo a que te golpea, te lastime, a que se lastime el paciente igual.		“Tiene que ver con su patología y de cuan alterado ingrese, porque hay riesgo a que te golpee o que se lastime a si mismo.”	compañerismo son dificultades presentes en la atención de pacientes con alteración mental.		
3 E (47) GM AA (12) AS (10)	Las dificultades tienen que ver con no contar con un lugar específico para esas personas, ellos necesitan un lugar		“No se cuenta con un lugar específico para esa persona, necesitan un lugar			

FA (Enf.) P (no)	tranquilo, que no haya tanto movimiento en un solo lugar, muchas veces son las complicaciones en la atención como en un servicio como la guardia.		tranquilo no con tanto movimiento como el servicio de guardia.”			
4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (enf.) P (no)	Me parece que hay compañeros míos, colegas, que le rehúsan al paciente de salud mental, le temen, entonces cuando viene un paciente de estas características, huyen despavoridos porque piensan que les va pasar algo		“Mal compañerismo al esquivar la atención de estos pacientes debido a temor presente en ellos.”			
5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (Enf.) P (no)	Las dificultades que tenemos en la guardia son el espacio, es muy limitado, además de la brecha entre que es recibido hasta que lo evalúa el equipo de salud mental, los pacientes se brotan, se fugan, poniendo en riesgo su vida y enfermería no puede estar encima de ellos porque además tenemos otros pacientes.		“Las dificultades son el espacio que es muy limitado y el tiempo de espera de evaluación de equipo de salud mental porque los pacientes se brotan, se fugan muchas veces, y enfermería no puede cuidarlos todo el tiempo.”			

Categoría 8: Dificultades en el cuidado relacionadas con la demora en atención, el espacio reducido, y el rechazo por miedo a las reacciones de algunas personas con alteración mental.						

9. ¿Cuáles son las condiciones o características que el servicio de urgencias presenta para la atención de estos pacientes con alteración mental grave?						
Codificación	Relato textual	comentario	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (enf.) P (no)	El servicio tiene un consultorio especial para la atención de estos pacientes porque tiene una cama, un baño, no tiene elementos con los que se pueda lastimar, el consultorio esta para el y el familiar según se solicite.		“El servicio tiene un consultorio para la atención de estos pacientes, acondicionado para el y su familiar.”	Los informantes concuerdan con que el consultorio no es adecuado e insuficiente por ser un espacio abierto servicio de guardia es un lugar inadecuado debido a que es un espacio abierto y con posible fuga del paciente mental grave.	Condiciones inadecuadas que afectan la seguridad física y mental del paciente, debido al espacio abierto del servicio.	Condiciones inadecuadas que afectan la seguridad integral del paciente, debido a la falta de restricción en la circulación del servicio.
2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (enf.) P (no)	En la guardia de adultos ahora en si.. creería que no son adecuados, a nivel personal creo que no esta en condiciones el lugar donde le brindamos la atención al paciente ya que es un consultorio que anteriormente se utilizaba para atención medica, hay muchos		“Creo que no esta en condiciones el lugar donde se brinda atención al paciente, porque es fácil escapar, ya que la guardia es un lugar abierto.”			

	lugares por donde se puede escapar, porque la guardia es un lugar abierto					
3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA (enf.) P (no)	Actualmente tenemos un lugar acondicionado para la atención de pacientes con patologías mentales, tratamos de dejar los pacientes ahí para que estén mas tranquilos, para que puedan tener acompañamiento familiar permanente, porque al ser un servicio abierto dificulta que el paciente deambule por el servicio, me gustaría que haya otra cama, otro lugar, pero lamentablemente solo hay un solo consultorio y cuando se colapsa se ubican en otras camillas que no están en condiciones para este tipo de pacientes.		“Tenemos un lugar acondicionado para la atención de estos pacientes, así pueden estar mas tranquilos y tener mas acompañamiento familiar, me gustaría que hubiera otra cama, otro lugar, pero lamentablemente solo hay uno solo y los q llegan deben ubicarse en camillas.”			
4 E (55)	“desde la contención digamos de palabra o de		“Desde la contención no			

<p>GM AA (28) AS (15) FA (Enf) P (no)</p>	<p>actitud, o edilia no esta preparado el servicio y la gente lo sabe, me refiero a los pacientes, me refiero a la cúpula directiva, sabe que no estamos preparados para recibir, ponele, cuatro pacientes mentales graves, no puedes poner un paciente mental grave y no tener la herramientas para hacer la contención mecánica”</p>		<p>esta preparado el servicio para recibir cuatro pacientes simultáneos, solo ubicas a uno y los demás quedan con otros pacientes.”</p>			
<p>5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (enf.) P (no)</p>	<p>La guardia tiene un consultorio exclusivo para pacientes de salud mental, si este esta ocupado se lo acomoda en cualquier camilla donde pueda ser contenido, si esta todo lleno incluso en la entrada de ambulancia cerca de personal policial, no son condiciones adecuadas cuando hay colapso de pacientes.</p>		<p>“La guardia tiene solo un consultorio para los pacientes de salud mental, si esta ocupado se lo debe acomodar en cualquier otra camilla, que no son adecuadas para la contención de los pacientes.”</p>			
<p>Categoría 9: necesidad de mejorar los espacios para la seguridad de los pacientes y evitar riesgo de fuga por ser un servicio abierto.</p>						

10. ¿Reciben capacitaciones para el cuidado de estos pacientes? De no ser así que sucedió y que efectos tuvo en el cuidado de enfermería?						
Codificación	Relato textual	comentario	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (enf) P (no)	“Capacitaciones no tenemos sobre el cuidado de los pacientes de salud mental” “el cuidado mejoro por la experiencia que se va adquiriendo.”		“Capacitaciones no tenemos, pero el cuidado mejoro por la experiencia que se va adquiriendo.”	Los informantes coinciden en la falta de capacitaciones, y se valora la experiencia adquirida, y la que se obtiene por medio de los compañeros mas expertos, además de los conocimientos previos, por lo que no se limita la forma de brindar el cuidado a los pacientes.	Falta de capacitaciones con efecto neutro en el cuidado debido a conocimientos previos, y la importancia de la experiencia adquirida y la que se obtiene con los compañeros mas expertos en la atención del paciente mental grave.	Efecto neutro en el cuidado ante la falta de capacitaciones. Apreciación a la experiencia adquirida de colegas y del aprendizaje diario en la atención del paciente mental grave.
2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (Enf.) P (no)	“No, recibir capacitaciones no. Nosotros acá en la guardia lo afrontamos, de lo que traemos de base, de lo que se aprendió en lo que estudiamos y después la práctica” “para mi fue todo nuevo cuando tuve que atender acá en la guardia. Cuando tuve el primer contacto con el paciente no lo había tenido con un paciente con alteración grave y después lo vas aprendiendo con el tiempo, mas que nada después de la pandemia”		“No recibimos capacitaciones, lo afrontamos de lo que traemos de base, de lo que se aprendió o estudio. Fue todo nuevo con mi primer paciente y después lo vas aprendiendo con el tiempo.”			
3 E (47) GM	Capacitaciones no, solamente la capacitación que te da tu compañero el		“Capacitaciones no, solo lo que te da el compañero			

AA (12) AS (10) FA (Enf.) P (no)	mas antiguo que te dice que observes, que veas, que tengas ciertas consideraciones y después lo que uno va aprendiendo a medida que pasan los años, pero una capacitación especifica no. El efecto de enseñanza de mis compañeros es positivo porque la experiencia como en todo laburo vale mucho, por supuesto seria mucho mejor capacitarse con alguien idóneo en el tema y, la capacitación que tenemos es de los mismos compañeros.		mas antiguo que te dice que observes, tengas ciertas consideraciones, y lo que se aprende con el transcurso del tiempo. El efecto de enseñanza de mis compañeros es positivo porque la experiencia vale mucho.”			
4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (Enf) P (no)	No recibimos nada desde que trabajo en la guardia, igualmente no me condiciono la forma de atender		“No recibimos nada en la guardia, igualmente no me condiciono la forma de atender.”			
5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (Enf.)	No hemos recibido capacitaciones, solo se trabaja desde la experiencia y de lo se va aprendiendo día a día, no hay un efecto concreto porque podemos		“No recibimos capacitaciones, solo se trabaja desde la experiencia y de lo que se va			

P (no)	llegar a tratar al paciente que esta tranquilo o brotado, o sea el trabajo se hace igual.		aprendiendo día a día, el trabajo se hace igual cualquiera sea la forma de ingreso del paciente.”			
Categoría 10: ausencia de capacitaciones formales en el servicio, el cuidado se realiza por la experiencia adquirida en la atención diaria, y la formación terciaria o universitaria.						

11. ¿Que significa para ud. poder afrontar el cuidado a personas a personas con alteración mental grave?						
Codificación	Relato textual	Comentario	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (Enf.) P (no)	Para mi poder afrontar es sintiéndome cómoda, ellos buscan en uno que no es de su entorno para contar sus cosas y que muchas veces no le cuentan al familiar que le pasa, porque esta asi sino que uno al tratarlo bien se gana esa confianza, se le habla y ellos se sienten seguros, creo que así mejora mi cuidado y me siento		“Poder afrontar es sentirme cómoda, ellos buscan confiar en nosotros que los tratamos bien y se sienten seguros, creo que así mejora mi cuidado y me siento bien.”	Los entrevistados manifiestan una discrepancia ya que el primero refieren sentirse cómodo al ganarse la confianza del paciente por medio del trato cordial y mayor calidad en el cuidado. El segundo entrevistado	Los informantes consideran el afrontamiento desde una atención con buen trato, buena comunicación, tranquilidad y la confianza que se gana de los mismos pacientes que genera herramientas, seguridad y	Afrontamiento relacionado con una actitud positiva, trato humanizado, y comunicación efectiva lo que genera seguridad y calidad del cuidado.

	bien.				
2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (Enf.) P (no)	A nivel personal todavía me cuesta, si bien ya estoy un poco acostumbrada, mas que nada cuando el paciente esta muy alterado, cuando esta así me provoca miedo a que me pueda agredir o lastimar, todavía estoy con eso. Por ahí se presentan pacientes muy agresivos y hay que hacerles las sujeciones entre varios y uno va con la jeringa para inyectarlo, miedo mas que nada a eso, cuesta todavía.		“Todavía me cuesta, aunque me acostumbre un poco, cuando el paciente esta muy alterado me provoca miedo a que me agreda o lastime.”	refiere miedo a pesar de los años en el servicio. El 3er informante dice realizar su cuidado como parte de la labor diaria y las herramientas que eso le suma en la atención del paciente. El 4to informante manifiesta que afrontar es hacerle frente a la atención de los pacientes, conocerlos mejor y aprender de ellos, y el 5to lo realiza desde la tranquilidad, buen trato y comunicación.	calidad en el cuidado.
3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA (Enf.) P (no)	Lo afronto como una actividad que me corresponde como enfermero digamos tratar estos pacientes diferentes a los otros pacientes que vienen por un dolor abdominal y de otros tipos, se le encuentra la forma, con herramientas y se trata		“Lo afronto como una actividad que me corresponde como enfermero, tratar a estos pacientes se le encuentra la forma, con herramientas que ayudan afrontar la atención al paciente.”		

	de afrontar de la mejor manera.					
4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (Enf) P (no)	Afrontar para mi es no huirle a la atención de estos pacientes, hacerle un seguimiento para poder conocerlo mejor, me ayuda a manejarme a mi, a aprender también y si no sabes algo buscas esa información.		“Afrontar es no huirle a la atención de estos pacientes, hacerle un seguimiento para conocerlo mejor me ayuda a aprender mas y busco información si es necesario.”			
5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (Enf.) P (no)	Creo que afrontar es realizar el cuidado sin miedos, desde la tranquilidad y buena comunicación, y tratar al paciente desde una visión mas humana.		“Afrontar es realizar el cuidado sin miedos, desde la tranquilidad, buena comunicación, y tratar al paciente desde una visión humana.”			

Categoría 11: seguridad y tranquilidad al brindar un cuidado de buena calidad y atención, al ir adquiriendo herramientas de comunicación y habilidades técnicas mediante la experiencia.

12. ¿Que mecanismo de afrontamiento crea o utiliza en la atención de las personas con alteración mental grave?						
Codificación	Relato textual	Comentario	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10)	Hablarle al paciente, presentarme, explicarle lo que voy hacer de la mejor forma posible, para que pueda colaborar y no		“Hablar con el paciente, explicarle lo que voy hacer de la mejor forma para	Tres de los informantes concuerdan en que usan como mecanismo el	Comunicación verbal y gestual como mecanismo de afrontamiento, sumado a la	Uso de la comunicación verbal y gestual, de la intuición como profesional

FA (Enf.) P (no)	generar una resistencia en el.		que colabore.”	hablarles y explicarles por medio de lo verbal y gestual a los pacientes con alteración mental. Otro informante refiere mantener miedo pero hacerle frente a su labor como enfermera, el ultimo informante manifiesta que su mecanismo es la intuición y ganarse la confianza del paciente.	intuición de enfermería y actitud decisiva a pesar del miedo todavía presente en la atención.	y de actitud decisiva a pesar del miedo durante la atención del paciente.
2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (Enf.) P (no)	Me preparo mentalmente, bueno digo lo tengo que hacer, ósea soy la enfermera a cargo en ese momento y cuento hasta diez, respiro y trato de que no se me note porque por dentro tengo miedo, pero voy y enfrento la realidad en lo que me toca hacer.		“Me preparo mentalmente porque soy la enfermera a cargo, respiro y trato de que no se me note que tengo miedo, enfrento la realidad de mi labor.”			
3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA (Enf.) P (no)	El mecanismo generalmente que yo uso es la comunicación, la expresión verbal digamos, el gesto con las manos, tratar de llegar a una buena comunicación con el paciente cuando se puede, cuando no se puede bueno hay pacientes por su propia patología no están en condiciones de hablar, están muy reactivos, esta muy agresivo y bueno ahí se actúa de diferente forma, primero se trata de calmarlo, ver que el paciente no se lastime, o lastime a otras personas.		“El mecanismo que uso es la comunicación, la expresión verbal y gestual y si esta muy alterado tratar que se calme.”			
4	Muchas veces la atención		“Muchas veces la			

<p>E (55) GM AA (28) AS (15) FA (Enf) P (no)</p>	<p>se hace desde la intuición porque por mas que vos sepas un montón de salud mental, muchas veces no lo vas a poder abordar desde lo que vos sabes, sino que lo vas hacer desde tu intuición. Y eso no esta escrito lo que tienes que hacer con determinado paciente, una vez que el paciente te toma confianza ahí si ya entras con los pasos a seguir para su atención.</p>		<p>atención se hace desde la intuición, no solo desde lo que se sabe. Una vez que el paciente toma confianza ahí ya comenzas con los cuidados.”</p>			
<p>5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (Enf.) P (no)</p>	<p>Sea cual sea mi paciente trato de hablar con el, que entienda que todo lo que se va hacer es por el bien de el o ella, que sienta que se lo trata con respeto y sobre todo sin estigmatizaciones.</p>		<p>“Trato de hablar con el paciente, que entienda que todo lo que se va a realizar es por su bien, que sienta que se lo respeta y no se lo estigmatiza.”</p>			
<p>Categoría 12: Presencia de una comunicación clara por medio de lo verbal y gestual desarrollando su conocimiento personal, la intuición del profesional, y actitud decisiva y tranquila a pesar de los miedos durante la atencion de los pacientes.</p>						

13. ¿Cual es el aprendizaje de la atención a pacientes con alteración mental grave?

Codificación	Relato textual	comentario	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (Enf.) P (no)	Mucho, aprendes mucho de esos pacientes porque no todos tienen lo mismo, si bien coincide en la misma patología, muchos tienen distinto digamos el desarrollo, la forma de enfrentar su realidad.		“Aprendes mucho de esos pacientes, porque tienen la forma de enfrentar la realidad distinta.”	Los informantes manifiestan que su aprendizaje se basa en la tolerancia, el cuidado humanizado, la empatía, tratar de llegar a ellos y comprenderlos, ver al paciente sin juzgarlo más allá de su alteración, investigar más sobre ellos para poder ayudarlos mejor y a su familia, incluso un mayor conocimiento a nivel personal, aceptar que cada paciente es distinto.	Aprendizaje basado en la tolerancia, el cuidado humanizado, la comprensión sin juicios hacia la persona además del Interés en la formación continua para un cuidado integral.	Aprendizaje significativo, por medio de un cuidado humanizado e integral hacia el paciente además del interés en la formación continua sobre el abordaje a estas personas.
2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (Enf.) P (no)	A nivel personal fue la tolerancia primero, la forma de buscar que el paciente confíe en mí o sea más que nada humanizarte, te humaniza, lo ves desde otro punto de vista, por ahí acá es todo muy mecánico todo, rutinario, al paciente lo tienes un ratito nomás, como el paciente de salud mental es un paciente distinto, me refiero a una urgencia de un baleado o un paro, es distinto, vos tienes que relacionarte con esos pacientes y tratar de llegar a ellos, tienes que comprender eso y tratar de llegar a ese paciente y creo que la		“A nivel personal fue la tolerancia, ganarme la confianza, te humaniza, tienes que relacionarte con esos pacientes y tratar de llegar a ellos, tienes que comprenderlos, creo que la tolerancia, la empatía se tienen que fortalecer más como parte del cuidado.”			

	tolerancia, la empatía se tiene que fortalecer mas como parte del cuidado, lo que aprendí también fue el tema de la medicación es como que un refresco de todo lo que se ve se utiliza de diferentes formas.					
3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA (Enf.) P (no)	Mi aprendizaje es verlos como una persona normal solamente que están cursando una patología mental, hay que verlo como eso. Lo que te hacen o te digan no es personal, se expresan diferente por su propia patología, te agreden o te insultan por eso mismo, no tomarlo personal sino comprender a ese paciente que esta fuera de si. No juzgarlo.		“Mi aprendizaje es verlos como una persona normal con una patología mental, no tomar personal la agresión física o verbal, no juzgarlo sino que comprenderlo.”			
4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (Enf.) P (no)	A mi me parece que si porque me gusta mucho este tipo de pacientes porque me llevo a investigar, estudiar mas, leer, eso te da las pautas de que cuando quieres aprender puedes hacer muchas cosas, puedes ayudar mas no solo al		“Me gusta este tipo de pacientes porque me llevo a investigar, estudiar mas, leer y con eso poder ayudar mas al paciente y su familia.”			

	paciente sino al familiar igual.					
5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (Enf.) P (no)	Aprendizaje un montón, porque llegas a entender cosas personales a nivel familiar que desconocías, aprendes que cada paciente tiene una historia y es único y también el abordaje a cada uno de ellos.		“Aprendes un montón, porque llegas a entender cosas relacionadas a lo personal y familiar que desconocías, aprendes que cada paciente tiene su historia y es único y su abordaje igual.”			
Categoría 13: Cuidado humanizado y holístico además del interés en la formación continua sobre la atención a las personas con enfermedades mentales.						

14. ¿Que relevancia le da a ese aprendizaje que se obtiene en el cuidado de pacientes con alteración mental grave?						
Codificación	Relato textual	Comentario	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (Enf.) P (no)	“Que el paciente se sienta cómodo, es lo mas importante, que ellos confían en uno, cuando no confían en el familiar, hablandoles bien ellos se sueltan.”		“Que el paciente confie en uno, que se sienta cómodo por medio del buen dialogo.”	Los informantes manifiestan como importante entender las necesidades emocionales de la persona por medio del buen dialogo, escucha hacia el y su	Importancia de las necesidades emocionales de la persona por medio de una comunicación efectiva y escucha activa hacia el y su familia, no etiquetando a la	Relevancia basada en las necesidades emocionales de la persona, la comunicación efectiva y escucha activa hacia el y su entorno, respeto y empatía.
2 E (35) GF	La calidad del cuidado creo que le brindas al paciente a través de todo		“La calidad del cuidado que le brindas al			

AA (10) AS (10) FA (Enf.) P (no)	lo que se va aprendiendo, y como enfermera igual.		paciente a través de todo lo que se va aprendiendo como enfermera.”	familia para poder ayudarlos, la calidad del cuidado, además de no clasificarlos como “locos” y tener capacidad de tolerancia y comprensión.	persona con capacidad de tolerancia y comprensión.	
3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA(Enf.) P (no)	El aprendizaje mas grande es no verlos, no clasificarlos por pensar que están locos, están cursando una enfermedad de diferentes trastornos mentales y cada trastorno tiene su característica, tratarlo como un paciente enfermo lo mejor posible, que se tenga consideración como enfermero.		“Es no clasificarlos por pensar que están locos. Se debe tener consideraciones como enfermero por el tipo de patología.”			
4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (Enf) P (no)	Poder volcar todo ese aprendizaje en el paciente y la familia, poder ayudar desde la escucha y que el paciente se sienta cómodo, tratar de hacerle entender que le pasa y a que esta expuesto.		“Poder ayudar al paciente y a su familia desde la escucha. Explicar al paciente que le pasa y a que esta expuesto.”			
5 E (49)	Y todo ese aprendizaje me dio mas		“Me dio mas herramientas para			

GF AA (8) AS (8) FA (Enf.) P (no)	herramientas para poder brindar un cuidado de calidad, a ser mas tolerante, comprensiva.		brindar un cuidado de calidad, ser mas tolerante y comprensiva.”			
Categoría 14: El aprendizaje es valorado por los aportes significativos en la comunicación efectiva y escucha activa hacia la persona y su entorno, respeto y empatía en el cuidado.						

15. ¿Según su opinión, como debería ser el abordaje a las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias teniendo en cuenta este contexto social actual? Porque?						
Codificación	Relato textual	Comentario	R1	R2	R3	R4
1 E (49) GF AA (13) AS (10) FA (Enf.) P (no)	Me gustaría que sea mas corta la brecha entre ese ingreso, el protocolo que se realiza hasta que venga el equipo de salud mental, a veces es mucho tiempo la espera.		“Me gustaría que sea mas corta la brecha entre ese ingreso hasta la evaluación del equipo de salud mental.”	Los informantes concuerdan en la necesidad de una atención mas diligente al paciente de parte del equipo de salud mental, la necesidad de un lugar físico para su atención y la necesidad de protocolos escritos y claros, al igual que mas profesionales especialistas en la atención de estos pacientes.	Una atención mas dinámica al paciente por parte del equipo multidisciplinario, el espacio físico adecuado y un protocolo escrito y claro además de mas profesionales, son factores necesarios para un buen abordaje de los pacientes mentales.	Necesidad de una atención dinámica al paciente, en un espacio adecuado y con mas profesionales dirigidos a ellos, con implementación de protocolos de atención claros y escritos para brindar cuidados de enfermería de manera integral
2 E (35) GF AA (10) AS (10) FA (Enf.) P (no)	Primero creo que tendría que haber un lugar ideal donde se pueda atender este tipo de pacientes, no se si el consultorio que tenemos, en realidad a mi parecer no es adecuado pero después creo que tendría que haber un lugar físico y después un protocolo a seguir que sea escrito, algo que vos sepas, y		“Creo que tendría que existir un lugar físico ideal donde se pueda atender este tipo de pacientes, el consultorio que tenemos no es adecuado y después un protocolo que sea			

	que lo tengas claro como actuar. Hay veces que los dejan acá días y días sin familiares.		escrito y que tengas claro como actuar.”			
3 E (47) GM AA (12) AS (10) FA(Enf.) P (no)	Se necesita capaz una atención que sea mas rápida en estos pacientes, una vez que se hace el protocolo se espera tanto que venga la gente del equipo de salud mental, y los pacientes mismos se alteran mucho por el solo hecho de esperar tanto después de tener los resultados de laboratorio. Tenerlos ya y que la atención sea mas inmediata, no tenerlos tanto tiempo en la guardia y que haya mas profesionales para poder realizar esa función.		“Se necesita una atención mas rápida a estos pacientes, porque después que se realiza el protocolo de SM se espera tanto la atención del equipo especialista que los pacientes se alteran, que la atención sea mas inmediata y que hayan mas profesionales.”			
4 E (55) GM AA (28) AS (15) FA (Enf) P (no)	Primero la infraestructura, destinar un lugar para esos casos, destinar personal de enfermería, personal medico, para que el paciente se sienta contenido. Teniendo un lugar la cosa se simplificaría un poco, porque siempre va haber trabas a distintas niveles.		“Primero la infraestructura, destinar un lugar físico y personal de enfermería y médicos para la contención del paciente, se simplificaría un poco.”			

<p>5 E (49) GF AA (8) AS (8) FA (Enf.) P (no)</p>	<p>Creo que debería ser mas dinámico y con mas celeridad de parte del equipo de salud mental, no esperar hasta los resultados de laboratorio, sino brindar en conjunto con el equipo de guardia esa primera atención así dar seguridad al paciente alterado.</p>	<p>“Debería ser mas dinámico, con mas celeridad de parte del equipo de salud mental no esperar los resultados de laboratorio sino en conjunto con el equipo de guardia brindar esa primera atención y dar seguridad al paciente alterado.”</p>			
<p>Categoría 15: necesidad de una atención dinámica, con un espacio y equipo multidisciplinario acorde a la demanda de atención actual.</p>					

CATEGORIA DE ANALISIS

<p>1. ¿Como fueron sus primeros inicios en la atención de pacientes con alteración mental grave?</p>	<p>Experiencias desafiantes atravesadas por miedo, incertidumbre ante la falta de conocimientos en el abordaje de estos pacientes.</p>
<p>2. Al comenzar a prestar servicio en guardia ¿cómo fue</p>	<p>la experiencia de enfermería valorada como una herramienta que</p>

resolviendo situaciones que se presentaron con las personas que acuden a la guardia con alteración mental?	facilita el abordaje a través de nuevos modos de entrevistar y de la actitud respetuosa, tranquila y el trabajo en equipo.
3. ¿Hubo cambios en la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias? ¿Como es la demanda?	evidentes cambios significativos en el aumento en la demanda de pacientes adolescentes con alteraciones mentales
4. ¿Como organiza actualmente los cuidados en la atención de las personas con alteración mental grave?	Organización basada en un plan de cuidados sistemático bajo protocolos informales, entrevistas, y observación para el resguardo de la salud de la persona.
5. ¿Como se realiza el cuidado a los pacientes que ingresan con alteración mental grave en el servicio de urgencias?	cuidados diferenciados según la gravedad de la persona donde las principales herramientas son la comunicación y comprensión para optimizar los cuidados.
6. ¿Qué sensación le produce la atención hacia las personas con alteración mental grave al momento de realizar los cuidados?	sensaciones de tristeza por la situación de vulnerabilidad de la persona donde la empatía y sensibilidad en el abordaje generan satisfacción.
7. ¿Existen protocolos de atención para los pacientes con alteración mental grave? cuáles? ¿Son adecuados? ¿Quienes integran la atención como equipo de salud?	Equipo interdisciplinario presente en el abordaje inicial del triage, con necesidad de incorporar protocolos escritos para la continuidad de la atención de las personas con alteración mental.
8. ¿Cuáles son las dificultades para la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias?	Dificultades en el cuidado relacionadas con la demora en la atención, el espacio reducido, y el rechazo por miedo a las reacciones de algunas personas con alteración mental grave
9. ¿Cuáles son las condiciones o características que el servicio de urgencias presenta para la atención de estos pacientes con alteración mental grave?	necesidad de mejorar los espacios para la seguridad de los pacientes y evitar el riesgo de fuga por ser un servicio abierto.
10. ¿Reciben capacitaciones para el cuidado de estos pacientes? ¿De no ser así que sucedió y que efectos tuvo en el cuidado de enfermería?	ausencia de capacitaciones formales en el servicio, el cuidado se realiza por la experiencia adquirida en la atención diaria, y la formación terciaria o universitaria.
11. ¿Qué significa para ud. poder afrontar el cuidado a personas a personas con alteración mental grave?	seguridad y tranquilidad al brindar un cuidado de buena calidad y atención al ir adquiriendo herramientas de comunicación y habilidades técnicas mediante la experiencia.
12. ¿Qué mecanismo de afrontamiento crea o utiliza en la atención de las personas con alteración mental grave?	Presencia de una comunicación clara por medio de lo verbal y gestual, desarrollando el conocimiento personal, la intuición y actitud decisiva y tranquila a pesar de los miedos durante la atención de los pacientes.

13. ¿Cuál es el aprendizaje de la atención a pacientes con alteración mental grave?	Fortalecimiento del cuidado humanizado y multidimensional con interés en la formación continua sobre la atención a las personas con enfermedades mentales.
14. ¿Que relevancia le da a ese aprendizaje que se obtiene en el cuidado de pacientes con alteración mental grave?	El aprendizaje es valorado por los aportes significativos en la comunicación efectiva y escucha activa hacia la persona y su entorno, el respeto y empatía en el cuidado.
15. según su opinión, como debería ser el abordaje a las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias teniendo en cuenta este contexto social actual? Porque?	necesidad de una atención dinámica, con un espacio y equipo multidisciplinario acorde a la demanda de atención actual

1° CONVERGENCIA

1-Experiencias desafiantes atravesadas por miedo, incertidumbre ante la falta de conocimientos en el

La experiencia de enfermería es valorada como una herramienta que

abordaje de estos pacientes
2- la experiencia de enfermería valorada como una herramienta que facilita el abordaje a través de nuevos modos de entrevistar y de la actitud respetuosa, tranquila y el trabajo en equipo
10- ausencia de capacitaciones formales en el servicio, el cuidado se realiza por la experiencia adquirida en la atención diaria, y la formación terciaria o universitaria.
11- seguridad y tranquilidad al brindar un cuidado de buena calidad y atención al ir adquiriendo herramientas de comunicación y habilidades técnicas mediante la experiencia

2° CONVERGENCIA

4- Organización basada en un plan de cuidados sistemático bajo protocolos informales, entrevistas, y observación para el resguardo de la salud de la persona.
5- cuidados diferenciados según la gravedad de la persona donde las principales herramientas son la comunicación, comprensión para optimizar los cuidados.
6- sensaciones de tristeza por la situación de vulnerabilidad de la persona donde la empatía y sensibilidad generan satisfacción.
12- Presencia de una comunicación clara por medio de lo verbal y gestual desarrollando su conocimiento personal, la intuición del profesional, y actitud decisiva y tranquila a pesar de los miedos durante la atención de los pacientes
13- Fortalecimiento del cuidado humanizado y multidimensional con interés en la formación continua sobre la atención a las personas con enfermedades mentales.
14- El aprendizaje es valorado por los aportes significativos en la comunicación efectiva y escucha activa hacia la persona y su entorno, el respeto y empatía en el cuidado.

Las habilidades interpersonales, el plan de cuidados sistemático y diferenciado, la utilización de protocolos informales sumado a la tranquilidad, son de relevancia para brindar un cuidado integral y resguardar la salud de las personas en situación de vulnerabilidad

EJE: cuidado humanizado, a las personas con alteración mental grave.

3° CONVERGENCIA

3- evidentes cambios significativos en el aumento en la demanda de pacientes adolescentes con alteraciones mentales.
7- Equipo interdisciplinario presente en el abordaje bajo protocolo inicial del triage, necesidad de incorporar protocolos escritos para la continuidad en la atención de estas personas con alteración mental.
8- Dificultades en el cuidado relacionadas con la demora en atención, el espacio reducido, y el rechazo por miedo a las reacciones de algunas personas con alteración mental.
9- necesidad de mejorar los espacios para la seguridad de los pacientes y evitar el riesgo de fuga por ser un servicio abierto
15- necesidad de una atención dinámica, con un espacio y equipo multidisciplinario acorde a la demanda de atención actual



Necesidad de elaborar protocolos formales para la continuidad de los cuidados, mejorar los equipos y espacios físicos y fortalecer los equipos multidisciplinarios para una respuesta eficaz y eficiente a la demanda actual de atención de las personas con enfermedades mentales graves

EJE: modos de atención y espacios físicos.

INTERPRETACION DE LAS CONVERGENCIAS

1° CONVERGENCIA

La experiencia de enfermería es valorada como una herramienta que facilita el abordaje de un cuidado de buena calidad, basado en la actitud respetuosa, tranquila, la comunicación empática y el trabajo en equipo.

Elaborada con la categoría 1-2-10-11

En esta categoría se destaca a la experiencia de enfermería como generadora de conocimientos, gracias a los enfermeros/as con mas antigüedad en el servicio, lo que produce una apreciación a la experiencia adquirida de colegas y del aprendizaje diario en la atención del paciente mental grave lo cual facilita una mejoría en los cuidados y genera un ambiente seguro.

En la categoría 1 se hace mención sobre las Experiencias desafiantes atravesadas por miedo, e incertidumbre ante la falta de conocimientos inicialmente, es así que en el abordaje de estos pacientes; como relatan los informantes: 1-E (49)-GF-AA(13)-AS (10)-FA (enf.-)P (no) “Al principio fue complicado cuando empecé porque nadie te da un manual de cómo tratar al paciente que entro con un brote, agresivo, te da miedo de que te golpee...”

2-E (35)-GF-AA (10)- AS (10)- FA (enf.-)P (no) “La primera vez que tuve que enfrentar a los pacientes fue con temor, incertidumbre porque nunca había atendido pacientes con esa patología así de alterados, acá a la guardia llegan muy alterados a veces.

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (enf)-P (no) “Cuando comencé en el servicio era una mezcla de miedo y curiosidad, no tenía idea del manejo de pacientes mentales y menos en crisis, fue todo un desafío para mí porque cada paciente es diferente”; se relaciona con el Modelo de Lazarus y Folkman (1984) Esta teoría afirma que un evento en sí mismo no constituye un factor estresante. En cambio, se considera estresante solo después de que la persona lo haya evaluado como dañino o amenazante dentro de los límites del entorno, postula que el estrés surge no solo de eventos externos, sino también de las interacciones entre las personas y su entorno. Un elemento central del modelo es el proceso de evaluación, donde las personas evalúan si una situación representa una amenaza o un desafío en función de los recursos disponibles.

En virtud de la generación del conocimiento, del artículo del estado del arte “Generación, difusión y transferencia del conocimiento de Enfermería a la práctica de cuidado” se asocia con la categoría 1 la difusión del conocimiento, y se transforma en una necesidad humana esencial, un

derecho, un fundamento de toda organización social. Contribuir a una sociedad informada es uno de los desafíos globales, es un compromiso universal, que busca mejorar la calidad de vida de la humanidad.

De este modo la transferencia del conocimiento es de responsabilidad de los investigadores, académicos, profesionales e instituciones de salud, con el propósito de que el conocimiento generado sea conocido por las enfermeras/os y demás profesionales de la salud y utilizado por los equipos de salud, para de esta forma conseguir una atención de calidad para las personas, familias y comunidades.

Lagos-Garrido. (2015).

En la categoría 2 hace referencia a la experiencia de enfermería valorada como una herramienta que facilita el abordaje a través de nuevos modos de entrevistar y de la actitud respetuosa, tranquila y el trabajo en equipo y por esta causa los profesionales de enfermería brindan cuidado humanizado a la persona, familia y comunidad con la finalidad de proteger, recuperar y rehabilitar la salud a través de una atención integral, como lo relatan los informantes: 1-E (49)-GF-AA (13)-AS (10)-FA (enf)-P (no) “A medida que pasa el tiempo, enfocas otra forma de entrevistar al paciente para que colabore, le hablas con amabilidad. No lo miras en forma despectiva;

2-E (35)-GF-AA (10)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “Uno lo va asimilando, aprendiendo de los otros compañeros que tienen mas experiencia en el manejo del paciente y de la situación.”

3-E (47)-GM-AA (12)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “Lo hice aprendiendo de mis compañeros, con más años de servicio, me dieron herramientas y lo que tengo que considerar.”

4-E (55)-GM-AA (28)-AS (15)-FA (enf.)-P (no) “Cada situación es distinta al igual que cada paciente, lo ideal es manejar la situación tranquila.” Por ello, en su calidad de cuidadoras, deben comprender las experiencias, sentimientos y ansiedades. Esta información les permitirá brindar una atención más terapéutica y sensible. Es aquí donde se menciona El modelo de la Marea y permite que la recuperación se centre en los cuidados del sujeto y no en los síntomas de la enfermedad, entendiendo que la persona tiene diversas dimensiones que le permiten explorar su propio camino hacia la recuperación. Este modelo propone 10 compromisos que son la brújula metafórica para el profesional. Entre esos compromisos se encuentran: respetar el lenguaje, valorar la voz, desarrollar la curiosidad genuina, ser transparente, dar el don del tiempo, entre otros.

En la categoría 10 donde menciona la ausencia de capacitaciones formales en el servicio, el cuidado se realiza por la experiencia adquirida en la atención diaria y la formación terciaria o

universitaria según el relato de los informantes: 1-E (49)-GF-AA (13)-AS (10)-FA (enf)-P (no) “Capacitaciones no tenemos sobre el cuidado de los pacientes de salud mental” “el cuidado mejoro por la experiencia que se va adquiriendo.”

2-E (35)-GF-AA (10)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “No recibimos capacitaciones, lo afrontamos de lo que traemos de base, de lo que se aprendió o estudio. Fue todo nuevo con mi primer paciente y después lo vas aprendiendo con el tiempo.”

3-E (47)-GM-AA (12)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “Capacitaciones no, solo lo que te da el compañero mas antiguo que te dice que observes, tengas ciertas consideraciones, y lo que se aprende con el transcurso del tiempo. El efecto de enseñanza de mis compañeros es positivo porque la experiencia vale mucho.”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (Enf.)-P (no) “No recibimos capacitaciones, solo se trabaja desde la experiencia y de lo que se va aprendiendo día a día, el trabajo se hace igual cualquiera sea la forma de ingreso del paciente.”

Como fundamento de lo citado, se extrajo del artículo del estado del arte que hace referencia a que en la última década el personal de enfermería enfrenta el reto de intervenir terapéuticamente a personas con crisis, que requieren atención en el servicio de emergencia, donde los profesionales debido a la falta de capacitación, actualización y protocolización para la atención de estos pacientes, origina gran variabilidad clínica con respecto a la farmacoterapia, medidas de apoyo que faciliten el control del comportamiento agitado y la resolución de las crisis. Por estas consideraciones expresadas se ha creído conveniente realizar la Revisión Crítica titulada “Intervenciones de Enfermería a Personas en Crisis” que acuden al Servicio de Emergencia con el objetivo de identificar intervenciones en enfermería en las personas en crisis que acuden al servicio de emergencia con la metodología EBE (Enfermería Basada en Evidencias), llegando a formular la pregunta clínica PS: ¿Que intervenciones puede realizar una enfermera en personas que con crisis llegan al servicio de emergencia? En cuanto a la revisión bibliográfica de las cuales solo 1 logró pasar el filtro de Gálvez Toro, eligiéndose la guía titulada Intervención en Crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas. Como resultado a nuestra pregunta clínica se halló que la guía aporta diversas sugerencias basadas en la evidencia y así mismo recomienda realizar estrategias de creación y de evaluación logrando el éxito de las intervenciones. **Quiroz A. (2024).**

Asimismo, en la categoría 11 la cual se refiere a la seguridad y tranquilidad al brindar un cuidado de buena calidad y atención al ir adquiriendo herramientas de comunicación y habilidades técnicas mediante la experiencia como lo exponen los informantes: 1-E (49)-GF-AA (13)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “Poder afrontar es sentirme cómoda, ellos buscan confiar en nosotros que los tratamos bien y se sienten seguros, creo que así mejora mi cuidado y me siento bien.”

4-E (55)-GM-AA (28)-AS (15)-FA (Enf)-P (no) “Afrontar es no huirle a la atención de estos pacientes, hacerle un seguimiento para conocerlo mejor me ayuda a aprender mas y busco información si es necesario.”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (Enf.)-P (no) “Afrontar es realizar el cuidado sin miedos, desde la tranquilidad, buena comunicación, y tratar al paciente desde una visión humana.”

Se hace mención a la teoría de la enfermería humanística de Paterson y Zdeard, quien enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va más allá de un encuentro técnico entre sujeto y objeto. Sobre esta perspectiva, la enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente. En la progresión lógica de la teoría, se definen los seres humanos, la salud y la enfermería. Y como conceptos, el diálogo, la comunidad y la enfermería fenomenológica. Las autoras incluso hacen uso del sobre-concepto de diálogo que son: encuentro, relaciones, presencia, llamado y respuesta.

2° CONVERGENCIA

Las habilidades interpersonales, el plan de cuidado sistemático y diferenciado, la utilización de protocolos informales, sumado a la tranquilidad son de relevancia para brindar un cuidado integral, y resguardar la salud de las personas en situación de vulnerabilidad por la alteración mental grave

Elaborada con las categorías 4-5-6-12-13-14

En la categoría 4 donde se concluye que la organización basada en un plan de cuidados sistemáticos bajo protocolos informales, entrevistas y observación para el resguardo de la salud de la persona se menciona según los informantes: 1-E (49)-GF-AA (13)-AS (10) -FA (enf.)-P (no) “Se controla al paciente, se lo entrevista, se trata de contenerlo para que este tranquilo durante su estadía en la guardia, no dejándolo solo.”

2-E (35)-GF-AA (10)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “Depende, se hace el protocolo, lo evalúa el psiquiatra y se interna, o queda en el servicio internado por falta de cama, entonces se siguen las indicaciones médicas, control de signos vitales y sus cuidados.”

4-E (55)-GM-AA (28)-AS (15)-FA (enf.)-P (no) “Se recibe al paciente, se realiza control de signos vitales, y se activa el protocolo de salud mental es decir laboratorio de sangre y orina, si es un paciente con excitación psicomotriz se lo aborda diferente.”

5-E (49)-GF-AA (8) -AS (8)-FA (enf.)-P (no) “Si el paciente esta alterado se busca un consultorio individual, si está muy excitado se le realiza contención mecánica y los cuidados pertinentes, control de signos vitales, toma de muestra sangre y orina, plan de hidratación si se indica.”.

Estos relatos se asocian con la Teoría de enfermería humanística de Paterson y Zdeard que relaciona “las acciones que se realizan como parte del cuidado y que tiene el componente humanístico, en el cuidado a la persona con sufrimiento psíquico o enfermedad mental y deben ir más allá de la ejecución de determinados procedimientos técnicos, involucrando el estar-con y el estar- ahí, el compromiso emocional, los cuales requieren de la presencia activa de la enfermera(o). Una enfermera(o) tiene que ir más allá de la competencia técnica y del dominio biológico, el cuidado es un encuentro con el otro. En el encuentro entre enfermera(o) -persona el fin será poder conocer e interiorizar las experiencias de la vida del otro”.

Un aspecto importante en la categoría 5, que hace referencia a los cuidados diferenciados según la gravedad de la persona donde los principales momentos son la comunicación, comprensión para optimizar los cuidados según lo que relatan los informantes: 2-E (35)-GF-AA (10)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “Hay diferentes ingresos, con el paciente que está tranquilo se puede llegar a tener una buena comunicación, se le realiza CSV, y cualquiera sea la forma de ingreso se debe contenerlo.”

3-E (47)-GM-AA (12)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “Cuando ingresa se hace un protocolo, toma de muestra sangre y orina, CSV, se le habla y explica al paciente lo que vamos a hacer, asegurar que no quede solo.”

4-E (55)-GM-AA (28)-AS (15)-FA (enf.)-P (no) “Se trata de mantener una comunicación activa y efectiva con el paciente, trato de mantenerme seguro y que el paciente se sienta igual.”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (enf.)-P (no) “Se realizan los cuidados de rutina, pero además se le explica al paciente lo que vamos a hacer y tratando de calmarlo para que colabore, es fundamental comunicarnos y mostrar comprensión.” y es la presencia del cuidado humanizado en la atención de estos pacientes y se fundamenta en la teoría de Hiderald Peplau donde describe cuatro fases de relación enfermera–paciente, proceso que aunque implique ejecución de técnicas, procedimientos y utilización de dispositivos, no puede considerarse sólo técnico, sino interpersonal (Peplau, 1990). En la relación interpersonal, la enfermera de forma flexible se moviliza y asume distintas funciones y roles, además, utiliza al máximo sus habilidades, conocimientos y recursos para ayudar al enfermo. El proceso de relación, aunque se presente por etapas, es continuo. Tiene lugar como un compromiso entre dos personas, cuyo lecho es el conocimiento enfermero y la necesidad de ayuda del paciente. Este modelo teórico, caracterizado por la atención centrada en el paciente, puede ser utilizado en la enfermería a todos los niveles.

Martínez (2020).

Para este tema mencionamos un artículo traído del estado del arte en el que la responsabilidad que tiene enfermería en la **recuperación** de la salud mental de las personas que han pasado por dificultades que alteran su salud mental radica en la propia necesidad de mostrar que, como disciplina científica, se actúa en cada fase del proceso dejando de lado la idea de que solo se tiene cabida en la fase de diagnóstico y tratamiento farmacológico. Todas y cada una de las actividades que realiza el profesional de enfermería en todo el mundo tienen un **propósito, el cuidado de la vida; así**, dentro de la dinámica de la salud-enfermedad mental, se hace necesario el profesional de enfermería, ya que puede establecer una conexión entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo cultural y lo espiritual.

Zaraza Morales(2020).

Y desde el marco teórico conceptual podemos mencionar a sus principales referentes como Phil Barker y Poppy Buchanan-Barker, quienes estructuran la teoría de la marea en la recuperación de la salud mental (*Tidal Model*). Reconocida como una teoría de enfermería de mediano rango, puede aplicarse a la práctica profesional; este es el primer modelo en la recuperación de salud mental que fue evaluado rigurosamente por el sector público. haciendo referencia a las habilidades interpersonales lo que permite que la recuperación se centre en los cuidados del sujeto y no en los síntomas de la enfermedad, entendiendo que la persona tiene diversas dimensiones que le permiten explorar su propio camino hacia la recuperación.

López Cotachira, (2021).

En la categoría 6 que se refiere a la sensación de tristeza por la situación de vulnerabilidad de la persona donde la empatía y sensibilidad generan satisfacción según lo que relatan los entrevistados: 1-E (49)-GF-AA (13)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “Son muchos los pacientes jóvenes que llegan a la guardia dan mucha tristeza porque una tiene hijos de esa edad. Ellos necesitan mucha contención y muchas veces la buscan en personas que no son familiares. Me voy tranquila de que hice lo mejor con el paciente”

3-E (47)-GM-AA (12)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “Hay veces que es reciproco porque son comunicativos y te agradecen. La sensación es buena porque uno tiene mas herramientas para el manejo de estos pacientes.”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (enf.)-P (no) “Me sensibiliza mucho este tipo de paciente, cuando ves su contexto familiar, entiendes muchas cosas y el paciente percibe esa empatía a través del trato.”

Acá se toma como aspecto relevante la teoría de Lazarus y Folkman en la cual hace mención a Las estrategias de afrontamiento que a su vez se clasifican en dos tipos principales: el afrontamiento centrado en el problema, que busca abordar directamente el factor estresante, y el afrontamiento centrado en las emociones, que busca aliviar la angustia. El modelo reconoce que las respuestas de afrontamiento pueden evolucionar con el tiempo a medida que las personas reevalúan sus situaciones, lo que destaca la naturaleza dinámica de la gestión del estrés. En definitiva, el modelo transaccional ilustra cómo las evaluaciones cognitivas moldean las respuestas emocionales e influyen en el comportamiento, ofreciendo valiosas perspectivas sobre las complejidades del estrés y los mecanismos de afrontamiento en diversos contextos.

En la categoría 12 donde hace referencia a la presencia de una comunicación clara por medio de lo verbal y gestual desarrollando su conocimiento personal, la intuición del profesional y actitud decisiva y tranquila a pesar de los miedos según lo que manifiestan los informantes: 1-E (49)-GF-AA (13)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “Hablar con el paciente, explicarle lo que voy hacer de la mejor forma para que colabore.”

3-E (47)GM-AA (12)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “El mecanismo que uso es la comunicación, la expresión verbal y gestual y si esta muy alterado tratar que se calme.”

4-E (55)-GM-AA (28)AS (15)FA (Enf)-P (no) “Muchas veces la atención se hace desde la intuición, no solo desde lo que se sabe. Una vez que el paciente toma confianza ahí ya comenzas con los cuidados.”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (Enf.)-P (no) “Trato de hablar con el paciente, que entienda que todo lo que se va a realizar es por su bien, que sienta que se lo respeta y no se lo estigmatiza.” Aquí observamos que durante la atención de las personas, se pone de manifiesto el Modelo de la marea de Phil Barker que muestra que, a través de instrumentos como la escucha y el diálogo, el profesional de enfermería y de salud orienta a la persona en el proceso de recuperación. Esta se presenta desde una perspectiva filosófica, se invita al personal de salud a interiorizar la importancia que tienen las experiencias previas, las expectativas y la historia de la persona que sufre problemas de salud mental. Busca olvidar la atención centrada exclusivamente en los síntomas y se dirige a la reflexión y el análisis de la crisis como elemento que permite continuar con el proceso y el llamado «camino de la recuperación». **Galvis López, M. A. (2015)**

Y que se reafirma con el artículo del estado del arte que además coincide con el mismo Modelo de la Marea y es importante señalar que la población joven es quien se encuentran más afectada en edades de 15 a 29 años, lo que genera aumento de la discapacidad a nivel mundial, la oferta de unidades de salud mental es inferior a la demanda que presenta el país en la actualidad, y genera saturación de los servicios de urgencias de instituciones no especializadas en el campo. La intervención de enfermería en salud mental está respaldada en diferentes modelos y teorías, uno de ellos el **modelo de la Marea de Phil Barker**, que propone 10 compromisos que son la guía para que el personal de enfermería pueda comprender las necesidades de una persona con alteraciones en su salud mental. Los cuidados de enfermería que le brindan al paciente con alteraciones mentales en el servicio de urgencias basados en este modelo, son la escucha de sus necesidades, utilización de un lenguaje claro y sencillo; una minoría hacen juicios de valor al discurso, el tiempo dedicado a la atención por turnos a los pacientes es de 1 a 10 minutos; sin embargo, estos cuidados se dan de manera empírica, ya que no conocen el modelo, y su atención se basa en órdenes médicas y se centra en las necesidades fisiológicas. **Salazar Sanchez 2021.**

La categoría 13 que hace referencia al fortalecimiento de cuidado humanizado y multidimensional con interés en la formación continua sobre la atención a las personas con enfermedades mentales se hace mención de lo que exponen los informantes: 2-E (35)-GF-AA (10)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “A nivel personal fue la tolerancia, ganarme la confianza, te humaniza,

tenes que relacionarte con esos pacientes y tratar de llegar a ellos, tenes que comprenderlos, creo que la tolerancia, la empatía se tienen que fortalecer mas como parte del cuidado.”

3-E (47)-GM-AA (12)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “Mi aprendizaje es verlos como una persona normal con una patología mental, no tomar personal la agresión física o verbal, no juzgarlo sino que comprenderlo.”

4-E (55)-GM-AA (28)-AS (15)-FA (Enf.)-P (no) “Me gusta este tipo de pacientes porque me llevo a investigar, estudiar mas, leer y con eso poder ayudar mas al paciente y su familia.”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (Enf.)-P (no) “Aprendes un montón, porque llegas a entender cosas relacionadas a lo personal y familiar que desconocías, aprendes que cada paciente tiene su historia y es único y su abordaje igual.” y se trae como sustento el artículo del estado del arte Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PHCE) para los pacientes con alteraciones en salud mental y sus familiares, en el cual sostiene que Hablar del concepto de humanización de los servicios de salud es extraño; dado que estos mismos se encuentran dirigidos exclusivamente hacia los seres humanos; sin embargo en estos momentos se hace imperativo trabajar hacia volver más humana la atención en salud dada la tecnificación de cada uno de los procesos y procedimientos de tipo asistencial, y a la prioridad que se le está dando a que estos procesos sean cada vez más costo-efectivos, lo que se traduce en profesionales que funcionan como especie de autómatas, sobre poniendo los resultados a los aspectos de corte administrativo y financiero por encima de la esencia misma del cuidado “las persona”; esta situación hace que los profesionales pierdan o desvíen la atención que acorde a los preceptos de la humanización y esto se evidencia en el quehacer diario del personal de salud en el servicio de urgencias ya que como se menciona funcionamos como especie de autómatas en ciertas ocasiones es por ello que cuando hablamos de humanización se busca dar valor a cada uno de los diferentes actores que se encuentran relacionados de forma directa o indirecta en el cuidado y la atención en salud como son: los pacientes, los distintos profesionales de la salud y el personal administrativo y logístico.

Murillo Cañón, (2018).

Además se hace mención a la teoría de Peplau que hace referencia a que la enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia”.

Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera/o paciente: Orientación, el individuo tiene una “necesidad insatisfecha” y precisa apoyo profesional. El enfermero/a ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita; Identificación, el paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo (relación); Explotación, el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación; Resolución, durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero/a.

La teoría de Jean Watson y cuidado humanizado, que no se encuentra en el presente trabajo pero que es muy importante mencionar, expone diferentes indicadores como la Formación de un sistema humanístico, Inculcación de la Fe, Relación de ayuda, promoción de la enseñanza-aprendizaje y provisión de un entorno de apoyo-protector siendo estas necesarias para el crecimiento espiritual y autocuidado y percepción de cada individuo para este mejorar y progresar de su propio proceso de la enfermedad protegiendo la salud y garantizando un entorno social, físico, y emocional que conduzcan el adecuado crecimiento de su autocontrol y curación como satisfactorios en la percepción de la realidad de su calidad de vida.¹⁹

Pedraza Acosta (2018).

En la categoría 14 hace mención al aprendizaje valorado por los aportes significativos en la comunicación efectiva y escucha activa hacia la persona y su entorno, el respeto y empatía en el cuidado, como lo afirman los entrevistados: 1-E (49)-GF-AA (13)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “Que el paciente se sienta cómodo, es lo mas importante, que ellos confían en uno, cuando no confían en el familiar, hablandoles bien ellos se sueltan.”

3-E (47)-GM-AA (12)-AS (10)-FA(Enf.)-P (no) “Es no clasificarlos por pensar que están locos. Se debe tener consideraciones como enfermero por el tipo de patología.”

4-E (55)-GM-AA (28)-AS (15)-FA (Enf.)-P (no) “Poder ayudar al paciente y a su familia desde la escucha. Explicar al paciente que le pasa y a que esta expuesto.”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (Enf.)-P (no) “Me dio mas herramientas para brindar un cuidado de calidad, ser mas tolerante y comprensiva.” y traemos como sustento el artículo del estado del arte que expresa que somos personas y vivimos con los demás en nuestro entorno profesional y personal, trabajamos con personas, las atendemos, convivimos con ellas, necesitamos comunicarnos y no es opcional, queramos o no, nos comunicamos en todo momento de una forma verbal y no verbal. Necesitamos ser eficaces en nuestra comunicación, necesitamos

¹⁹ <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/12732>

de una convivencia y de una relación personal y profesional sana. Hablar es saludable y es una necesidad, cuando lo hacemos necesitamos que se nos escuche y se nos escuche bien, cuando podemos estar diciendo algo importante para nosotros y la otra persona no le presta la debida atención que se merece o se permite opinar y se permite emitir un juicio al respecto quitándole importancia a lo que estamos expresando o se interrumpe cambiando de tema, o dando su opinión personal, es una experiencia que podemos identificar con un sentimiento de orfandad, y no hay conexión. Valoramos cuando la persona aprecia y se detiene prestando atención a lo que decimos.

Comprobamos la satisfacción que experimenta la persona al contar su historia y que poco conectamos con su alegría o con su dolor, se necesita detenerse, es mas fácil hablar y preguntar que escuchar y conectar con la persona, se tiene prisa por intervenir, falta cultura de escucha adecuada que de profundidad así se evitaría choques y conflictos. Saldrá a la luz una comunicación autentica, y no se trata de escuchar dando la razón a nadie, sino escuchar haciendo pensar para “llegar a”.

Ariste Mur, E. (2021

3° CONVERGENCIA

Necesidad de elaborar protocolos formales para la continuidad de los cuidados, mejorar los equipos y espacios físicos y fortalecer los equipos multidisciplinarios para una respuesta eficaz y eficiente a la demanda actual de atención de las personas con enfermedades mentales graves

Elaborada con las Categorías 3-7-8-9-15

Presencia de diversas dificultades que ponen en riesgo los cuidados de enfermería relacionados con protocolos informales, espacio físico reducido y equipo interdisciplinario no acorde a la demanda actual de personas con alteración mental.

Aquí podemos observar por el relato de los entrevistados: una serie de factores negativos como la falta de protocolos escritos, los cuales se realizan de manera implícita y solo con un protocolo de triage el cual si esta estandarizado y facilita la atención ágil y eficaz.

Además de no contar con un espacio adecuado para la atención de estas personas. Y por último se menciona una atención tardía e insuficiente por parte del equipo interdisciplinario.

Se hace mención con respecto a la categoría 7 según lo expuesto por los entrevistados: 1-E (49)-GF-AA (13) -AS (10) -FA (enf.)-P (no) “Si existen protocolos cuando llega el paciente, que es

el laboratorio (sangre y orina), el equipo lo integran el enfermero, medico de guardia, y equipo de salud mental.”

2-E (35)-GF-AA (10)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “No hay un protocolo escrito, hay como un acuerdo en donde todos debemos ingresar al paciente y el protocolo de salud mental es sacarle sangre y orina. No creo que sean adecuados ni para enfermería ni para el paciente.”

3-E (47)-GM-AA (12)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “No hay un protocolo escrito, se lo ingresa y evalúa enfermería en el triage, lo evalúa médico de guardia e indica protocolo de sangre y orina, luego del resultado viene el equipo de salud mental a evaluar al paciente y decide si dar el alta o si queda internado.”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (enf.)-P (no) “El protocolo que se maneja en la guardia es algo que se sabe, no hay nada escrito, toma de muestra sangre y orina, sujeción mecánica si es necesario, y queda acompañado de un familiar. Son adecuados hasta cierto punto porque es bastante la espera por los resultados del laboratorio y el paciente se enoja. El equipo de salud lo integra médico de guardia, enfermería, equipo de salud mental. Siquiatra, psicólogo. Trabajador social”. Se hace mención con respecto a esta categoría el artículo del estado del arte que evidencia la escasez de protocolos de intervención en salud mental y la percepción de que podrían limitar la lectura singular de cada situación crítica son desafíos identificados en la práctica. No obstante, los protocolos pueden ser herramientas organizativas valoradas en circunstancias complejas. En la bibliografía se destaca la necesidad de acompañar su implementación con capacitación para evitar enfoques exclusivamente burocráticos y deshumanizados. Para abordar esta brecha, se realizó esta investigación, en la que se diseñó un protocolo de actuación en urgencias de salud mental y una capacitación acorde para el personal de salud del primer nivel de atención de un territorio del área metropolitana de Buenos Aires. **Resultados:** Se halló que su implementación favoreció respuestas más adecuadas en contextos críticos y mejoró el conocimiento acerca de las estrategias de resolución que pueden efectuarse en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, reforzando asimismo factores protectores de la salud mental de los trabajadores de la salud, tales como el acceso a una estrategia que colabore en la organización de la tarea y el trabajo en equipo.

Azcona, M. (2024).

También mencionamos el cuidado de la salud mental y su asociación con la **Teoría del ser humano unitario** que si bien no fue citada en el marco teórico es importante resaltar ya que, busca fomentar una interacción armoniosa entre los pacientes expuestos al servicio de la salud y el

entorno que los rodea, para así, lograr integrarlos y conseguir el máximo potencial en salud respectivamente. La relevancia quizá de esa teoría puede ejercer efectos positivos en el cuidado de la salud mental. Por lo tanto, este análisis tipo revisión sistemática plantea investigar los diferentes enfoques de la teoría y sus beneficios en el cuidado de la salud mental. Para aquello se toma como base los siguientes paradigmas: persona, entorno, salud y enfermería. En un contexto globalizado y refiriéndose al campo de la salud mental, existe una carencia de atención o falta de importancia hacia este problema latente. Es decir que las profesiones y las instituciones de salud carecen de protocolos orientados a brindar tipos de apoyos favorables para este tipo de pacientes; conllevando a que personas que sufran algún tipo de patología o estén inmersas en la atención de la salud, desmejoren su salud por problemas de tipo ansiedad, depresión, entre otros; disminuyendo su bienestar y funcionalidad tanto emocional como física. A partir de esta problemática, nace la necesidad de estudiar protocolos, teorías, entre otros; que ayuden a brindar una atención eficaz, por parte de los profesionales de la salud. A manera de abarcar los contextos armonía y salud mental, se propone investigar dichas teorías.²⁰

Espinoza, (2021).

Con respecto a la categoría 3 y según lo que expresan los informantes: 1-E (49)-GF-AA (13)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “Después de la pandemia aumento mucho la atención a estos pacientes, no tan solo adultos sino también jóvenes, con brotes, ataques de ansiedad, pánico.”

2-E (35)-GF-AA (10)-AS (10) -FA (enf.)-P (no) “Después de la pandemia son muchísimos más los pacientes que acuden a la guardia, y cada vez más jóvenes de 15 a 20 años con diferentes alteraciones mentales.”

3-E (47)-GM-AA (12)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “Hubo cambios, hay más demanda, se ven pacientes más jóvenes que adultos, adolescentes 15-16 años.”

4-E (55)-GM-AA (28)-AS (15)-FA (enf.)-P (no) “En los pacientes mentales si cambio mucho la vida social y familiar y se fue incrementando con la debacle social del país”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (enf.)-P (no) “Hubo grandes cambios porque la guardia no da abasto con tantos pacientes sumado a los de otras patologías, hubo cambios en las edades, cada

²⁰ https://www.researchgate.net/profile/Johanna-Reyes-Reinoso/publication/352581926_Teoria_del_ser_humano_unitario_en_el_cuidado_de_la_salud_mental_una_revision_sistemica/links/66268deef7d3fc287475f53c/Teoria-del-ser-humano-unitario-en-el-cuidado-de-la-salud-mental-una-revision-sistemica.pdf

vez más jóvenes, se culpa a la pandemia pero creo que también se debe al momento socioeconómico que estamos atravesando.”, se cita otro artículo del estado del arte relacionado a este tema que menciona a la atención de salud mental en adolescentes desempeña un papel importante para prevenir y tratar problemas como la depresión, el trastorno de ansiedad y los trastornos alimentarios. Una adecuada atención en salud mental puede mejorar su bienestar emocional y rendimiento académico. Sin embargo, a menudo se subestima la necesidad de esta atención durante este periodo de la vida, y tiene como objetivo identificar información clave sobre la atención enfermera en el manejo de la salud mental en adolescentes para mejorar la intervención sanitaria. los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en su manejo. Las intervenciones de enfermería en la atención de la salud mental en adolescentes, y la necesidad de una atención enfermera adaptada a las necesidades de este grupo de población son clave para mejorar la salud mental de los adolescentes y prevenir problemas futuros, lo que a su vez tendrá un impacto positivo en la sociedad en general. **Aranda, 2022**

Con respecto a la categoría 8, se expone el relato de los entrevistados: 1-E (49)-GF-AA (13)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “El tiempo que el paciente espera para ser evaluado, se pone ansioso y se quiere retirar sin ser atendido.”

3-E (47)-GM-AA (12)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “No se cuenta con un lugar específico para esa persona, necesitan un lugar tranquilo no con tanto movimiento como el servicio de guardia.”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (Enf.)-P (no) “Las dificultades son el espacio que es muy limitado y el tiempo de espera de evaluación de equipo de salud mental porque los pacientes se brotan, se fugan muchas veces, y enfermería no puede cuidarlos todo el tiempo.” Y se hace mención el artículo del estado del arte menciona que la violencia en el trabajo está presente en muchos sectores laborales, pero en el ámbito de la salud mental los profesionales tienen un mayor riesgo por la estrecha relación que mantienen con los usuarios. El presente estudio analizó las manifestaciones hostiles de los usuarios hacia los profesionales de enfermería de Salud Mental y Urgencias de los hospitales del Servicio Murciano de Salud (SMS) en España y determinó la frecuencia de exposición a las distintas conductas violentas. Se llevó a cabo con una muestra de 518 profesionales de enfermería de cuatro servicios hospitalarios: Salud Mental, Urgencias, Hospitalización Médica y Materno-Infantil. El personal de enfermería más expuesto a la violencia fue el de Salud Mental y Urgencias. La violencia no física fue más frecuente en Urgencias y la

física en Salud Mental. Entre las consecuencias de la exposición a la violencia no física se hallan el agotamiento emocional de los trabajadores y la presencia de malestar psicológico.

Bartolomé Llor, 2020.

Aquí también podemos mencionar relacionado a la violencia en el trabajo, el Modelo conceptual de Lazarus y Folkman que postula que el estrés surge no solo de eventos externos, sino también de las interacciones entre las personas y su entorno. Un elemento central del modelo es el proceso de evaluación, donde las personas evalúan si una situación representa una amenaza o un desafío en función de los recursos disponibles. La evaluación primaria consiste en determinar si un evento es perjudicial, mientras que la evaluación secundaria evalúa la capacidad de la persona para afrontar la amenaza percibida. Si la situación se considera una amenaza, se activa la evaluación secundaria. Durante esta evaluación, las personas evalúan su propia capacidad para lidiar con el factor estresante y analizan qué mecanismos de afrontamiento serían más eficaces. Las técnicas de afrontamiento incluyen evitar, minimizar, modificar o aceptar una situación estresante. La reevaluación consiste en evaluar y modificar repetidamente las percepciones generadas durante la evaluación primaria o secundaria. En una situación continua, la amenaza percibida puede interpretarse posteriormente como un desafío

En las categorías 9 según lo expresado por los informantes: 2-E (35)-GF-AA (10)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “Creo que no esta en condiciones el lugar donde se brinda atención al paciente, porque es fácil escapar, ya que la guardia es un lugar abierto.”

3-E (47)-GM-AA (12)-AS (10)-FA (enf.)-P (no) “Tenemos un lugar acondicionado para la atención de estos pacientes, así pueden estar mas tranquilos y tener mas acompañamiento familiar, me gustaría que hubiera otra cama, otro lugar, pero lamentablemente solo hay uno solo y los q llegan deben ubicarse en camillas.”

4-E (55)-GM-AA (28)-AS (15)-FA (Enf)-P (no) “Desde la contención no esta preparado el servicio para recibir cuatro pacientes simultáneos, solo ubicas a uno y los demás quedan con otros pacientes.”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (enf.)-P (no) “La guardia tiene solo un consultorio para los pacientes de salud mental, si esta ocupado se lo debe acomodar en cualquier otra camilla, que no son adecuadas para la contención de los pacientes.”

Y 15 donde los entrevistados expresaron: 1-E (49)-GF-AA (13)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “Me gustaría que sea mas corta la brecha entre ese ingreso hasta la evaluación del equipo de salud mental.”

2-E (35)-GF-AA (10)-AS (10)-FA (Enf.)-P (no) “Creo que tendría que existir un lugar físico ideal donde se pueda atender este tipo de pacientes, el consultorio que tenemos no es adecuado y después un protocolo que sea escrito y que tengas claro como actuar”

3-E (47)-GM-AA (12)-AS (10)-FA(Enf.)-P (no) “Se necesita una atención mas rápida a estos pacientes, porque después que se realiza el protocolo de SM se espera tanto la atención del equipo especialista que los pacientes se alteran, que la atención sea mas inmediata y que hayan mas profesionales.”

4-E (55)-GM-AA (28)-AS (15)-FA (Enf.)-P (no) “Primero la infraestructura, destinar un lugar físico y personal de enfermería y médicos para la contención del paciente, se simplificaría un poco.”

5-E (49)-GF-AA (8)-AS (8)-FA (Enf.)-P (no) “Debería ser mas dinámico, con mas celeridad de parte del equipo de salud mental no esperar los resultados de laboratorio sino en conjunto con el equipo de guardia brindar esa primera atención y dar seguridad al paciente alterado.” se refiere a la necesidad de mejorar los espacios y de un equipo interdisciplinario acorde a la demanda de atención actual y según los entrevistados es imperioso la creación de políticas públicas dirigidas a la necesidad de estas personas con problemas de salud mental tal como lo estipula la Ley Nacional de salud mental 26657 y se explica en el artículo del estado del arte, que afirma que en la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2000 se sancionó la Ley de Salud Mental 448, en la que se reconoce a la Salud Mental “como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable” (LEY 448. GCABA). A partir de dicha definición, la normativa introduce la constitución de Equipos Interdisciplinarios compuestos por profesionales de la Psiquiatría, la Psicología y el Trabajo Social para el abordaje de los padecimientos mentales en las Guardias de Hospitales Generales de Agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales pediátricos, entre otras instituciones. Asimismo, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, incorpora el consumo problemático de sustancias psicoactivas “como parte integrante de las políticas de salud mental” (LEY NACIONAL 26.657). No cualquier persona acude o es llevada a una guardia de salud, muchos de quienes lo

hacen, han sido protagonistas de un conjunto de episodios de rupturas y crisis en su trayectoria de vida. Dichos sujetos se encuentran atravesados por determinantes y condicionantes sociales que los ubican en un sector social (mayormente empobrecido) que tienen dificultades para acceder a organizaciones que promuevan atención en salud. Estas barreras de accesibilidad repercuten en la vida cotidiana de los sujetos que se expresan con diferentes marcas tanto en sus trayectorias de vida como en sus cuerpos, demostrando así cuánta fragilidad y vulnerabilidad es capaz de soportar un cuerpo. **Martin Bruni, 2019.**

RECONTEXTUALIZACION

De acuerdo con el propósito de esta investigación en el cual se buscó conocer y describir las experiencias del personal de enfermería en el cuidado del adulto joven con alteración mental grave en el servicio de urgencias de Institución pública, de la cual se debió realizar un minucioso trabajo por medio de una entrevista profunda en donde se formularon quince preguntas a cinco entrevistados tal que se pueda dilucidar el problema de investigación.

En función de los resultados obtenidos y a pesar de la falta de capacitación en el abordaje a estas personas con alteración mental grave se destaca la **experiencia de enfermería** como una herramienta generadora y transmisora de conocimientos posibilitando un cuidado de calidad, fortalecimiento de habilidades interpersonales y trabajo en equipo. Es indispensable que se desarrolle en los profesionales de Enfermería en formación, competencias de ayuda interpersonal que mantengan la perspectiva de integralidad y cuidado holístico. Adquiere gran importancia el desarrollo de comunicación, escucha activa, el valor del silencio y el compromiso emocional, la presencia autentica del profesional de enfermería en el cuidado a la persona con sufrimiento psíquico.

Además, cabe señalar que el servicio de urgencias de hospital público es el único lugar que recibe y atiende este tipo de patologías mentales graves, produciendo así un colapso en la institución, y por ende una atención integral limitada a estas personas ya que además se atiende diversas patologías clínicas que podrían poner en riesgo los cuidados de enfermería porque no se puede realizar un cuidado exclusivo según el área de atención,

Considerando los resultados obtenidos se evidencia una falta de política sanitaria para abordar esta problemática lo que agrava mas la situación del paciente y a su vez pone en riesgo los cuidados del personal de enfermería, no solo por la escasa formación en el tema mas en un servicio que se considera multidisciplinario, sino por el espacio y la forma de atención del equipo interdisciplinario, tal que las personas sienten enojo, frustración y la primera cara visible y quien se encuentra cuidando al paciente las 24 horas es el personal de Enfermería.

La salud mental es considerada campo prioritario en la sociedad y de la salud pública, por ello, debe tener una mejor calidad en la atención integral del individuo y del colectivo (Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 203). De ello podemos precisar que la salud mental comienza a tener la relevancia y reconocimiento a mitad del siglo XX, considerándola no tanto como un estado, sino como un proceso denominado: salud –enfermedad, involucrando aspectos sociales y de contexto que influyen en el mejoramiento de la salud, no tomando solo el área clínica, sino también, la intervención en los cambios socio culturales, pero a pesar de esto, aún se deja notar el desinterés por la política de salud mental.

Los diversos estudios ponen de manifiesto que es urgente implementar un sistema de salud mental, creando políticas que realicen una exhaustiva revisión de normas, que evidencia la real situación de la salud mental, sin embargo, no se ha dado el tratamiento requerido, ni las condiciones en el manejo y atención de la salud mental, siendo el resultado de las deficientes acciones tomadas en cada gobierno (Hernández, 2020, p. 939; Gallo y Quiñones, 2016, p. 145). La existencia de obstáculos por tomar a la salud pública como pieza fundamental en la agenda pública, el desinterés en las investigaciones que nos brinden un panorama claro frente a las necesidades para la salud mental, el no contar con los recursos materiales y financieros que impulsen las investigaciones dentro del campo de salud mental (Campodónico, 2019, p.3), conlleva a brindar mayor interés a este tipo de trabajos a fin de propiciar acciones acertadas para la creación de políticas públicas, que se traduzcan en respuesta a la mejora de la salud poblacional, destacando la equidad y la justicia para el beneficio de todos, sin mirar con desigualdad aquellos que no cuentan con los recursos financieros, estatus social o nivel de educación, bajo la premisa que todos puedan acceder a los servicios de salud donde la vida no sea privilegio de una élite sino un derecho de todos.²¹

²¹ <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2406>

CONCLUSION GENERAL

El siguiente trabajo nos ayuda a comprender las herramientas necesarias para la atención en urgencias del paciente mental grave, y a su vez identificar nuestra capacidad de afrontamiento, el cual es definido como todas aquellas acciones, ya sean pensamientos o comportamientos, que los individuos utilizan para lidiar con las amenazas externas y/o internas que se les presentan, aquí reconocemos la importancia de las estrategias que se deben implementar para no caer en un sistema burocrático, sin protocolos, y deshumanizado, y a su vez lograr un fortalecimiento como enfermero, poder protegernos tanto física como psicológicamente. Además de interiorizarnos en las teorías que sostienen la enfermería en psiquiatría como Lazarus-Folkman y Phil Barker.

Además, podemos visualizar nuestra población de estudio, que tipo de población se abordó y la importancia de las implicancias legales para una entrevista confiable para el participante.

Como dificultades se puede mencionar la articulación de las categorías con los artículos científicos y las teorías de enfermería, que muchas veces hubo que buscar mas información acertada al tema.

Como aporte al presente proyecto se enfatiza en la experiencia del profesional de enfermería como generadora de conocimientos y a su vez su transmisión entre colegas de mayor antigüedad con los mas nuevos, lo que facilito un ambiente seguro y un buen trabajo en equipo.

BIBLIOGRAFIA

Capítulo I

<http://repository.unac.edu.co/handle/123456789/1277>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000300003&script=sci_arttext

<https://repository.ucc.edu.co/items/30d778ce-5eed-4612-be66-8bfd37bbff7>

<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/37d4055c-7597-41b1-a391-bbb8120a198d>

<http://www.formacionasunivep.com/cice2016/files/LIBRO%20INTERVENCION.pdf#page=82>

<https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/756296f9-0167-4d1c-b548-443e9c95b1c6>

https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_en

[lang_es&id=KYZ3EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=comunicaci%C3%B3n+efectiva+y+trabajo+en+equipo+fernandez+balmon&ots=eHnbRUYNIb&sig=57U1NE_w8JUKAdwEJiKKaON6aZE](https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=KYZ3EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=comunicaci%C3%B3n+efectiva+y+trabajo+en+equipo+fernandez+balmon&ots=eHnbRUYNIb&sig=57U1NE_w8JUKAdwEJiKKaON6aZE)

<http://hdl.handle.net/20.500.14074/4209>

https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001#:~:text=El%20concepto%20de%20experiencia%20en%20Kant&text=En%20concreto%20la%20experiencia%20indica,ha%20de%20ser%20su%20contenido

https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Gonzalez-Fraile/publication/256299810_Programa_psicoeducativo_para_la_reduccion_de_la_sobrecarga_del_cuidador_informal_del_paciente_con_esquizofrenia_o_trastorno_esquizotipico/links/5465ff2b0cf25b85d17f5203/Programa-psicoeducativo-para-la-reduccion-de-la-sobrecarga-del-cuidador-informal-del-paciente-con-esquizofrenia-o-trastorno-esquizotipico.pdf#page=20

<https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134793720300014&r=242#:~:text=El%20modelo%20de%20Lazarus%20y,abruman%20los%20recursos%20del%20individuo>

<https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2021/12/Ley-26.657-Reglamento-Salud-Mental-Nacion.pdf>

<https://www.ebsco.com/research-starters/psychology/transactional-model-stress-and-coping>

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732015000200012&script=sci_arttext

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732015000200012&script=sci_arttext

<http://repository.unac.edu.co/handle/123456789/1277>

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732015000200012&script=sci_arttext

<https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/523>

Capítulo III

<https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/12732>

[https://www.researchgate.net/profile/Johanna-Reyes-Reinoso/publication/352581926_Teoria_del_ser_humano_unitario_en_el_cuidado_de_la_salud_mental_una_revisi%C3%B3n_sistem%C3%A1tica/links/66268deef7d3fc287475f53c/Teoria-del-ser-humano-unitario-en-el-cuidado-de-la-salud-mental-una-revisi%C3%B3n_sistem%C3%A1tica/links/66268deef7d3fc287475f53c/Teoria-del-ser-humano-unitario-en-el-cuidado-de-la-salud-mental-una-revisi%C3%B3n-sistem%C3%A1tica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Johanna-Reyes-Reinoso/publication/352581926_Teoria_del_ser_humano_unitario_en_el_cuidado_de_la_salud_mental_una_revisi%C3%B3n_sistem%C3%A1tica/links/66268deef7d3fc287475f53c/Teoria-del-ser-humano-unitario-en-el-cuidado-de-la-salud-mental-una-revisi%C3%B3n-sistem%C3%A1tica.pdf)

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2406>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfonso, D., Bruni, M., & Engelmann, A. (2017). Perspectiva integral en el abordaje de urgencias de salud mental. In *Primer Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. Ciudad de Tandil. Buenos Aires, Ministerio de Salud. Recuperado de: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosalud.*

https://www.academia.edu/download/61192367/TRABAJOCOMPLETO_-_Alfonso_Bruni_Engelmann_-_PRESENTADO20191112-127274-1c8ckjs.pdf

Aranda Sarvisé, L., & Hijós Larraz, L. A. Atención enfermera en el manejo de la salud mental en adolescentes. <https://zagan.unizar.es/record/155293>

Ariste Mur, E. (2021). *Escucha activa: Aprender a escuchar y responder con eficacia y empatía. Cien diálogos.* Ediciones Díaz de Santos. <https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=2UVIEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=Somos+personas+y+vivimos+con+los+dem%C3%A1s+en+nuestro+entorno+profesional+y+personal,+trabajamos+con+personas,+las+atendemos,+convivimos+con+ellas,+necesitamos+comunicarnos+y+no+es+opcional,+queramos+o+no,+nos+comunicamos+en+todo+momento+de+una+forma+verbal+y+no+verbal.+Necesitamos+ser+eficaces+en+nuestra+comunicaci%C3%B3n,+necesitamos+de+una+convivencia+y+de+una+relaci%C3%B3n+personal+y+profesional+sana.+Hablar+es+saludable+y+es+una+necesidad,+cuando+lo+hacemos+necesitamos+que+se+nos+escuche+y+se+nos+escuche+bien,+cuando+podemos+estar+diciendo+algo+importante+para+nosotros+y+la+otra+persona+no+le+presta+la+debida+atenci%C3%B3n+que+se+merece+o+se+permite+opinar+y+se+permite+em>

[itir+un+juicio+al+respeto+quit%C3%A1ndole+importancia+a+lo+que+estamos+expresando+o+se+interrumpe+cambiando+de+tema,&ots=7yb-9dIKAR&sig=LtjhdM4HmKFDfM_gHB-2dkc3x9Q](https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.01.001)

Azcona, M. (2024). Investigación evaluativa de un protocolo para urgencias de salud mental en el primer nivel de atención. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/523>

Cerquera Córdoba, A. M., Matajira Camacho, Y. J., & Peña Peña, A. J. (2020). Estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia presentes en adultos jóvenes víctimas del conflicto armado colombiano: un estudio correlacional. *Psykhé (Santiago)*, 29(2), 1-14. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282020000200107&script=sci_arttext

Cruz, S. P. D. L., Cruz, J. C., Cabrera, J. H., & Abellán, M. V. (2019). Factores relacionados con la probabilidad de padecer problemas de salud mental en profesionales de urgencias. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27, e3144. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/xFZ3T69rWnrTkqwxjRCjqcL/?lang=es>

Elena, H. M., Sandra, C. R. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(3), 161-166. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073h.pdf>

Gancedo, Y., Marcos, V., Montes, Á., Castro, B., & Sanmarco, J. (2020). Relación entre salud mental y estrategias de afrontamiento. *Universidad de Santiago de Compostela (USC). Unidad de psicología forense (UPF)*. https://www.researchgate.net/profile/Yurena-Gancedo/publication/347330387_Relacion_entre_salud_mental_y_estrategias_de_afrontamiento/links/5fd9dd9f299bf1408811fa98/Relacion-entre-salud-mental-y-estrategias-de-afrontamiento.pdf

González, S. M. Q. (2022). *Salud mental como estado de bienestar en jóvenes retornados y reubicados: el papel del trauma psicosocial y las estrategias de afrontamiento individual* (Doctoral dissertation, Universidad del Norte (Colombia)). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=332216>

Llor-Esteban, B., Sánchez-Muñoz, M., Ruiz-Hernández, J. A., & Jiménez-Barbero, J. A. (2017). Violencia de los usuarios hacia los profesionales de salud mental y urgencias. *The*

European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 9(1), 33-40.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1889-18612017000100033&script=sci_arttext&tlng=pt

Macías, M. A. (2012). *Modelo analítico de las relaciones funcionales de las estrategias de afrontamiento familiar, funcionamiento familiar, la inteligencia social y de las estrategias de afrontamiento individual, con respecto a la salud mental y las cogniciones postraumáticas en los jóvenes desplazados por la violencia sociopolítica* (Doctoral dissertation, Universidad del Norte Colombia)).<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=332791>

Mora, P. G., Fustes, R. B., Concha, V., López, C. I., & Noche, M. M. L. (2021). Hiperfrecuentación en urgencias hospitalarias de salud mental: estudio caso-control. *Revista española de salud pública*, (95), 117. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7957713>

Murillo Cañón, V., Aristizabal Aristizabal, Y., & Acosta Pachón, M. (2018). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PHCE) para los pacientes con alteraciones en salud mental y sus familiares, en una IPS de Salud Mental de Bogotá DC 2018. <https://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/001/2716/1/REDI-CCA-2018-35.pdf>

Noguera Mena, H. (2021). Fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento en relación al estrés laboral: una experiencia de sistematización. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (40). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682021000100008&script=sci_arttext

Perea-Baena, J. M., & Sánchez-Gil, L. M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de Enfermería*, 17(3), 164-168. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000300003&script=sci_arttext

Quiroz Campos, A. M. (2024). Revisión crítica: intervenciones de enfermería a personas en crisis que acuden al Servicio de Emergencia. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/8231>

Rodríguez Fernández, L. D. L. N. (2023). La enfermera como figura fundamental en la atención al paciente con intoxicación aguda en urgencias. Una revisión sistemática. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/60141>

Salazar Sánchez, M. I. (2021). Cuidados de enfermería en el servicio de urgencias a pacientes con enfermedad mental en una institución no especializada de primer nivel de atención de un municipio del occidente de Antioquia. <http://repository.unac.edu.co/handle/123456789/1277>

Torres-Díaz, S., Hidalgo-Apolo, G., & Suárez-Pesántez, K. (2021). Estrategias de afrontamiento en confinamiento por la Covid-19. *Polo del Conocimiento*, 6(7), 491-507. <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2866>

Veras, I. (2020). Estrés y estrategias de afrontamiento en docentes. *Revie-Revista de Investigación y Evaluación Educativa*, 7(1), 26-35. <https://revie.gob.do/index.php/revie/article/view/17>

ANEXO I

Consentimiento Informado

....de octubre de 2025

Comodoro Rivadavia

A través de la presente, quien suscribe, (nombre y apellido)

Profesión..... declara haber recibido información sobre el trabajo de campo que se realizara al personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Regional, cuyo objetivo de investigación es Describir las “experiencias del personal de Enfermería del servicio de Urgencias en el cuidado del adulto joven con alteración mental grave”. Por tal motivo, autorizo a enfermera Cayo, Adriana Alejandra, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la UNPSB a realizar la entrevista. La participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y gratuita, y no dará beneficio ni riesgo alguno. No implicara ningún tipo de perjuicio si se decide no participar, así como tampoco implicara un perjuicio si se decide interrumpir la participación en cualquier momento una vez comenzada la entrevista (La confidencialidad de los datos está garantizada por la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas y por la ley de Habeas Data N° 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales). Asimismo los datos no serán analizados e interpretados con inteligencia artificial.

De este modo se expresa el consentimiento para participar de la entrevista, respondiendo a las preguntas que se formulen.

Persona participante: Firma: _____

Comodoro Rivadavia de octubre de 2025

ANEXO II

ENTREVISTAS

Entrevista 1: M.M. GF AA (13) AS (10) FA Enf. P(no)

1. ¿Como fueron sus primeros inicios en la atención de pacientes con alteración mental grave?
Al principio fue complicado cuando empecé porque nadie te da un manual de como tratar, una cosa es hacerlo en un libro y otra cosa cuando lo vez en persona, el paciente que ingreso con un brote, que entro agresivo y t empieza a pegar que no sabes como controlarlo y de a poquito a medida como que al principio te da miedo de que t golpee y todo eso.
2. Al comenzar a prestar servicio en guardia ¿ como fue resolviendo situaciones que se presentaron con las personas que acuden a la guardia con alteración mental?
Y a medida que va pasando el tiempo ya enfocas otra forma de.. digamos.. entrevistar al paciente para que el paciente te colabore. Le hablas con amabilidad. No lo miras en forma despectiva como tratándolo que es un paciente de salud mental. Un loco como quien dice hoy en día. Seria observando, buscandole la forma como abordar el paciente, la forma amble, tratandolo..primero presentándote diciéndole que sos fulanito de tal y lo vas atender para que colabore, porque muchas veces la forma en que se aborda al paciente no te colabora, ellos distinguen quien es amable y quien no.
3. ¿Hubo cambios en la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias? ¿Como es la demanda?
La demanda es mucha y al contrario después de la pandemia fue como mucho mas, el estar la gente encerrada en la casa durante el primer año que no se podía ir a ningún lado, no tan solo el joven, también muchos adultos empezaron a tener ese brote, empezaron a venir con pánico, con ansiedad.

4. ¿Como organiza actualmente los cuidados en la atención de las personas con alteración mental grave?

Se controla al paciente, se lo entrevista, se le pregunta si comio o no, se brinda el desayuno o almuerzo, ropa, muchas veces se recurre al servicio de ropería para pedir ropa, le preguntamos si se quiere higienizar y uno trata de contenerlo por ese lado para que el paciente este tranquilo por el periodo que este en la guardia en observación, no dejarlo solito y aislado.

5. ¿Como se realiza el cuidado a los pacientes que ingresan con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

Por ejemplo, el que entra muy agresivo o brotado le hace una sujeción mecánica tratando de que no se lastime, explicándole que es por el bien de el, lo tenemos con sujeción hasta que el paciente este mas tranquilo, se lo empieza a soltar de a poco, explicándole que es por el bien de el para que no se autolesione ni tampoco al que tenga cerca.

6. ¿Que sensación le produce la atención hacia las personas con alteración mental grave al momento de realizar los cuidados? ¿Como observa que el paciente con alteración mental grave recibe o percibe estos cuidados?

Uno por ahí, muchos chicos jóvenes son los que llegan, que se brotan o intoxicación con drogas y uno trata de buscarle la forma de explicarle que es por el bien de el, a una por ahí le da tristeza porque tiene hijos de esa edad a veces y lo ve por ese lado entonces uno trata de contenerlo, de a poco le va brindando contención, ellos buscan contención en la persona que no es familiar porque muchas veces la familia no le da la importancia que necesita, mas en un adolescente entre los 16 y hasta los 21 años, muchos buscan en las familias y ellas al no darles las respuestas que necesitan recurren a drogas o autolesionarse. Me voy tranquila aliviada de que hice lo mejor, de que el paciente cuando uno entrega el turno esta bien, tranquilo y colabora con el resto de los compañeros que quedan a su cuidado

7. ¿Existen protocolos de atención para los pacientes con alteración mental grave? cuales? ¿Son adecuados? ¿Quienes integran la atención como equipo de salud? Si el protocolo que uno hace cuando llega el paciente, que es el laboratorio sangre y orina p/tóxicos como sustancias psicotrópicas, alcoholemia, si viene con alcohol se le coloca un plan con vitaminas para ir desintoxicando al paciente y así cuando venga el equipo de salud mental este mas despierto y lucido. Lo integran el enfermero. El medico que lo recibe. Después se le hace un protocolo y se espera el resultado y el momento que trata uno de contener

porque el paciente se quiere ir, que es mucha la espera, viene salud mental, lo evalúa y decide si el paciente continúa en el servicio en observación o le da el alta médica acompañado de un familiar.

8. ¿Cuáles son las dificultades para la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

El tiempo entre que espera el paciente hasta que sea evaluado e internado por el equipo de salud mental, muchas veces pasan 4 o 5 horas hasta que lo ven, en ese tiempo el paciente se pone más ansioso, y empiezan con que se quieren ir sin ser evaluado que muchas veces ha pasado.

9. ¿Cuáles son las condiciones o características que el servicio de urgencias presenta para la atención de estos pacientes con alteración mental grave?

El servicio tiene un consultorio especial para la atención de estos pacientes porque tiene una cama, un baño, no tiene elementos con los que se pueda lastimar, el consultorio está para él y el familiar según se solicite.

10. ¿Reciben capacitaciones para el cuidado de estos pacientes? De no ser así ¿qué sucedió y qué efectos tuvo en el cuidado de enfermería?

Capacitaciones no tenemos sobre el cuidado de los pacientes de salud mental, sino que una vez con el transcurso del tiempo lo que va pasando, yo lo veo desde el inicio de cómo era ese paciente en ese momento a cómo se aborda ahora, el cuidado mejora por la experiencia que se va adquiriendo.

11. ¿Qué significa para usted poder afrontar el cuidado a personas con alteración mental grave?

Para mí poder afrontar es sintiéndome cómoda, ellos buscan en uno que no es de su entorno para contar sus cosas y que muchas veces no le cuentan al familiar que le pasa, porque está así sino que uno al tratarlo bien se gana esa confianza, mientras se le saca sangre se le habla y ellos se sienten seguros, creo que así mejora mi cuidado y me siento bien.

12. ¿Qué mecanismo de afrontamiento crea o utiliza en la atención de las personas con alteración mental grave?

Hablarle al paciente, presentarme, explicarle lo que voy a hacer de la mejor forma posible, para que pueda colaborar y no generar una resistencia en él.

13. ¿Cuál es el aprendizaje de la atención a pacientes con alteración mental grave?

Mucho, aprendes mucho de esos pacientes porque no todos tienen lo misma, si bien coincide en la misma patología, muchos tienen distinto digamos el desarrollo, la forma de enfrentar su realidad.

14. Que relevancia le da a ese aprendizaje que se obtiene en el cuidado de pacientes con alteración mental grave?

Que el paciente se siente cómodo, es lo más importante, que ellos confían en uno, cuando no confían en el familiar; hablandoles bien ellos se sueltan.

15. según su opinión, como debería ser el abordaje a las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias teniendo en cuenta este contexto social actual? Porque?

Me gustaría que sea más corta la brecha entre ese ingreso, el protocolo que se realiza hasta que venga el equipo de salud mental, a veces es mucho tiempo la espera.

Entrevista 2: MG E (35) GF AA (10) AS (10) FA (enf) P (no)

1. ¿Como fueron sus primeros inicios en la atención de pacientes con alteración mental grave?

La primera vez que tuve que enfrentar a los pacientes fue con temor, un poco de temor incertidumbre porque nunca había atendido pacientes con esa patología así de alterados, acá a la guardia llegan muy alterados a veces.

2. Al comenzar a prestar servicio en guardia ¿cómo fue resolviendo situaciones que se presentaron con las personas que acuden a la guardia con alteración mental?

Creo que a pesar del tiempo una se va relacionando con el trabajo y como que lo vas asimilando, aprendiendo igual con tus otros compañeros que ya tienen más años en el servicio, aprendiendo como manejarlo, como manejar la situación, como manejar al paciente incluso.

3. ¿Hubo cambios en la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias? ¿Como es la demanda?

Acorde a los pacientes, comparado con otros años después de la pandemia, fue un poco como un boom, son muchísimos más pacientes que acuden a la guardia con diferentes patologías y cada vez más jóvenes, antes por ahí vos lo veías con las personas mayores de 20, ahora es como que tenemos pacientes desde 15 años en adelante, después de la pandemia aumento mucho, con diferentes alteraciones mentales.

4. ¿Como organiza actualmente los cuidados en la atención de las personas con alteración mental grave?

En la guardia, depende hay veces que los mantenemos mmm.. que se hace el protocolo, lo evalua el siquiatra y se internan en el mismo turno que ingreso y otras veces son pacientes que henos llegado a tener mas 72 horas en el servicio por falta de cama, y nos vamos organizando según las indicaciones medicas que dejan y la atención del paciente y sus cuidados.

5. ¿Como se realiza el cuidado a los pacientes que ingresan con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

Hay diferentes ingresos, hay pacientes que ingresan con la ambulancia. Que son traídos muchas veces vienen solos con enfermero y medico de ambulancia y que uno puede llegar a tener una buena comunicación con el paciente que viene tranquilo, lo ingresamos, le tomamos los signos vitales, se va avisando al medico de guardia de ese momento, muchas veces los entras por el triage, que viene a veces con el familiar, depende a veces tenes que saber como manejarlo viene tranquilo o puede venir excitado, agresivo o querer irse rápido y el familiar no lo puede contener y bueno como enfermeros tenemos que tratar de contenerlos, avisar al medico y muchas veces vienen con la policía, brotados. De la forma que ingrese uno tiene que tratar de contenerlo para poder ingresarlo, el paciente psiquiátrico es bastante especial.

6. ¿Qué sensación le produce la atención hacia las personas con alteración mental grave al momento de realizar los cuidados? ¿Como observa que el paciente con alteración metal grave recibe o percibe estos cuidados?

Depende como enfermero a nivel personal por ahí hay veces que me llega porque uno ha tenido un familiar con patologías mentales y por ahí hay algún que otro paciente que te mueve algo a nivel personal y después ya no voy con ese miedo digamos que le tenia al principio cuando recién empecé a atenderlos, ya como que una esta mas canchero por decirlo en una palabra, como que ya sabes por donde ir depende a la patología del paciente, como poder llegar al paciente para poder brindarle la mejor calidad de atención. Depende de la patología hay veces que el paciente esta dentro de todo coherente no se si es la palabra pero como que tiene un nexo con la realidad y vos ves que colabora y que se siente contenido y hay otra veces que el paciente esta totalmente fuera de si, no entiende, no esta conectado con la realidad, no sabe diferenciar. O sea no te ve como un enfermero

sino que muchas veces alucinan y sienten mas como una amenaza, eso depende de la patología del paciente y de como este en ese momento el paciente que ingreso a la guardia.

7. ¿Existen protocolos de atención para los pacientes con alteración mental grave? cuales? Son adecuados? Quienes integran la atención como equipo de salud?

En la guardia no hay un protocolo, digamos hay como un acuerdo que todos sabemos de ingresarlo al paciente, dejarlo en cierto consultorio, y bueno el protocolo que se hace es sacarle sangre y la orina, pero después no hay otro protocolo de atención digamos se hace esto en determinado caso, no hay nada escrito, es algo que se sabe a viva voz, que ingresas al paciente y esperas la indicación medica para realizar la toma de muestra de sangre y orina. No creo que sean adecuados, porque no hay un protocolo escrito ni para beneficio del paciente ni para beneficio de enfermería, no lo considero adecuado.

8. ¿Cuales son las dificultades para la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

Dificultades? Creo que tiene que ver con su patología y de como ingrese, como cuando el paciente esta alterado, riesgo a que te golpea, te lastime, a que se lastime el paciente igual. Creo que esas son las dificultades mas latentes.

9. Cuales son las condiciones o características que el servicio de urgencias presenta para la atención de estos pacientes con alteración mental grave?

En la guardia de adultos ahora en si.. creería que no son adecuados, a nivel personal creo que no esta en condiciones el lugar donde le brindamos la atención al paciente ya que es un consultorio que anteriormente se utilizaba para atención medica, hay muchos lugares por donde se puede escapar, porque la guardia es un lugar abierto, incluso elementos punzocortantes al alcance, si bien no están en ese consultorio. Pero si el paciente sale de allí, que muchas veces pasa somos pocos en el servicio porque es un lugar donde entra la ambulancia, salen pacientes y no puedes estar vigilándolos, no se puede tener un enfermero exclusivo para ellos y no considero que sea un lugar adecuado.

10. Reciben capacitaciones para el cuidado de estos pacientes? De no ser así que sucedió y que efectos tuvo en el cuidado de enfermería?

No recibir capacitaciones no. Nosotros acá en la guardia lo afrontamos, de lo que traemos de base, de lo que se aprendió en lo que estudiamos y después la practica que haces por el servicio de salud mental que en mi caso no tuve una practica dentro del servicio durante mi cursado, para mi fue todo nuevo cuando tuve que atender acá en la guardia. Cuando tuve

el primer contacto con el paciente no lo había tenido con un paciente con alteración grave y después lo vas aprendiendo con el tiempo, mas que nada después de la pandemia

11. ¿Que significa para ud. poder afrontar el cuidado a personas a personas con alteración mental grave?

A nivel personal todavía me cuesta, si bien ya estoy un poco acostumbrada, mas que nada cuando el paciente esta muy alterado, cuando esta así me provoca miedo a que me pueda agredir o lastimar, todavía estoy con eso. Por ahí se presentan pacientes muy agresivos y hay que hacerles las sujeciones entre varios y uno va con la jeringa para inyectarlo, miedo mas que nada a eso, cuesta todavía.

12. ¿Que mecanismo de afrontamiento crea o utiliza en la atención de las personas con alteración mental grave?

Me preparo mentalmente, bueno digo lo tengo que hacer, ósea soy la enfermera a cargo en ese momento y cuento hasta diez, respiro y trato de que no se me note porque por dentro tengo miedo, pero voy y enfrento la realidad en lo que me toca hacer.

13. ¿Cual es el aprendizaje de la atención a pacientes con alteración mental grave?

A nivel personal fue la tolerancia primero, la forma de buscar que el paciente confie en mi o sea mas que nada humanizarte, te humaniza, lo ves desde otro punto de vista, por ahí acá es todo muy mecánico todo, rutinario, al paciente lo tenes un ratito nomas, como el paciente de salud mental es un paciente distinto, me refiero a una urgencia de un baleado o un paro, es distinto, vos tenes que relacionarte con esos pacientes y tratar de llegar a ellos, muchas veces el paciente esta fuera de si, entonces tenes que comprender eso y tratar de llegar a ese paciente y creo que la tolerancia, la empatía se tiene que fortalecer mas como parte del cuidado, lo que aprendí también fue el tema de la medicación es como que un refresco de todo lo que se ve se utiliza de diferentes formas.

14. ¿Que relevancia le da a ese aprendizaje que se obtiene en el cuidado de pacientes con alteración mental grave?

La calidad del cuidado creo que le brindas al paciente a través de todo lo que se va aprendiendo, y como enfermera igual.

15. según su opinión, como debería ser el abordaje a las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias teniendo en cuenta este contexto social actual? Porque?

Que pregunta! Eh primero creo que tendría que haber un lugar ideal donde se pueda atender este tipo de pacientes, no se si el consultorio que tenemos, en realidad a mi parecer no es adecuado pero después creo que tendría que haber un lugar físico y después un protocolo a seguir que sea escrito, algo que vos sepas, y que lo tengas claro como actuar. Hay veces que los dejan acá días y días sin familiares.

Entrevista 3: MM E (47) GM AA (12) AS (10) FA (enf.) P (no)

1. ¿Como fueron sus primeros inicios en la atención de pacientes con alteración mental grave?
Mi primer inicio en la atención del paciente con alteración grave fue muy chocante, cuando no tenes experiencia en el manejo con pacientes con patologías mentales uno no sabe como es el abordaje, como el paciente se va a experimentar eso, que reacción puede tener el paciente sobre eso, a medida que uno va pasando el tiempo, uno ya tiene otras herramientas y otra forma de ver al paciente de salud mental.
2. Al comenzar a prestar servicio en guardia ¿cómo fue resolviendo situaciones que se presentaron con las personas que acuden a la guardia con alteración mental? *Lo fui resolviendo aprendiendo de mis compañeros, a los enfermeros que ya tenían mas años de servicio, ellos fueron dándome herramientas, como tengo que presentarme, que tengo que considerar, y después la experiencia laboral, generalmente el primer apoyo fueron mis compañeros de trabajo.*
3. ¿Hubo cambios en la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias? ¿Como es la demanda?
Y sii... hubo cambios, ehh hay mas demanda, se ven patologías en mas chicos de edad antes se veían adultos mayores ahora se ven adultos jóvenes, adolescentes, quince-dieciseis años, a aumentado mucho la demanda.
4. ¿Como organiza actualmente los cuidados en la atención de las personas con alteración mental grave?
Los cuidados generales son prestar atención, yendo cuando el paciente esta en el guardia, trata de ir y preguntar si esta bien si necesita algo, generalmente muchos de los pacientes están con cuidados de sus familiares, sino el familiar nos avisa, preguntarle como esta, si se puede preguntar ya que a veces los pacientes están muy cerrados y no se puede preguntar mucho, es medio complicado en ese sentido, porque uno es lo que va observando si necesita algo.

5. ¿Como se realiza el cuidado a los pacientes que ingresan con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

Cuando ingresa se hace un protocolo y ahí se lo ingresa al sistema, y se realiza el protocolo de salud mental.

6. ¿Qué sensación le produce la atención hacia las personas con alteración mental grave al momento de realizar los cuidados? ¿Como observa que el paciente con alteración mental grave recibe o percibe estos cuidados?

Y algunas veces se recibe reciprocamente digamos porque son comunicativos y te agradecen, otras veces son muy, al estar tan alterados los pacientes no tienen forma de comunicarse, y a veces se lo medica para tranquilizarlos y ahí se le hace la extracción de sangre y orina cuando esta dormido el paciente, pero si se pueden son recíprocos. La sensación es buena porque uno tiene mas herramientas al manejo de estos pacientes con patologías mentales, me siento satisfecho, es parte de mi laburo.

7. ¿Existen protocolos de atención para los pacientes con alteración mental grave? cuales? ¿Son adecuados? ¿Quienes integran la atención como equipo de salud?

No hay un protocolo escrito, todo paciente que ingresa por una alteración mental, se le hace el protocolo de ingreso de salud mental, primero evaluado por enfermería en el triage, pasa al medico clínico, el medico indica el protocolo que consiste muestra de sangre y orina y después cuando esta el resultado viene el equipo de salud mental a evaluar al paciente, el equipo indica medicación si es necesario o internación, o lo llevan a los consultorios de salud mental a para ver como continua su tratamiento ambulatorio, sino hay camas disponibles en el servicio de salud mental quedan internados en la guardia.

8. ¿Cuáles son las dificultades para la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

Las dificultades tienen que ver con no contar con un lugar específico para esas personas, ellos necesitan un lugar tranquilo, que no haya tanto movimiento en un solo lugar, muchas veces son las complicaciones en la atención como en un servicio como la guardia.

9. ¿Cuáles son las condiciones o características que el servicio de urgencias presenta para la atención de estos pacientes con alteración mental grave?

Actualmente tenemos un lugar acondicionado para la atención de pacientes con patologías mentales, tratamos de dejar los pacientes ahí para que estén mas tranquilos, para que puedan tener acompañamiento familiar permanente, porque al ser un servicio abierto dificulta que el paciente deambule por el servicio, me gustaría que haya otra cama,

otro lugar, pero lamentablemente solo hay un solo consultorio y cuando se colapsa se ubican en otras camillas que no están en condiciones para este tipo de pacientes.

10. ¿Reciben capacitaciones para el cuidado de estos pacientes? ¿De no ser así que sucedió y que efectos tuvo en el cuidado de enfermería?

Capacitaciones no, solamente la capacitación que te da tu compañero el mas antiguo que te dice que observes, que veas, que tengas ciertas consideraciones y después lo que uno va aprendiendo a medida que pasan los años, pero una capacitación especifica no. El efecto de enseñanza de mis compañeros es positivo porque la experiencia como en todo laburo vale mucho, por supuesto seria mucho mejor capacitarse con alguien idóneo en el tema y, la capacitación que tenemos es de los mismos compañeros.

11. ¿Que significa para Ud. poder afrontar el cuidado a personas a personas con alteración mental grave?

Lo afronto como una actividad que me corresponde como enfermero digamos tratar estos pacientes diferentes a los otros pacientes que vienen por un dolor abdominal y de otros tipos, se le encuentra la forma, con herramientas y se trata de afrontar de la mejor manera.

12. ¿Que mecanismo de afrontamiento crea o utiliza en la atención de las personas con alteración mental grave?

El mecanismo generalmente que yo uso es la comunicación, la expresión verbal digamos, el gesto con las manos, tratar de llegar a una buena comunicación con el paciente cuando se puede, cuando no se puede bueno hay pacientes por su propia patología no están en condiciones de hablar; están muy reactivos, esta muy agresivo y bueno ahí se actúa de diferente forma, primero se trata de calmarlo, ver que el paciente no se lastime, que no lastime a otras personas, a un compañero, depende de como ingrese el paciente al servicio.

13. ¿Cual es el aprendizaje de la atención a pacientes con alteración mental grave?

Mi aprendizaje es verlos como una persona normal solamente que están cursando una patología mental, hay que verlo como eso. Lo que te hacen o t digan es personal, se expresan diferente por su propia patología, te agreden o t insultan por eso mismo, no tomarlo personal sino comprender a ese paciente que esta fuera de si. No juzgarlo.

14. ¿Que relevancia le da a ese aprendizaje que se obtiene en el cuidado de pacientes con alteración mental grave?

El aprendizaje mas grande es no verlos, no clasificarlos por pensar que están locos, están cursando una enfermedad de diferentes trastornos mentales y cada trastorno tiene su

característica, tratarlo como un paciente enfermo lo mejor posible que se tenga consideración como enfermero.

15. según su opinión, como debería ser el abordaje a las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias teniendo en cuenta este contexto social actual? ¿Porque?

Y se necesita mas gente, se necesita capaz una atención que sea mas rápida en estos pacientes, una vez que se hace el protocolo se espera tanto que venga la gente del equipo de salud mental, y los pacientes mismos se alteran mucho por el solo hecho de esperar tanto después de tener los resultados de laboratorio. Tenerlos ya y que la atención sea mas inmediata, no tenerlos tanto tiempo en la guardia y que haya mas profesionales para poder realizar esa función.

Entrevista 4: DG E (55) GM AA (28) AS (15) FA (enf.) P (no)

16. ¿Como fueron sus primeros inicios en la atención de pacientes con alteración mental grave?

Cuando yo empecé a trabajar yo no tuve una formación muy acabada sobre cuestiones mentales graves en pacientes jóvenes ni adultos mayores tampoco, muchas veces uno apela al sentido común para la atención y a lo poco que sabe desde lo que uno estudio, las primeras atenciones que yo tuve que hacer a mi se me complicaron un poco porque no sabia como manejar el estado del paciente entonces muchas veces tuve que recurrir a los libros, a guías de estudio y todo eso para aprender un poco a como solucionar las apariciones mentales graves siguientes.

17. Al comenzar a prestar servicio en guardia ¿cómo fue resolviendo situaciones que se presentaron con las personas que acuden a la guardia con alteración mental?

A medida que se iban presentando, no me volvía loco, cada situación que se presenta es distinta y el abordaje va ser distinto. No todos los abordajes van a ser iguales en cada uno de los pacientes, cada paciente es diferente y la idea es manejar la situación tranquilo.

18. ¿Hubo cambios en la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias? ¿Como es la demanda?

En la atención de los pacientes en general hubo cambios. En los pacientes mentales graves si, cambio mucho la vida social y a partir de ahí la gente que quedo sin laburo, la que se quedo sin obra social, deriva en problemas familiares, de ahí surgen los problemas mentales que los pacientes no saben como resolver, eso se fue incrementando con los años y con la debacle que se vino en el país, tiene mucha relación eso.

19. ¿Como organiza actualmente los cuidados en la atención de las personas con alteración mental grave?

El paciente viene ya sea por ambulancia o viene particular caminando o en vehículo, uno los recibe, le hace el ingreso, le controla los signos vitales, se activa el protocolo de salud mental, y a partir de ahí o sea del ingreso del paciente comienza la atención del paciente, desde los signos vitales hasta que el paciente es dado de alta o hasta que el paciente quede internado en el servicio de salud mental, básicamente el andar del profesional de enfermería es muy similar porque es en algún punto es rutinario, en el sentido que ingresa el paciente le tomas los signos vitales, le sacas muestra de sangre le decis que junte la orina, pero que pasa eso es rutinario, ahora el paciente que ingresa con excitación psicomotriz, que viene depresivo, que tiene ganas de matarse, etc, etc, los tenes que abordar de otra manera.

20. ¿Como se realiza el cuidado a los pacientes que ingresan con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

Yo trato de mantener una comunicación activa y efectiva con el paciente, trato de mantenerme seguro cuando le hablo, trato de no gritar mas de lo que el grita porque en general el paciente por ejemplo psicótico, con alteraciones mentales graves viene verborragico, gritando y uno lo que no tiene que hacer es gritar sobre lo que el paciente grita. Yo trato de mantenerme seguro y que el paciente me vea así y el se sienta seguro.

21. ¿Qué sensación le produce la atención hacia las personas con alteración mental grave al momento de realizar los cuidados? ¿Como observa que el paciente con alteración mental grave recibe o percibe estos cuidados?

A mi particularmente me gusta mucho la parte de salud mental, me identifico con el paciente, no por las patologías, pero me interesa mucho este tipo de pacientes y no tengo problemas en abordar al paciente y sus cuidados, muchas veces los cuidados no son reglados, cada paciente tiene cuidados distintos si bien la patología es muy similar. Depende la patología es la reacción que pueda tener, no se puede generalizar, algunos pacientes aceptan los cuidados y la atención, otros pacientes se rehúsan a la atención y esta en el profesional de enfermería con el profesional medico también hacer que el paciente acceda a los cuidados en general.

22. ¿Existen protocolos de atención para los pacientes con alteración mental grave? cuales? ¿Son adecuados? ¿Quienes integran la atención como equipo de salud?

Si hay un protocolo escrito yo no lo he leído, se dice mucho protocolo sea del área que sea debe constar en un papel, estar escrito a la vista y al alcance de todos. Lo que se hace acá el protocolo de salud mental es signos vitales, sangre y orina, punto. Y en algún punto, contención mecánica si es necesario, contención medicamentosa si lo necesita, un plan de hidratación.

23. ¿Cuales son las dificultades para la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

A mi me parece, es una opinión, por ejemplo que hay compañeros míos, colegas, que le rehúsan al paciente de salud mental, le temen, entonces cuando viene un paciente de estas características, huyen desfavoridos porque piensan que les va pasar algo, eso me ha pasado a mí entonces yo me hago cargo de la situación y atiendo al paciente, por parte de los médicos igual le rehúsan a la atención de los pacientes de salud mental. Eso estaría bueno cambiarlo porque creo que varios le temen pero siempre hay compañeros atrás que los respaldan, las jefaturas nuestras, sabemos que tenemos gente que nos respalda si nos llega a pasar algo.

24. ¿Cuales son las condiciones o características que el servicio de urgencias presenta para la atención de estos pacientes con alteración mental grave?

Desde la parte medicamentosa es lo que se usa en todos lados, pero desde la contención digamos de palabra o de actitud, o edilicia no está preparado el servicio y la gente lo sabe, me refiero a los pacientes, me refiero a la cúpula directiva, sabe que no estamos preparados para recibir, ponete, cuatro pacientes mentales graves, no puedes poner un paciente mental grave y no tener la herramientas para hacer la contención mecánica, hablamos desde una silla de ruedas en condiciones, hablo desde las correas para contenerlos mecánicamente, hablamos de la falta de espacio, porque no hay un lugar destinado específicamente para este tipo de pacientes, quedan en el pasillo, excitados, y pacientes psicóticos mezclados con depresivos, con pacientes con problemas de consumo, poliadictos, no se establece una diferencia de patologías donde uno dice acá va ir este paciente, acá el otro, ediliciamente no está preparado el servicio ni el hospital en general, ni la sala de internación tampoco, porque están todos mezclados y están todos muy medicados y no se hasta que punto eso está bueno y si es correcto, hay pocas camas, los pacientes se escapan, ahí está la clave, porque se escapan porque no está hecha la infraestructura adecuada para un paciente que tiene que estar sus días medicado,

encerrado, tratado, se altera mas y busca una via de escape y ahí es donde saltan los paredones y vuelven acá a la guardia muchas veces lesionados.

25. ¿Reciben capacitaciones para el cuidado de estos pacientes? De no ser así que sucedió y que efectos tuvo en el cuidado de enfermería?

No recibimos nada desde que trabajo en la guardia, igualmente no me condiciono la forma de atender

26. ¿Que significa para ud. poder afrontar el cuidado a personas a personas con alteración mental grave?

Acá uno trata a los pacientes de abordarlos a todos por igual, salvando las diferencias de patologías. Afrontar para mi es no huirle a la atención de estos pacientes, hacerle un seguimiento para poder conocerlo mejor, me ayuda a manejarse a mi mismo a aprender también y si no sabes algo buscas esa información.

27. ¿Que mecanismo de afrontamiento crea o utiliza en la atención de las personas con alteración mental grave?

Muchas veces la atención se hace desde la intuición porque por mas que vos sepa un montón de salud mental, muchas veces no lo vas a poder abordar desde lo que vos sabes, sino que lo vas hacer desde tu intuición. Y eso no esta escrito lo que tienes que hacer con determinado paciente, una vez que el paciente te toma confianza ahí si ya entras con los pasos a seguir para su atención.

28. ¿Cual es el aprendizaje de la atención a pacientes con alteración mental grave?

A mi me parece que si porque me gusta mucho este tipo de pacientes porque me llevo a investigar, estudiar mas, leer, eso te da las pautas de que cuando quieres aprender poder hacer muchas cosas, puedes ayudar mas no solo al paciente sino al familiar igual.

29. ¿Que relevancia le da a ese aprendizaje que se obtiene en el cuidado de pacientes con alteración mental grave?

Poder volcar todo ese aprendizaje en el paciente y la familia, poder ayudar desde la escucha y que el paciente se sienta cómodo, tratar de hacerle entender que le pasa y a que esta expuesto.

30. según su opinión, como debería ser el abordaje a las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias teniendo en cuenta este contexto social actual? Porque?

Primero la infraestructura, destinar un lugar para esos casos, destinar personal de enfermería, personal medico, para que el paciente se sienta contenido. Teniendo un lugar la cosa se simplificaría un poco, porque siempre va haber trabas a distintas niveles.

Entrevista 5: AC E (49) GF AA (8) AS (8) FA (enf) P (no)

1. ¿Como fueron sus primeros inicios en la atención de pacientes con alteración mental grave?
Cuando comencé en el servicio era una mezcla de miedo y curiosidad, no tenia idea del manejo de pacientes mentales y menos en crisis, fue todo un desafío para mi porque cada paciente es diferente.
2. Al comenzar a prestar servicio en guardia ¿cómo fue resolviendo situaciones que se presentaron con las personas que acuden a la guardia con alteración mental?
Lo hice observando y aprendiendo de mis compañeros y del equipo de salud en general, si iba atender un paciente en crisis trataba de hacerlo sola para probarme y aprender y mejorar esos cuidados, si veía que era peligrosa la situación iba con mi compañero, no sola.
3. ¿Hubo cambios en la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias? ¿Como es la demanda?
Hubo grandes cambios porque llega un punto que el hospital esta colapsado, la guardia no da abasto a veces porque tenemos hasta cinco pacientes de salud mental sumado a los otros pacientes con otras patologías y también urgentes, hubo cambios en las edades antes veias adultos jóvenes y ahora mas adolescentes algunos culpan a la pandemia pero creo que también se debe al momento socioeconómico que estamos atravesando.
4. ¿Como organiza actualmente los cuidados en la atención de las personas con alteración mental grave?
Cuando el paciente llega, si esta alterado lo hace generalmente en ambulancia, se busca una unidad de paciente o consultorio individual para el, aunque solo tenemos uno solo, si viene muy excitado se lo deja con contención mecánica y se le realiza todos los cuidados pertinentes, control de signos vitales, plan de hidratación mas medicación si así lo indican, la toma de muestra sangre y orina para cumplir con el protocolo de salud mental, y asegurarse que este acompañado de un familiar porque no tenemos un enfermero exclusivo para estos pacientes ni operadores.
5. ¿Como se realiza el cuidado a los pacientes que ingresan con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

Los cuidados los hacemos como una rutina, pero además explicando al paciente lo que se le va hacer y tratando de calmarlo y pedirle que colabore así puede ser evaluado pronto, hay pacientes que escuchan otros que no, pero de nuestra parte es fundamental comunicarnos y mostrar comprensión al paciente.

6. ¿Qué sensación le produce la atención hacia las personas con alteración mental grave al momento de realizar los cuidados? ¿Como observa que el paciente con alteración mental grave recibe o percibe estos cuidados?

Me sensibiliza mucho este tipo de pacientes mas allá de que algunos son reincidentes, después ves su contexto familiar y entiendes muchas cosas, y el paciente percibe esa empatía hacia el, a través del trato y la forma de comunicarnos con el. Son muy especiales.

7. ¿Existen protocolos de atención para los pacientes con alteración mental grave? cuales? ¿Son adecuados? ¿Quienes integran la atención como equipo de salud?

El protocolo que se maneja en la guardia es algo que se sabe, no hay algo escrito, pero sabemos que se recibe al paciente, se lo controla y después se realiza los laboratorios, todo se da de acuerdo a la situación y condición del paciente, si esta brotado se le realizara contención mecánica, sino quedara tranquilo acompañado de su familiar, son adecuados hasta cierto punto, porque el tiempo de espera que lleva el resultado hace que el paciente se impaciente mas, y el equipo de salud lo integra medico de guardia, enfermería, equipo de salud mental que lo integran psiquiatra, psicólogo y trabajador social.

8. ¿Cuales son las dificultades para la atención de las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias?

Las dificultades que tenemos en la guardia son el espacio, es muy limitado, además de la brecha entre que es recibido hasta que lo evalua el equipo de salud mental, los pacientes se brotan, se fugan, poniendo en riesgo su vida y enfermería no puede estar encima de ellos porque además tenemos otros pacientes.

9. Cuales son las condiciones o características que el servicio de urgencias presenta para la atención de estos pacientes con alteración mental grave?

La guardia tiene un consultorio exclusivo para pacientes de salud mental, si este esta ocupado se lo acomoda en cualquier camilla donde pueda ser contenido, si esta todo lleno incluso en la entrada de ambulancia cerca de personal policial, no son condiciones adecuadas cuando hay colapso de pacientes.

10. ¿Reciben capacitaciones para el cuidado de estos pacientes? De no ser así que sucedió y que efectos tuvo en el cuidado de enfermería?

No hemos recibido capacitaciones, solo se trabaja desde la experiencia y de lo se va aprendiendo día a día, no hay un efecto concreto porque podemos llegar a tratar al paciente que esta brotado, o sea el trabajo se hace igual.

11. ¿Que significa para ud. poder afrontar el cuidado a personas a personas con alteración mental grave?

Creo que afrontar es realizar el cuidado sin miedos, desde la tranquilidad y buena comunicación, y tratar al paciente desde una visión mas humana.

12. ¿Que mecanismo de afrontamiento crea o utiliza en la atención de las personas con alteración mental grave?

Sea cual sea mi paciente trato de hablar con el, que entienda que todo lo que se va hacer es por el bien de el o ella, que sienta que se lo trata con respeto y sobre todo sin juicios.

13. ¿Cual es el aprendizaje de la atención a pacientes con alteración mental grave?

Aprendizaje un montón, porque llegas a entender cosas personales a nivel familiar que desconocias, aprendes que cada paciente tiene una historia y es único y también el abordaje a cada uno de ellos.

14. ¿Que relevancia le da a ese aprendizaje que se obtiene en el cuidado de pacientes con alteración mental grave?

Y todo ese aprendizaje me dio mas herramientas para poder brindar un cuidado de calidad, a ser mas tolerante, comprensiva.

15. según su opinión, como debería ser el abordaje a las personas con alteración mental grave en el servicio de urgencias teniendo en cuenta este contexto social actual? Porque?

Creo que debería ser mas dinámico y con mas celeridad de parte del equipo de salud mental, no esperar hasta los resultados de laboratorio, sino brindar en conjunto con el equipo de guardia esa primera atención así dar seguridad al paciente alterado.

ANEXO III

Consentimiento Informado

...de octubre de 2025

Comodoro Rivadavia

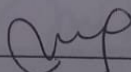
A través de la presente, quien suscribe, (nombre y apellido)

..... M. G.

Profesión... Enfermera... declara haber recibido información sobre el trabajo de campo que se realizará al personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Regional, cuyo objetivo de investigación es Describir las "experiencias del personal de Enfermería del servicio de Urgencias en el cuidado del adulto joven con alteración mental grave". Por tal motivo, autorizo a enfermera Cayo, Adriana Alejandra, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la UNPSB a realizar la entrevista. La participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y gratuita, y no dará beneficio ni riesgo alguno. No implicara ningún tipo de perjuicio si se decide no participar, así como tampoco implicara un perjuicio si se decide interrumpir la participación en cualquier momento una vez comenzada la entrevista (La confidencialidad de los datos está garantizada por la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas y por la ley de Habeas Data N° 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales). Asimismo los datos no serán analizados e interpretados con inteligencia artificial.

De este modo se expresa el consentimiento para participar de la entrevista, respondiendo a las preguntas que se formulen.

Persona participante: Firma: _____



Comodoro Rivadavia

de octubre de 2025

Consentimiento Informado

...de octubre de 2025

Comodoro Rivadavia

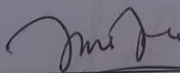
A través de la presente, quien suscribe, (nombre y apellido)

..... M. M.

Profesión... Enfermera... declara haber recibido información sobre el trabajo de campo que se realizara al personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Regional, cuyo objetivo de investigación es Describir las “experiencias del personal de Enfermería del servicio de Urgencias en el cuidado del adulto joven con alteración mental grave”. Por tal motivo, autorizo a enfermera Cayo, Adriana Alejandra, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la UNPSB a realizar la entrevista. La participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y gratuita, y no dará beneficio ni riesgo alguno. No implicara ningún tipo de perjuicio si se decide no participar, así como tampoco implicara un perjuicio si se decide interrumpir la participación en cualquier momento una vez comenzada la entrevista (La confidencialidad de los datos está garantizada por la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas y por la ley de Habeas Data N° 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales). Asimismo los datos no serán analizados e interpretados con inteligencia artificial.

De este modo se expresa el consentimiento para participar de la entrevista, respondiendo a las preguntas que se formulen.

Persona participante: Firma: _____



Comodoro Rivadavia

de octubre de 2025

Consentimiento Informado

....de octubre de 2025

Comodoro Rivadavia

A través de la presente, quien suscribe, (nombre y apellido)

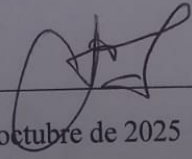
.....A.C.....

Profesión...Enfermera... declara haber recibido información sobre el trabajo de campo que se realizara al personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Regional, cuyo objetivo de investigación es Describir las “experiencias del personal de Enfermería del servicio de Urgencias en el cuidado del adulto joven con alteración mental grave”. Por tal motivo, autorizo a enfermera Cayo, Adriana Alejandra, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la UNPSB a realizar la entrevista. La participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y gratuita, y no dará beneficio ni riesgo alguno. No implicara ningún tipo de perjuicio si se decide no participar, así como tampoco implicara un perjuicio si se decide interrumpir la participación en cualquier momento una vez comenzada la entrevista (La confidencialidad de los datos está garantizada por la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas y por la ley de Habeas Data N° 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales). Asimismo los datos no serán analizados e interpretados con inteligencia artificial.

De este modo se expresa el consentimiento para participar de la entrevista, respondiendo a las preguntas que se formulen.

Persona participante: Firma: _____

Comodoro Rivadavia


de octubre de 2025

Consentimiento Informado

....de octubre de 2025

Comodoro Rivadavia

A través de la presente, quien suscribe, (nombre y apellido)

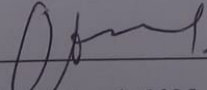
..... M.M.

Profesión... Enfermera.... declara haber recibido información sobre el trabajo de campo que se realizara al personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Regional, cuyo objetivo de investigación es Describir las “experiencias del personal de Enfermería del servicio de Urgencias en el cuidado del adulto joven con alteración mental grave”. Por tal motivo, autorizo a enfermera Cayo, Adriana Alejandra, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la UNPSB a realizar la entrevista. La participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y gratuita, y no dará beneficio ni riesgo alguno. No implicara ningún tipo de perjuicio si se decide no participar, así como tampoco implicara un perjuicio si se decide interrumpir la participación en cualquier momento una vez comenzada la entrevista (La confidencialidad de los datos está garantizada por la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas y por la ley de Habeas Data N° 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales). Asimismo los datos no serán analizados e interpretados con inteligencia artificial.

De este modo se expresa el consentimiento para participar de la entrevista, respondiendo a las preguntas que se formulen.

Persona participante: Firma: _____

Comodoro Rivadavia


de octubre de 2025

Consentimiento Informado

....de octubre de 2025

Comodoro Rivadavia

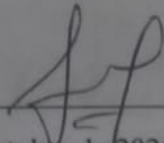
A través de la presente, quien suscribe, (nombre y apellido)

.....D. G.

Profesión... Enfermera... declara haber recibido información sobre el trabajo de campo que se realizara al personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Regional, cuyo objetivo de investigación es Describir las "experiencias del personal de Enfermería del servicio de Urgencias en el cuidado del adulto joven con alteración mental grave". Por tal motivo, autorizo a enfermera Cayo, Adriana Alejandra, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la UNPSB a realizar la entrevista. La participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y gratuita, y no dará beneficio ni riesgo alguno. No implicara ningún tipo de perjuicio si se decide no participar, así como tampoco implicara un perjuicio si se decide interrumpir la participación en cualquier momento una vez comenzada la entrevista (La confidencialidad de los datos está garantizada por la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas y por la ley de Habeas Data N° 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales). Asimismo los datos no serán analizados e interpretados con inteligencia artificial.

De este modo se expresa el consentimiento para participar de la entrevista, respondiendo a las preguntas que se formulen.

Persona participante: Firma: _____



Comodoro Rivadavia

de octubre de 2025