



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE
ENFERMERÍA

Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería, Sede UNCuyo

“CAPACIDAD PARA ABORDAR EPISODIOS DE CRISIS EMOCIONAL EN
PACIENTES CON INTERNACIÓN PROLONGADA POR EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DE LA UNIDAD CORONARIA DEL H. CENTRAL, EN EL AÑO
2021”

Autores:

Ivana Paola San Martín Pérez

Silvina Mariel Villalón


Mendoza, Diciembre de 2021

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

Acta de Aprobación

Presidente: Gisela Merco
Vocal1: Franco Erlela
Vocal2: Michel Jorge
Trabajo Aprobado el 24 / 2 / 2020 -

Digo 24/02/2022.


Michel Jorge
Prof. Titular.

Agradecimientos

Para dar inicio a este postal de agradecimientos queremos hacer mención especial al gran equipo de docentes y colaboradores de todo el ciclo de carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, por su vocación y la variabilidad de instrumentos que nos brindaron durante estos años, especialmente por su calidad humanísticas que fue lo que inspiró este trabajo.

A nuestros colegas, con quienes emprendimos juntos este sueño y hoy habiéndolo alcanzado miramos hacia atrás y siempre nos salvaguardamos juntos con un objetivo en común. Betiana Pereira, Laura Cataldo, Belén Inostroza y Gonzalo Ruiz, quienes tocaron nuestro corazón e hicieron encantador los años de cursado y son nuestros amigos.

Por parte de la autora Silvina Villalón, agradecer en primer lugar a Dios, quien iluminó su carrera y su vida. A su madre Andrea Perea, por ser su ejemplo constante de amor, vocación y superación. A su hermano Nicolás Villalón, por dar los abrazos justos en los momentos justos. A su querido nono Agustín Perea, quien es su motor de vuelo desde el inicio hasta el final, quien confió en ella más que nadie en el mundo. A su novio y compañero Juan Manuel Zalazar, quien la acompañó durante los últimos años de su vida universitaria de manera incondicional y llegó a mejorar su vida por completo con amor y tranquilidad. A su familia María Simón y Oscar Martínez, por abrir las puertas de su hogar y su corazón. A Carla Arias, por llenar de magia la cotidianidad y elevar su espíritu. A sus mejores amigas Sol Cavieres y Agustina Sánchez, por brindarle su familia, su hogar y su amistad, por confiar en ella más que ella misma.

En nombre de la autora, Ivana San Martín, quiere agradecer a sus padres por la educación que le brindaron toda su vida, por la fuerza y perseverancia, creyendo siempre que lo lograría. A sus hijos Enzo, Román y Brenda, por la comprensión que tuvieron durante los años de carrera ya que muchas veces en vez de jugar o pasear, tenía que estudiar, también por el ser motivo por el cual luchar y nunca rendirse ante nada. Gracias también a mi compañera tesista y amiga, Silvina Villalón, quien comparte el mismo gusto sobre ciertas materias y siempre ha sido un placer conversar y estar de acuerdo en varios temas, sobre todo compartir la realización de esta interesante investigación.

Se termina una etapa importante, pero no cabe duda que es la puerta hacia varios destinos más ¡Gracias!

Resumen

Tema: Capacidad para abordar episodios de crisis emocional en pacientes con internación prolongada por el personal de enfermería de Unidad Coronaria del H. Central, en el segundo semestre del año 2021

Autores: Ivana Paola San Martín Pérez; Silvina Mariel Villalón

Lugar: Unidad Coronaria - H. Central, Mendoza – Argentina

Introducción: El propósito de la presente tesina que se halla representada bajo el nombre de “Capacidad para abordar episodios de crisis emocional en pacientes con internación prolongada por el personal de enfermería de la Unidad Coronaria del H. Central, en el año 2021” procura, por un lado, contribuir al conocimiento sobre Salud Mental aplicada por enfermería, el cual consideramos es insuficiente entorno al personal de la misma, que no se dedica meramente de lleno a la internación monovalente y, por otro lado, demostrar la importancia de la relación enfermera/o-paciente a la hora de crear intervenciones que sean efectivas para el desarrollo de la salud del mismo.

Objetivos: Evaluar la capacidad del personal de enfermería para detectar crisis emocionales en pacientes con internación prolongada dentro de la Unidad Coronaria.

Método: El siguiente estudio presentado es de tipo cuantitativo descriptivo transversal. Es cuantitativo ya que la obtención de datos será a través de encuestas con formato de formulario de preguntas cerradas y por medio de la observación directa con formato check-list, que serán enmarcadas en datos estadísticos gráficos y numéricos. Es descriptivo porque intentaremos especificar las características y los rasgos más importantes de nuestro fenómeno estudiado, bajo pautas de observación y posterior demostración. Y transversal porque fue estudiado en un momento de tiempo limitado.

Resultado: Pudimos obtener los datos sobre las capacidades y conocimientos sobre crisis emocionales en pacientes con internación prolongada en Unidad Coronaria del Hospital Central con los que cuenta el personal de enfermería. Luego de obtenerlos y analizarlos, nos encontramos con que la mayoría del personal tiene escasos conocimientos sobre salud mental, no han recibido la capacitación adecuada durante su formación profesional y/o universitaria y tampoco durante el transcurso de su carrera han logrado seguir ampliando sus conocimientos sobre el mencionado tema, ya sea por falta de interés o tiempo. Sin embargo, pudimos observar a través del análisis directo que nos brinda el check list, que al momento de afrontar determinada situación con un paciente tal, acotadas personas pueden realizarlo sin dificultad.

Conclusión: Si bien el personal en estudio no ha sido capacitado teóricamente durante su formación y no recibe capacitaciones durante su estadía laboral sobre salud mental, gran parte de ellos pueden afrontar situaciones de crisis emocionales gracias a su personalidad y la capacidad innata que cada uno de ellos posee.

PRÓLOGO

Enfermería ha tomado cierta importancia con el pasar del tiempo en cuanto al valor que se le es otorgado por parte de la sociedad, pasó a través de los años de ser la sombra de otros profesionales a enmarcarse en su propio cuadro visible, sobre todo en este último periodo: el relacionado a la pandemia por el virus covid19.

Pero no queremos dejar de resaltar a la vista de nuestros posibles lectores que esta magnanimidad de la profesión de enfermería no comienza cuando la memoria de cada uno remonte un ejemplo, sino mucho antes de lo que siquiera puedas imaginar.

Enfermería es el frente de la batalla, la primera cara visible con el paciente e incluso, en ocasiones, la última. Por ello y más es que es importante destacar que enfermería debe y tiene que estar preparado para afrontar situaciones que vayan más allá de la mera salud física. Hay que regresar al origen, a nuestro origen profesional y volver a poner en juego la “mirada holística”.

Índice general

Advertencia	II
Acta de Aprobación.....	III
Agradecimientos	IV
Resumen.....	V
Prólogo	VII
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN.....	2
PLANTEO DEL PROBLEMA	4
FOMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	6
Objetivo general:	6
Objetivos específicos:	6
Justificación del Problema.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
APARTADO I:.....	8
CRISIS EMOCIONAL.....	8
Crisis Emocional en el contexto de Salud-Enfermedad.....	11
A - Avance.....	11
A – 1 Avanzar porque puedo	12
A – 2 Avanzar porque otros pueden por mi	12
B – Retroceso	13
APARTADO II:.....	15
INTERNACIONES PROLONGADAS.....	15
Principales causas de una internación	16
Problemas de las internaciones prolongadas.....	17
Delirio hospitalario.....	18
Consideraciones en pandemia.....	19
Infecciones nosocomiales	20
APARTADO III:.....	21
DERECHO A LA SALUD MENTAL	21

Aportes de la Ley a las prácticas (en general).....	23
Obstáculos en la implementación de la nueva Ley de Salud Mental.....	23
Intervención en crisis.....	24
A - Sugerencias Terapéuticas.....	25
APARTADO IV:	31
ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.....	31
El rol de enfermería en situación de crisis.....	34
Conocimientos básicos.....	34
CAPÍTULO II.....	37
DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
TIPO DE ESTUDIO.....	38
ÁREA DE ESTUDIO.....	38
UNIVERSO Y MUESTRA.....	38
UNIDAD DE ANÁLISIS.....	38
TIPO DE MUESTREO.....	38
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	39
ASPECTOS ÉTICOS LEGALES.....	39
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	40
Variable N°1.....	40
Variable N°2.....	42
Variable N°3.....	45
Análisis, Procesamiento y Presentación de datos.....	46
CAPÍTULO III.....	72
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS.....	72
Resultados.....	73
Propuestas de acción de acuerdo a los resultados y a los objetivos de estudio o apertura a nuevos interrogantes y conjeturas.....	74
APÉNDICE Y ANEXOS.....	76
Bibliografía general.....	77
Anexos.....	78

Encuesta.....	78
Check List	83
Nota de autorización.....	91
Tabla Matriz de datos.....	90

Índice de tablas y gráficos

Tabla N°1 -----	47
Tabla N°2 -----	48
Tabla N°3 -----	49
Tabla N°4 -----	50
Tabla N°5 -----	51
Tabla N°6 -----	52
Tabla N°7 -----	53
Tabla N°8 -----	54
Tabla N°9 -----	55
Tabla N°10 -----	56
Tabla N°11 -----	57
Tabla N°12 -----	58
Tabla N°13 -----	59
Tabla N°14 -----	60
Tabla N°15 -----	61
Tabla N°16 -----	62
Tabla N°17 -----	63
Tabla N°18 -----	64
Tabla N°19 -----	65
Tabla N°20 -----	66
Tabla N°21 -----	67
Tabla N°22 -----	68
Tabla N°23 -----	70
Tabla N°24 -----	71

CAPÍTULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

Las relaciones personales que ejerce enfermería con sus pacientes en la práctica de los cuidados son esenciales para el desempeño profesional. El personal de enfermería permanece las veinticuatro horas al cuidado de los pacientes brindando asistencia biológica, técnica, social, espiritual y psicológica que sustentan la realización de sus actividades. Diversos autores sostienen que las relaciones personales tienen un efecto terapéutico positivo y en algunos casos mantienen que éste puede ser el determinante del éxito de su desempeño.

En una Unidad de Cuidados Crítico, las llamadas Unidades de Internación Cerradas (es decir, sin régimen de visita del círculo social del paciente) lo que prevalece es el acompañamiento del enfermero, sin embargo, al ser unidad como ya se menciona antes: “crítica” es de carácter urgente, en donde se prioriza la atención en el cuadro agudo que presenta el mismo. Es comprensible que la prioridad absoluta es la de salvar la vida amenazada de la persona, lo que merece discutirse es que si somos capaces de ampliar el espectro de nuestro pensamiento mientras mantenemos el foco en el problema central. Al aislar a una persona de su ambiente natural, se encuentra en altísimo riesgo por su vulnerabilidad. La eminente prevalencia del trastorno por estrés post-traumático de los pacientes que sobreviven a un cuadro crítico con internación prolongada es uno de los fenómenos para alertarnos y poder establecer algunos cambios dentro de las unidades cerradas o dentro del cuidado que el enfermero debería ejercer.

A su vez, debemos tener en cuenta el modo de organización de trabajo del personal de enfermería en unidades cerradas; las cargas horarias, la cantidad de pacientes por cada enfermero/a, el trabajo que debe realizar, la antigüedad del mismo y la preparación que tuvo para establecer si son factores influyentes a la hora de detectar una crisis emocional y poder darle la atención eficaz correspondiente, debido a que toda atención dirigida a estas habilidades puede considerarse una postura preventiva del estrés y repercutirá, sin duda alguna, en

el estilo y calidad de aquellas personas que las apliquen y es de prever que mejorará el nivel de satisfacción personal y profesional.

Por ende, el objetivo de esta tesis, es determinar la capacidad del personal de enfermería para detectar una crisis emocional de pacientes internados en unidades cerradas mayor a quince (15) días, detectar las falencias del personal y describir los recursos con los que cuenta mediante un estudio de método cuantitativo descriptivo, en donde se obtendrán datos a través de una encuesta y la observación directa dirigida al personal de enfermería de Unidad Coronaria del H. Central.

PLANTEO DEL PROBLEMA

TEMA: “Capacidad que tienen los enfermeros de la Unidad Coronaria del Hospital Central sobre el abordaje de pacientes con Crisis Emocionales”

El tema puesto en discusión surge de la necesidad misma, una necesidad bidireccional: paciente-enfermero. Ya que se pusieron de manifiesto no sólo las necesidades como paciente al momento de afrontar deliberadas crisis emocionales en el ámbito de la internación prolongada en unidades cerradas, sino también la del profesional de enfermería al momento de atenderlas, estamos hablando de una necesidad de técnicas, de manejo, de conocimiento e incluso, de tiempo. Por ello se nos plantearon múltiples incógnitas al momento de abordar dicho tema:

¿Está enfermería verdaderamente preparado en técnicas de abordaje de Salud Mental en ámbitos polivalentes?

¿Ocupa enfermería su tiempo de atención con el paciente en crear un vínculo que de voto de confianza?

¿El personal de enfermería cuida sus términos frente al paciente al momento de una urgencia? ¿Proporciona calma?

¿Es capaz el personal de enfermería de reconocer, evaluar y actuar sobre pacientes con Crisis Emocionales?

Éstas y más dudas son las que impulsan este trabajo, centrándonos en la idea de proporcionar una atención al paciente que evite o, al menos, sepa actuar durante Crisis Emocionales, las cuales veremos cómo no sólo influyen en la psiquis del paciente, sino que por consecuente en la integridad física.

FOMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de conocimientos para el abordaje de episodios de crisis emocional en pacientes con internación prolongada, por parte del personal de enfermería de Unidad Coronaria del Htal. Central, en el periodo que abarca el segundo semestre del año 2021?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general:

Evaluar la capacidad para detectar y abordar crisis emocionales en pacientes con internación prolongada por el personal de enfermería en la Unidad Coronaria del Hospital Central, en el segundo semestre del año 2021.

Objetivos específicos:

1. Identificar los recursos de afrontamiento que posee el personal de enfermería aplicado a pacientes con Crisis Emocionales
2. Evaluar qué conocimientos posee el personal de enfermería en relación a la Salud Mental
3. Puntualizar los aciertos y falencias del personal de enfermería al realizar atención de pacientes con Crisis Emocionales

Justificación del Problema

El planteo de este problema surgió a través de la observación e inquietud de los investigadores sobre cómo era el accionar de enfermería en cuanto a la atención de pacientes con internaciones prolongadas, más precisamente de aquellos que con el transcurso de los días en aislamiento presentan crisis emocionales, ya que es un denominador más común de lo que parece dentro de los servicios dedicados a los cuidados intensivos.

El paciente con previa patología y que además transcurre por un proceso de crisis emocional que no se atiende a la brevedad, avanza muy levemente en la terapéutica y es de difícil recuperación. Es por ello que este estudio busca determinar si el personal de enfermería del servicio en estudio se halla capacitado para afrontar dichas incontinencias emocionales, trabajando desde la prevención, pasando por las intervenciones en acción hasta lograr una reconocida mejora de las emociones que abaten a los pacientes de este tipo.

Cabe destacar que las crisis emocionales son sucesos que pueden darse en cualquier persona (paciente en este caso) sin la necesidad de haber sido previamente diagnosticado de alguna patología mental o estar cursando alguna de ellas sin saberlo, sino que son momentos de ruptura, de inestabilidad que provocan ciertos síntomas que impiden avanzar en el camino (inestabilidad, inquietud, malestar general, angustia, mal carácter, apatía, entre otras)

MARCO TEÓRICO

APARTADO I:

CRISIS EMOCIONAL

Creemos conveniente comenzar con el desarrollo de qué es para nosotras o bien, cómo definimos una Crisis Emocional (CE)

Las crisis, cualquiera sea su tipo, pueden ser definidas de múltiples maneras, pero para este argumento hay una que sostiene objetivamente su significado: desequilibrio. Cuando hablamos de desequilibrio nos referimos a una inestabilidad entre un antes y un después, ya que un evento de crisis siempre se comporta en una situación donde el contexto en el que se lleva a cabo ha sufrido alguna desviación. Las crisis suponen una amenaza de pérdida, ya sea económica, social, vincular o incluso la vida misma, lo cual lleva a involucrarse de angustia y de sensaciones meramente negativas.

Cabe destacar que las crisis, mejor aún, un episodio de crisis se transcurre en el tiempo y ese tiempo es relativamente corto, lo cual no puede ser comparado con estrés, por ejemplo, sino más bien con desesperación, en donde nos hallamos frente a un inicio y un final a corto plazo.

Para saber que estamos frente a una crisis debemos centrarnos en tres ítems que son fundamentales a la hora de definirla:

Desequilibrio: que se define como situación de inestabilidad donde se presentan variaciones, modificaciones, pérdidas y demás componentes que provoquen un cambio en la permanencia.

Temporalidad: el cual se refiere a un corto periodo de tiempo, un periodo determinado y limitado de tiempo.

Capacidad interna de avanzar o retroceder: lo cual implica la toma de una decisión.

Por ende, si nos centramos en estos tres ítems que pautan una crisis, denotamos que la persona que la sufre no sólo debe tomar una decisión interna, sino que lo hace en un periodo corto de tiempo y bajo un contexto que ha puesto en desequilibrio su permanencia.

Ahora bien, como no se trata de cualquier crisis sino de una emocional, cabe destacar la importancia de este concepto en apartado para entender de mejor manera a qué nos referimos.

Según la organización Mundial de la Salud, la salud emocional se define como el estado de bienestar, entendiéndose este bienestar como la situación que le permite a las personas ser conscientes de sus auto-capacidades, gestionar las dificultades normales de la vida diaria y llevar a cabo trabajos productivos. Ahora bien, situemos el anterior concepto en estado de crisis, nos da por consiguiente el hecho de tener que gestionar dificultades encontradas en un conflicto contextual y personal.

La reflexión de multitudinarios procesos naturales muestra entorpecimientos en su continuidad donde, si el proceso continúa, lo hace de forma diferente a como lo había hecho antes. Este punto de desviación se incumbe bien con la percepción hipocrática de crisis (skibh-cortar, separar, distinguir, asimilada por la voz griega krisis, decidir), que su representación puede servirnos como esclarecimiento. Así, entenderemos como crisis una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo. La crisis implica la que se inevitable el uso de una transformación. En sí misma, es una organización endeble y temporal; de ahí el tono terminante, incluso angustioso, de su concepto. En efecto, la crisis puede marcar el empeoramiento o la destrucción del proceso, pero también su fortalecimiento y optimización.

La aplicación del concepto de crisis en salud mental presupone un principio de continuidad psíquica, entendido como una experiencia básica subyacente a todas las demás. La interrupción de esta vivencia de continuidad es intolerable, y, si ocurre, debe ser rápidamente reparada. Es evidente que los seres humanos tienden a buscar una lógica interna en sus vidas, de tal manera que puedan entender su desarrollo y prever su curso. El sentido de la vida viene dado por esta lógica interna. La situación de crisis, al romper el flujo continuo de la existencia,

fuerza un replanteamiento vital, obligando, a veces, a la construcción de un nuevo sentido. En la situación óptima, la aposición progresiva de vivencias personales, críticas o no, asegura la continuidad psíquica, la unificación de la consciencia y la constitución de una identidad autodefinitoria. Desde esta perspectiva, podemos entender la crisis como: una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida. De ahí el riesgo y la potencialidad creativa de las crisis.

Cuando el proceso de resolución de crisis fracasa, la conciencia se fragmenta, las contradicciones internas se acumulan y el sentido personal de identidad se vuelve frágil y provisional. Como primer intento de compensación, las circunstancias y condiciones que amenazan la vivencia de continuidad son rechazadas, negando todo cambio y dificultad. Si esta defensa fracasa, la clara experiencia de la vida sin sentido conduce a la desesperación, y, para evitarlo, puede producirse como segunda línea de defensa la provocación o búsqueda de situaciones de cambio, con consecuencias a veces desastrosas.

Entonces, Crisis Emocional es la incapacidad de poder tomar una decisión interna que implique avanzar o retroceder en cuanto al afrontamiento de dificultades inmediatas en un periodo corto de tiempo.

Crisis Emocional en el contexto de Salud-Enfermedad

Según el conocido neurólogo, filósofo y, a demás, psiquiatra Viktor Frankl “La capacidad de sufrimiento no es, en definitiva, otra cosa que la capacidad de realizar lo que yo llamo valores de actitud” (1980). Ante el vacío existencial: hacia una humanización de la psicoterapia (pp. 55). Barcelona, Herder Editorial.

Para aclarar este concepto sin mayores dificultades hemos decidido volcar el contenido de la descripción siguiendo, a nuestro entender, dos ramas: avance o retroceso, que a su vez se dividirán en sucesivas ramas descriptivas para cada una.

A - Avance

Cuando hablamos de una CE en torno a la vida misma, el ser humano puede (por sus capacidades anteriormente desarrolladas a lo largo de su historial de vida) disponer de la posibilidad del avance. Con lo cual hacemos referencia, por ejemplo, al avance en la terapéutica propuesta, en este caso, disponiendo para ello de “herramientas” que le permitan llegar a la toma de esa decisión ante el quiebre: SEGUIR.

Llegado a este punto queremos plasmar dos nuevas ramificaciones de este argumento de avance: avanzar porque puedo o avanzar porque otros pueden por mí.

A – 1 Avanzar porque puedo

Siguiendo la idea de Frankl, “se trata de la actitud adecuada”, el avanzar porque puedo es la manifestación de un conjunto de tomas de decisiones apropiadas para ése suceso de vida, en este caso ante el proceso de salud-enfermedad. Por ejemplo, en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Saporiti del departamento de Rivadavia, un hombre se hallaba hospitalizado en dicha unidad por una neumonía asociada al virus de Sars-Cov-2, el paciente se encontraba lúcido y vigil, con requerimiento de oxigenoterapia de alto flujo con cánula nasal (mejor conocido como cánula de alto flujo). En su terapéutica el paciente opta por realizar constantemente ejercicios posicionales y respiratorios aconsejados por el personal de salud. El mismo personal de salud comenta que, en su experiencia con tratamiento covid, fue el único paciente que otorgó importancia a los ejercicios posicionales y respiratorios aconsejados, y por consiguiente quien más pronto logró el traslado a la unidad de internación de menor complejidad¹. Por consiguiente, con este ejemplo queremos hacer referencia a que el paciente en su modo de avanzar, optó por la actitud adecuada frente a su enfermedad.

A – 2 Avanzar porque otros pueden por mi

¹ Relato otorgado por enfermera de UCI del hospital Dr Carlos Saporiti de Rivadavia - Mza

Por otro lado, en las primeras páginas de su libro ya mencionado anteriormente, Viktor Frankl alude que “Contrariamente al animal, el hombre carece de instintos que le digan lo que tiene que hacer y, a diferencia de los hombres del pasado, el hombre actual ya no tiene tradiciones que le digan lo que debe ser. Entonces, ignorando lo que tiene que hacer e ignorando también lo que debe ser, parece que muchas veces ya no sabe tampoco lo que quiere en el fondo. Y entonces sólo quiere lo que los demás hacen (¡conformismo!), o bien, sólo hacer lo que los otros quieren, lo que quieren de él (totalitarismo)” (Frankl, 1980). Es aquí donde parece nuestro concepto de avanzar porque otros pueden por mí. Donde, de forma más explícita, el hombre avanza no por haber tomado una decisión acertada (actitud adecuada), sino porque otros lo hicieron por él, y él simplemente se dejó llevar, se dejó avanzar.

Para dejar ejemplificado el concepto anteriormente nombrado, traeremos a este marco la historia del escritor y humanista José Luis Sampedro, quien en su libro “Monte Sinaí”, de la mano de la poesía y la redacción atractiva, expresa cómo vivió su experiencia tras una complicación cardíaca en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Mount Sinai Medical Center ubicado en Miami-Estados Unidos. Bajo sus relatos con matiz poético cuenta como se sentía ante la iniciativa de todo el equipo interdisciplinario de dicha unidad. “Pasiva disponibilidad” de su cuerpo es el término que utiliza Sampedro para describir su avance en la UCI, donde no era capaz de tomar la actitud adecuada, sino bien avanzar porque otros podían por él.

“Mi voluntad no contaba y era natural puesto que no la ejercía; así es que cuando entregaba mi brazo para a toma de tensión o la inyección el gesto no era ni siquiera obediencia, tan sólo pasiva disponibilidad. Como tantos otros, en los miles de celdillas de la enorme colmena, yo estaba allí para eso: ser observado, servir al omnipresente equipo técnico y humano, ser remendado, recompuesto y en el mejor de los casos devuelto a lo de afuera tras el uso” (Sampedro, 2012)

B – Retroceso

Este es el punto identificado en una CE en torno al proceso de salud-enfermedad que posee un rol fundamental en el futuro de quien lo esté viviendo, ya que no se identifica en absoluto con lo antes mencionado, contrariamente a ello, la persona no encuentra dentro de su crisis nada que le asegure una permanencia o sentido de existencia, por lo cual todas sus respuestas internas lo llevan a una constante negativa.

APARTADO II:
INTERNACIONES PROLONGADAS

La palabra internación hace alusión a la acción de internar a un individuo en un centro de salud u hospital, como consecuencia del padecimiento de alguna dolencia o enfermedad, para que reciba tratamiento específico a causa de la misma, o en sucesión a causa de un defecto, tras la sucesión de un accidente que complica el estado de salud del individuo.

La internación normalmente se efectúa en un hospital o centro sanitario destinado a tal efecto, aunque también es común que el caso también lo amerite, el médico indique una internación domiciliaria, es decir, en vez que la misma se efectúe en el marco de un hospital, se realice en la vivienda del paciente, así mismo como el control de distintos profesionales de la salud que continúen con la evolución y las necesidades del paciente.

Debemos decir a propósito que este tipo de internación se indicará en casos especiales y bajo estricto seguimiento médico y luego que se hayan cumplido los requerimientos de equipamiento de la habitación en el lugar donde residirá el paciente.

En el caso de la internación tradicional en un centro médico u hospital, la misma se prolongará de acuerdo al tiempo que indique el médico y dependerá por supuesto, del estado, la evolución y las prácticas que haya que realizarle al paciente internado. Se definió entonces, como internación prolongada, aquella de más de 15 días de duración, que corresponde al doble de la estancia media en el área de cuidados intensivos.

Principales causas de una internación

Las cirugías o intervenciones quirúrgicas son las causas más comunes de internaciones de pacientes.

La cirugía es una de las tantas ramas que se subdivide la medicina y que se ocupa exclusivamente de curar las enfermedades a través de la práctica de una operación, ya sea porque su salud lo requiere o por mejorar su apariencia estética.

Cuando la intervención es sencilla, la permanencia en el nosocomio, puede durar horas o pocos días, en cambio si fuese compleja, dependerá de la evolución del paciente hasta obtener el alta.

Se considera como internación prolongada cuando el paciente supera los 9 días dentro del hospital.

Problemas de las internaciones prolongadas

En los países latinoamericanos, la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación. Esta situación también se ve reflejada en la saturación de los servicios de urgencias, al punto de que se presentan casos de cierre temporal de estos. Teniendo en cuenta que los servicios de urgencia son la principal puerta de entrada a la hospitalización (entre el 70% y 75% de los casos de ingresos hospitalarios), es común que cuando los pacientes llegan a un hospital no haya disponibilidad de camas para atender su necesidad.

Ante la desproporción entre oferta y demanda de los servicios de salud, que conlleva la saturación de los servicios, la eficiencia es una condición importante debido a que los recursos son limitados. En los hospitales la cama es uno de los recursos centrales para la prestación del servicio. Por eso, entre las medidas globales de la eficiencia hospitalaria, están aquellas que se relacionan con el uso de este recurso. El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales.

De este modo, un servicio de hospitalización con estancias prolongadas de pacientes puede considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes. Además, de la relación directa entre la prolongación de la estancia y disponibilidad de camas, también se aumentan los costos de atención, el riesgo de efectos adversos y la mortalidad.

La estancia prolongada de pacientes en hospitalización es un problema que afecta a instituciones prestadores de servicios de salud, a aseguradoras y pacientes porque:

-Limita la capacidad de los hospitales, dificultando el ingreso de pacientes a una cama hospitalaria. Al presentarse mayor estancia, hay menor disponibilidad de camas y mayor saturación de los servicios de urgencia. Se suma a este déficit de camas, un problema común en la capacidad de atención de los hospitales en países como Argentina, Colombia, Brasil y México, según la encuesta del Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial.

-Incrementa los costos de operación por el uso no apropiado de los recursos. La estancia prolongada implica un desperdicio o mala utilización de los recursos económicos y humanos, ya que lleva costos adicionales en términos de personal, alimentación, insumos, uso de equipos y utilización de recursos extras del hospital.

- Afecta la calidad de atención, en términos de seguridad del paciente. El hecho de se incremente la duración de la instancia, hace que suba la probabilidad de que un paciente sufra un evento adverso y especialmente de contraer infecciones intrahospitalarias, que pueden llevarlo a la muerte. Así mismo, el hecho de que un paciente sufra un evento adverso, puede llevar a un aumento de la estancia hospitalaria.

Delirio hospitalario

Estar internado en el hospital puede ser tan estresante que hasta la mente se desequilibra.

El delirio es una alteración de la conciencia que aparece de manera súbita y cuya evolución es fluctuante. La prevalencia en cuidados intensivos, donde las internaciones prolongadas son mayores, se sitúan en torno al 80% debido principalmente a las características de estos pacientes y a los tratamientos que son necesarios para su recuperación.

Durante la estancia hospitalaria, en concreto en cuidados intensivos, las Guías de Práctica Clínica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva y la Sociedad de Medicina de Cuidado Crítico han desarrollado una serie de factores de riesgo relacionados con el paciente internado en este servicio, por correspondiente son: el uso de sedación (comas inducidos como el uso de las benzodiazepinas, en concreto el Midazolam); ventilación mecánica; hipoactividad; uso de contenciones mecánicas y privación del sueño.

En estas Unidades Críticas es donde prevalecen las internaciones prolongadas y en donde se pueden o no, aumentan las enfermedades que no fueron el motivo de consulta o internación, por ejemplo, en la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos Público, un paciente espera entre dos a tres meses la espera de un marcapasos o un CDI, lo que altera considerablemente su salud mental, entre otros, durante ese lapso.

Consideraciones en pandemia

Las infecciones intrahospitalarias que se adquieren en una institución médica son motivo de preocupación desde hace tiempo.

Además, en los últimos meses, en el contexto de pandemia, no fueron pocas las personas que contrajeron infecciones severas luego de haber pasado un largo período con un ventilador mecánico a causa del Covid-19.

Lo primero que se destaca es que no existe una institución médica sin infecciones intrahospitalarias, en esta ciudad ni en el mundo. Lo que sí es necesario y recomendable es que, en clínicas, sanatorios y hospitales lleven adelante programas de control de estas infecciones para tener su propio mapa epidemiológico (lo que implica conocer qué organismos están presentes en cada institución) y a partir de un trabajo constante y minucioso, y de ese modo encontrar el foco del problema o de los problemas y tomar medidas para minimizar su impacto en pacientes y personal de salud.

Infecciones nosocomiales

¿Qué una infección nosocomial? Aquella que se adquiere en hospitales y se manifiesta en más allá de las 48 horas después de que el paciente fue ingresado y que no estaba presente en el momento de ingreso.

Estas infecciones, que pueden poner en riesgo la vida de una persona que quizás fue internada por un tema no complejo, como por ejemplo una intervención de grado menor, están ligadas al tiempo de permanencia en una institución hospitalaria, por ello es que en los últimos años la tendencia sea que las internaciones sean lo más breves posibles.

En este sentido, el Covid-19 encendió las alarmas porque muchas personas han tenido o tienen estadías prolongadas por cuadros moderados o severos. La estancia hospitalaria pasó de tres días y medio de promedio (en épocas no Covid-19) a 10 días en pacientes positivos. Lo que muestra claramente la posibilidad de contagio de bacterias o virus intrahospitalarios, aunque, por otro lado, hizo que se extremaran las medidas de protección personal de los profesionales de la salud para con los pacientes y entre ellos mismos.

APARTADO III:
DERECHO A LA SALUD MENTAL

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, tiene por objetivo incorporar la perspectiva de derechos humanos a las políticas públicas y regulaciones sobre salud mental, afirma que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención humanizada

Para garantizar el derecho a la salud mental (al igual que ocurre con todos los derechos), y teniendo en cuenta el principio de interdependencia que rige en materia de derechos humanos (Pinto, Mónica, 1996), deberán garantizarse otros derechos que trascienden lo atinente específicamente al derecho a la salud.

- Brindar una atención pronta así disminuir su sufrimiento.
- Brindarle información clara, precisa y adecuada de su padecimiento mental, en términos que el paciente logre comprender lo que se le está explicando.
- Escucharlo cuando el paciente desee hablar sobre lo que le está sucediendo, y a su vez brindar información clara con respecto a su tratamiento.
- Si el paciente es incapaz se le brindará información al familiar o representante legal.
- Se debe promover comunicación y acompañamiento familiar, para que el paciente no se sienta abandonado por ellos.
- En caso que el paciente no asista con un acompañante buscar, datos e información que puedan brindar acerca del apoyo familiar.
- Proteger y resguardar en todo momento la integridad física como la intimidad del paciente.
- No brindar información del paciente a terceros a menos que el paciente de su consentimiento

La salud entendida desde una concepción integral supone implementar acciones convergentes, que incorporen lo específico de la salud mental en las acciones

generales de salud y en relación permanente con otros campos y prácticas sociales. Es decir que, el campo de la salud definido como un espacio de producción interdisciplinaria e intersectorial implica necesariamente que las prácticas para la atención deban implementarse a través de actividades fundadas en el saber de las distintas disciplinas que comparten con el campo de la salud mental los objetivos primordiales y comunes de fomentar, promover, conservar, restablecer y rehabilitar la salud integral de la población a cargo.

Aportes de la Ley a las prácticas (en general).

Entre los principales aportes a las prácticas de salud mental, se visualizaron la apertura al debate y transformación de las prácticas actuales. Asimismo, varios señalaron las implicancias que la Ley supone en la redistribución de responsabilidades y tareas en el equipo profesional y en la creación de equipos interdisciplinarios, respecto de los cuales destacan en varias ocasiones que la ley implica, junto con la redistribución de responsabilidades, la redistribución de poderes al interior del equipo.

También se mencionaron otros actores además de los profesionales de salud como involucrados en las prácticas relacionadas con la nueva Ley, en especial la mayor participación de la familia y del paciente en la toma de decisiones, y la articulación y el trabajo en red intersectorial (con Desarrollo social, Trabajo, etc.). En algunos casos se menciona que la Ley permitiría “legalizar” las prácticas que ya se realizan en este sentido pero que quedan invisibilizadas en la organización actual de la atención.

Obstáculos en la implementación de la nueva Ley de Salud Mental.

En relación a los obstáculos distinguidos para la correcta implementación de los cambios propuestos por la ley, se indica en primer lugar la ausencia de recursos y dispositivos alternativos (recursos comunitarios, tratamientos ambulatorios, casas de medio camino, etc.), le sigue la desinformación de la comunidad acerca del sufrimiento mental (desnaturalizar la internación psiquiátrica como primer opción

de tratamiento frente al sufrimiento mental), falta de adecuación de los centros asistenciales (nombramientos, número de profesionales y de camas destinadas a salud mental en hospitales generales y formación de recursos humanos para la internación en hospitales generales), conflictos ante la modificación de las prácticas habituales del trabajo asistencial, ausencia de coordinación desde el sector Salud, falta de gestión y planificación para implementar los cambios, falta de recursos humanos especializados en procesos de desinstitutionalización, malas interpretaciones acerca de la ley, insuficiente difusión de la ley con trabajadores del sector, falta de presupuesto para efectivizar los cambios, entre otros –superposición de la ley con las normas institucionales, intereses de las grandes corporaciones (laboratorios), lugar marginal que ocupan los servicios de salud mental en los hospitales generales, tiempo destinado a la atención, tipos de remuneración para los profesionales, poco compromiso de los juzgados, dificultad para obtener un lugar de internación sin intermediación judicial, convivencia de distintos paradigmas dentro del equipo interdisciplinario–.

Intervención en crisis

La intervención en crisis es la estrategia que se aplica en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis de cualquier índole que no se haya podido afrontar de manera eficiente.

El objetivo es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes de la crisis, la restauración del equilibrio emocional y una mejora en cuanto a su conceptualización de lo sucedido para apoyar en la activación de los recursos de afrontamiento que se requiere.

Esta intervención se brinda de acuerdo al momento en el que se encuentre la persona luego de la emergencia, la intervención en crisis puede darse en primera y en segunda instancia; las diferencias entre una y otra consisten en el tiempo que se requiere, quién la está brindando, en dónde, el procedimiento y las metas propuestas en el momento de la intervención (Slaikou, 2000).

Diferentes profesionales de la salud mental pueden intervenir en la atención en crisis, por ejemplo, los psicólogos, psicoterapeutas, tanatólogos, psiquiatras, enfermeros, paramédicos, brigadistas y demás personal capacitado para hacerle frente a situaciones de emergencia.

A - Sugerencias Terapéuticas

A - 1 Contención Emocional:

La premisa fundamental es evitar que el paciente se haga daño a sí mismo o les haga daño a otros. El primer paso es hablarle al paciente. El médico debe actuar con serenidad y firmeza para lograr un ambiente de tranquilidad para el enfermo, orientando al paciente con relación al lugar donde se encuentra y preguntándole que le sucede y recordándole el objetivo terapéutico que tenemos. Es importante evitar dudas en el paciente con respecto a la identidad del médico y del personal de salud interviniente.

El médico debe tratar de establecer una relación con el paciente que le infunda confianza, invitándolo a sentarse y tranquilizarse, escuchándolo y comprendiendo, sin afirmar ni negar lo que el paciente expresa. Nunca se debe discutir con el paciente. El que el paciente pueda expresar con sus propias palabras lo que le ocurre ayuda a calmar la excitación del mismo.

Es importante que el entrevistador transmita al paciente la seguridad de que controla la situación, y que no permitirá que lleve a cabo actos agresivos. Una medida que colabora a desdramatizar la situación y al manejo del ambiente es evitar la presencia de curiosos o personas que puedan irritar al paciente y que no ofrecen ninguna colaboración efectiva.

Se debe hablar con el paciente durante todo el procedimiento, preguntando como se encuentra, las posibilidades que tiene de perder el control y los sentimientos que eso le genera. Si percibe que no puede afrontar la situación el médico debe pedir ayuda y no continuar intentándolo a solas. Es importante disponer de un ambiente adecuado: una habitación amplia y

tranquila, con dos puertas de acceso que no se puedan bloquear por dentro. Los muebles deberían estar fijos y sin objetos peligrosos. Disponer de personal de salud adecuado, suficiente y entrenado. El personal de salud debe mantenerse cercano a la salida y conservar una distancia de seguridad respecto al paciente y cuidar la postura y el lenguaje. Debe mostrar calma y comprensión evitando desafíos o provocaciones. Mantener al paciente siempre bajo vigilancia o supervisión. Evitar que se encierre en lugares de difícil acceso. Evitar el personal o necesario o la presencia de curiosos. El personal de seguridad debe estar próximo, alerta y si fuera necesario presente. Ante la presencia de armas solicitar la intervención del personal de seguridad y/o las fuerzas del orden. (Ministerio de salud. Lineamiento para la atención de la urgencia en salud mental).

A - 2 Contención Mecánica:

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

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

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

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

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

A – 2 – a Precauciones:

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

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

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

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

A – 2 – b Procedimiento:

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

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

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

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

- Colocar la cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones.
- Evitar la opresión del cuello y abdomen.
- Las sujeciones de cuero, material de consistencia similar o silicona son las más seguras para realizar la contención. Las vendas, sábanas o similares pueden desajustarse o producir lesiones.
- Las ligaduras deben permitir movimientos amplios y no obstaculizar la circulación.
- La persona deberá ser evaluada y acompañada en forma permanente:
- Controlar los signos vitales, hidratación, vía aérea, higiene y necesidades básicas.
- Aflojar y rotar periódicamente las ataduras para evitar lesiones.

Explicitar cada acto del procedimiento, la intención de ayudar y cuidar, así como la transitoriedad y brevedad posible de esta medida, respetando en todo momento la dignidad humana. Considerar que se retirará, en forma

gradual, cuando aparezca el efecto sedativo de los psicofármacos y remita el cuadro de excitación.

A - 3 Abordaje Psicofarmacológico:

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

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

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

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

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

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

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

Para la elección del fármaco a utilizar es conveniente delimitar.

1) Si la crisis corresponde primariamente a un cuadro orgánico (tóxico, metabólico, entre otros) o psicógeno (trastornos producidos por factores psicológicos o emocionales)

2) Cuáles son los síntomas preponderantes y más perturbadores, porque acorde a ellos será el tratamiento a instaurar en la urgencia,

3) Si se conocen los antecedentes de tratamientos y la urgencia constituye una descompensación, tener en cuenta el esquema previo y su cumplimiento.

Esquema de referencia:

Haloperidol: Comp.1, 5 y 10 mg y gotas con 0.1 mg haloperidol/gota y de 0.5 mg haloperidol/gota (010), ampollas de 5 mg (IM).

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

En el contexto de las emergencias, se han desarrollado herramientas para diversos fines, entre ellos:

- la evaluación
- los primeros auxilios psicológicos
- el manejo clínico de los trastornos mentales
- la recuperación del sistema de salud mental

APARTADO IV:
ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El profesional de enfermería cumple un papel importante en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mental. Es importante que desde los diferentes ámbitos donde el profesional de enfermería debe estar preparado para que identifiquen factores de riesgo que puedan ocasionar trastornos en ellos.

Es necesario que el profesional maneje estrategias de afrontamiento, en identificación temprana de signos y síntomas que adviertan respecto a un posible trastorno mental.

La interacción enfermera-paciente es fundamental, se necesita que el enfermero transmita confianza a partir de sus diferentes actitudes durante el cuidado: la sonrisa, el contacto táctil suave y la adopción de gestos que ofrezcan tranquilidad. (Pinilla, AM ,2007)

Se ha tomado en consideración la teoría de Peplau Hildegard, que a criterio de la autora considera que coincide con el presente estudio; este modelo de atención analiza la relación enfermera paciente, se busca establecer una relación entre ambos y a través de conocimientos previos responder las interrogantes que el paciente tenga sobre su condición y de la misma manera el profesional enfermero va explorando e identificando los problemas que el paciente pueda tener con respecto a su estado emocional.

En relación a las fases de enfermería que plantea modelo relaciones interpersonales el enfermero trata de orientar, mediante el apoyo profesional, de igual manera se puede ayudar al paciente a reconocer cuál es su problema y establecer la ayuda que necesita. Según lo establece este modelo, el paciente tiende a identificarse con el profesional que lo está ayudando en este caso el enfermero/a explora sus sentimientos devolviéndolos en forma positiva como fuerzas para superar su angustia, a través de esta relación establecida. (Salas, 2017).

Mediante la relación que se establece entre paciente enfermero/a, se busca similitudes entre el profesional o persona importante para él, lo cual ayuda a la

recuperación de su estado de ansiedad, que ve reflejado en el enfermero una cara amiga que lo puede ayudar en su problema, en esta fase se definen áreas de independencia, dependencia e interdependencia según lo expresa la teoría de Peplau (Mastrapa & Lamadrid, 2016).

Al estar el paciente hospitalizado, en constante contacto con el enfermero, en base a la situación en la cual está sumergido, su principal meta siempre será librarse de afección, según lo expresado en el modelo relaciones interpersonales, la enfermera proporciona el apoyo necesario, ser una guía, de tal forma que pueda sacar el mayor provecho de los conocimientos impartidos por el enfermero.

La comunicación, confianza, respeto y compromiso de uno con el otro. Cuando esto ocurre, ambos se enriquecen.

La integración de los sentimientos compartidos establece la posibilidad de dar o recibir ayuda. Se enfatiza en la integración de sentimientos y acciones en el encuentro, de tal manera que la interacción enfermera-persona es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado.

Desde esta perspectiva se cree que la interacción enfermera-paciente es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación. (Morse JM, Bottorff J, Neander W, Solberg S, 1994)

En la práctica de la enfermería con conocimiento en salud mental, la relación persona - enfermera(o) aparece como una constante, es decir la labor como profesionales de enfermería se basa en una relación de ayuda que requiere de una condición de sensibilidad, respeto y amor hacia la persona cuidada para que tenga un objetivo terapéutico y de trascendencia. Se busca establecer una relación terapéutica, en la cual el profesional de enfermería sea el instrumento terapéutico, en la cual hay crecimiento personal tanto en el cuidador como en la persona cuidada.

La Enfermería en Salud Mental es un área que emplea teoría del comportamiento humano, para cuidar a las personas con trastornos mentales, y para fomentar una

salud mental optima en el individuo, la familia y la comunidad. Se busca que en el cuidado de enfermería a la persona con sufrimiento psíquico se le reconozca como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social. (Galvis López, Milena Alexandra, 2015)

El rol de enfermería en situación de crisis

El papel de enfermería es muy importante ya que el enfermero, además de cumplir inmediatamente las indicaciones médicas, también brinda confianza, y seguridad al paciente adolescente mediante la preparación psicológica.

El enfermero debe tratar de llegar de la forma más adecuada, animándolo y estimulándolo de manera de protegerlo para que no llegue a hacerse daño, en el caso de pacientes en crisis, es importante mantenerse cariñoso pero fuerte, tratarlos con firmeza y seguridad pues son de difícil manejo.

Después de cumplir con las indicaciones médicas, y prestar las atenciones requeridas, observando al paciente, si ha mejorado y en caso de que no lo ha hecho comunicarlo al médico y si el medico decide el ingreso se trata de convencer al paciente por medios de psicoterapia y trasladarlo.

Capacidades profesionales: debe ser capaz de aplicar intervenciones en pacientes en crisis y emergencias, aplicando estrategias de atención validadas y su consecuente orientación ética. Aplicación de alternativas de intervención terapéutica considerando las características propias de cada etapa del ciclo vital. El dominio de los esquemas farmacológicos utilizados en el tratamiento integral del paciente en crisis y emergencias.

Conocimientos básicos

La formación del profesional de enfermería está basada en conocimientos científicos, con una perspectiva holística, respecto de los sujetos y de los procesos

de intervención inherentes a su campo, la enfermería en salud mental requiere de una capacitación específica para poder proporcionar los cuidados correspondientes, enriqueciendo y actualizando la formación básica.

La/el enfermera/o en salud mental debe tener las siguientes competencias:

1. Conocer los modelos de atención y prácticas de enfermería en salud mental.
2. Analizar la práctica de enfermería en función del modelo que subyace.
3. Reconocer el campo de los Derechos de los sujetos en general y de los personas con padecimiento mental en particular.
4. Valorar la función del enfermero como una estrategia de cuidado sobre el malestar psíquico, orientándola a pensar al sujeto en la particularidad de su historia, en la singularidad de los síntomas y en los malestares propios de su época.
5. Desarrollar actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en los tres niveles de atención, con especial énfasis en la atención de los grupos vulnerables de la población
6. Diagnosticar, diseñar e implementar, como integrante del equipo interdisciplinario, programas de educación para la salud, con el propósito de mantener y mejorar la salud de las personas, familias y comunidad, realizando actividades de educación permanente en salud.
7. Planificar e implementar el cuidado de las personas con padecimiento psíquico en forma conjunta con los niveles de conducción, los Servicios de Cuidados Generales e Intermedios, Centros Quirúrgicos y de Atención Ambulatoria, como así también, servicios de salud comunitarios.
8. Implementar actividades de capacitación y promoción de la salud Mental en el área de salud para los sujetos de atención

9. Adquirir herramientas para asesorar a los equipos de salud en temas relacionado con el cuidado enfermero de las personas con padecimiento mental.

10. Gestionar programas y proyectos en el campo de salud mental.

11. Gestionar e implementar proyectos de capacitación continua profesional en el campo de salud mental.

Entre otros conocimientos que le permitirá brindar cuidados de enfermería en la atención integral

Reconocer el campo de los Derechos de los sujetos en general y de los personas con padecimiento mental en particular.

Desarrollar actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en los tres niveles de atención, con especial énfasis en la atención de los grupos vulnerables de la población Implementar actividades de capacitación y promoción de la salud en el área de salud mental y uso problemático de sustancias para los sujetos de atención

El presente marco conceptual ayudará a poder indagar si el personal de enfermería conoce como abordar la intervención en crisis ante una crisis emocional a los pacientes con internación prolongada en servicios cerrados.

CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

En esta sección llevaremos a cabo la descripción de cómo se va a realizar nuestra investigación, para eso necesitamos determinar el tipo de estudio: *cuantitativo descriptivo transversal*.

Nuestro estudio es de tipo **Cuantitativo** ya que usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico estableciendo patrones de comportamientos y justificar teorías.

Decimos que es **Descriptivo** ya que define a los datos estadísticos y tiene como objetivo llegar a conocer la situación, prácticas y actitudes predominantes del hecho en estudio.

Los datos que se lograrán son de corte **Transversal** ya que tiene como característica la recolección de datos en un único momento haciendo un corte en el tiempo

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizará durante el 2do. Semestre de 2021, área de estudio es el Hospital Central, más precisamente en el Servicio de Unidad Coronaria (UCO). Este hospital se ubica en la provincia de Mendoza, específicamente en Avenida Alem 450, esquina Salta de la Ciudad de Mendoza.

UNIVERSO Y MUESTRA

En nuestro estudio se tomó como Universo la población de enfermeros pertenecientes al Servicio de Unidad Coronaria. El mismo está compuesto de 19 enfermeros (Licenciados y Profesionales Universitarios). La Muestra abarcará los 19 profesionales de la Unidad Coronaria del Hospital Central.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los 19 enfermeros que respondan el cuestionario

TIPO DE MUESTREO: No probabilístico

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión: Serán los enfermeros y enfermeras de los 3 turnos (turno mañana, turno tarde y turno noche) tanto licenciados como enfermeros profesionales que se encuentren desarrollando actividades al momento de la obtención de datos.

Exclusión: serán los enfermeros con licencia anual reglamentaria (LAR) o con algún tipo de licencia por enfermedad y los profesionales de otros servicios.

ASPECTOS ÉTICOS LEGALES

Se pidió autorización y colaboración, por medio de una nota por correo electrónico a la Jefa de Enfermería del Servicio mencionado: Lic. Andrea Díaz.

Los cuestionarios propuestos serán respondidos manteniendo el anonimato, en el cual no se expondrá el nombre de ningún participante (Ver notas en anexos)

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El Método que se utilizará será la encuesta a profesionales de enfermería de los Servicios de Internación Cerrada del H.Central. El Instrumento que se utilizará será un cuestionario de preguntas cerradas.

A demás se empleará el uso observacional (técnica directa) y el instrumento será un Check-List.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable N°1 “Personal de enfermería de la Unidad Coronaria”

Definición de la variable: Son aquellos enfermeros y enfermeras que abocan su labor a la atención de pacientes con patologías cardiovasculares en sus fases agudas y/o crónicas y en el pre o postoperatorio.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
Personal de enfermería de la Unidad Coronaria	Sexo	Femenino Masculino
	Edad	Entre 21 y 30 años Entre 31 y 40 años Más de 40 años
	Antigüedad en UCO	Entre 1 y 5 años Entre 6 y 10 años Más de 10 años
	Nivel de formación	Enfermero Universitario/Profesional Licenciado en Enfermería
	Empleos que posee	Un (1) trabajo Dos (2) trabajos Más de dos trabajos
	Horas de trabajo semanales	36 horas semanales 40 horas semanales Más de 40 horas semanales
	Capacitaciones sobre Salud Mental realizadas	Si No

	en el Hospital	
	Capacitaciones realizadas inter-servicio	Si No
	Motivo de la no capacitación	Escasez de tiempo Falta de interés al respecto Otro
	Adecuada educación durante el cursado de la carrera sobre Crisis Emocionales	Siempre Poco o básico Nada
	Conocimientos sobre la nueva Ley de Salud Mental	Sí Poco Nada

Variable N°2 “Capacidad para detectar y abordar Crisis Emocionales”

Definición de la variable: es la aptitud y destreza con la que los enfermeros y enfermeras se abocan a la implementación de estrategias para atender las dificultades que apremian a los pacientes en cuanto a su Salud Mental y Emocional.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
Capacidad para detectar y abordar Crisis Emocionales	Demanda de atención	<p>Pacientes sin patologías mentales presuntivamente diagnosticadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cada cuatro horas - Según necesidad <p>Pacientes con patologías mentales presuntivamente diagnosticadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cada cuatro horas - Cada dos horas - Según necesidad
	Nivel de crisis	<p>Leve</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menos de 15 minutos de atención de enfermería <p>Moderada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre 15 y 30 minutos de atención de enfermería <p>Grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Más de 30 minutos de atención de enfermería

	Métodos de contención prioritario	<p>Diálogo empático</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos veces por turno - Una vez por turno - Ninguna vez - Según necesidad <p>Escucha activa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos veces por turno - Una vez por turno - Ninguna vez - Según necesidad <p>Contención emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si - No
	Crisis Emocional	<p>Conceptualmente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reacciones físicas - Pensamientos y emociones sin control - Se presentan ante una situación que amenaza nuestra integridad
	Signos de alarma	<p>Valoración</p> <p>Características físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del sueño. - Pérdida de energía <p>Expresiones faciales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocupación constante <p>Modo de hablar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angustia generalizada <p>Reacciones y comportamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Labilidad emocional

		<ul style="list-style-type: none">- Llanto fácil- Trastorno de concentración y memoria.
--	--	--

Variable N°3 “Internaciones prolongadas”

Definición de la variable: es cuando la internación en nosocomio de un paciente se extiende durante un tiempo mayor a quince (15) días.

VARIABLE	DIMESIÓN	INDICADOR
Internaciones prolongadas	Duración	Prolongada I - De 15 a 20 días Prolongada II - De 21 a 30 días Prolongada III - Más de 30 días
	Diagnóstico	Infarto Agudo de Miocardio (IAM) - De 7 a 15 días de internación Edema Agudo de Pulmón - De 10 a 20 días de internación Arritmia - De 10 a 20 días de internación Insuficiencia Cardíaca - De 15 a 20 días de internación Angina de pecho - Más de 30 días

Análisis, Procesamiento y Presentación de datos

Tabla N°1

“Numero de enfermeros según el sexo”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Sexo	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Femenino	15	0,81	81%
Masculino	4	0,19	19%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N° 1



Comentarios

A partir del gráfico número 1 (uno) podemos distinguir cómo en el servicio de “Unidad Coronaria” del Hospital Central hay una notable preponderancia de mujeres enfermeras, con un porcentaje de 81,3% del total, frente a los hombres que presentan un porcentaje de 18,7% del total de enfermeros..

Tabla N°2

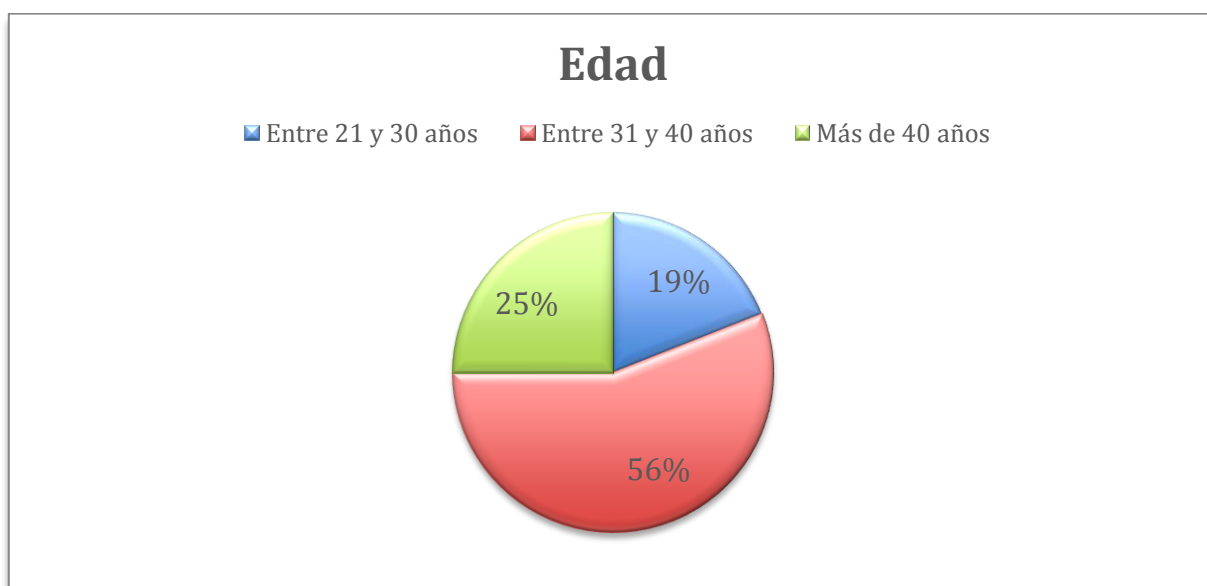
“Número de enfermeros según edad”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Entre 21 y 30 años	3	0,19	19%
Entre 31 y 40 años	11	0,56	56%
Más de 40 años	5	0,25	25%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Grafico N°2



Comentarios

Como podemos observar en el grafico N°2 el rango de edad que supremacía en este servicio es entre los 31 y 40 años, marcando la diferencia con un 56%. Lo sigue el rango de más de 40 años (25%) y también, cómo podemos ver, el personal en su gran mayoría no posee una edad inferior a los 30 años.

Tabla N°3

“Antigüedad como enfermera/o de Unidad Coronaria”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Antigüedad en Unidad Coronaria	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Entre 1 y 5 años	11	0,59	59%
Entre 6 y 10 años	-	0	0
Más de 10 años	8	0,41	41%
Total	19	1	100

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°3



Comentarios

En lo que respecta al gráfico N°3, referente a la antigüedad dentro del Servicio de Unidad Coronaria, podemos ver con claridad la dicotomía formada. Quedando excluido a un 0% el rango de edad de 5 a 10 años, ya que todo el personal se reparte entre los rangos de 1 a 5 años (59%) y de más de 10 años (41%).

Podemos determinar que hay un mayor número de enfermeros entre los 1 y 5 años de experiencia debido a que con la reciente pandemia ingresó mucho personal nuevo.

Tabla N°4

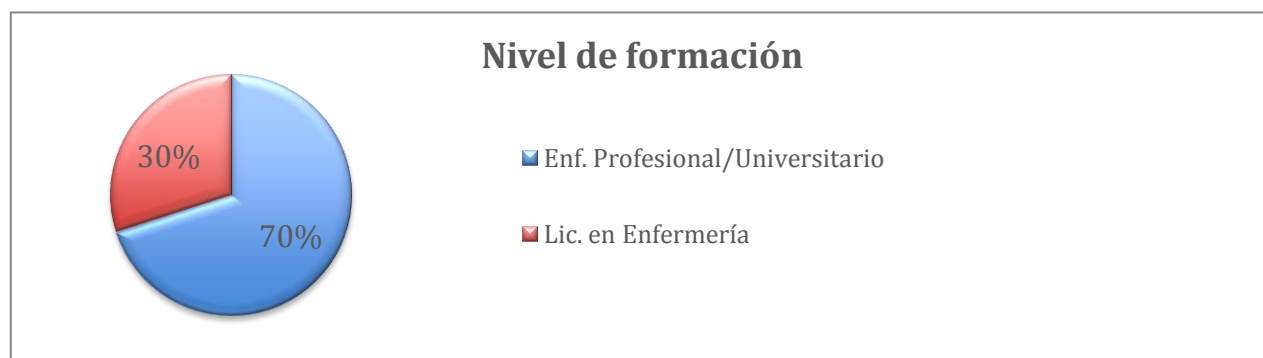
“Nivel de formación como enfermera/o”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Nivel de formación	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Enfermera/o profesional/universitario	13	0,70	70%
Licenciada/o en Enfermería	6	0,30	30%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°4



Comentarios

Según lo observado en el gráfico N°4 podemos determinar que hay una preeminencia en cuanto a la cantidad de Profesionales de Enfermería en el servicio con un porcentaje de 70% por sobre la cantidad de Licenciados de Enfermería del 30%. También hay que tener en cuenta que muchos de los enfermeros profesionales se encuentran cursando o están por recibirse de la licenciatura en enfermería, datos que han sido recolectados a través de comentarios oral y presencial con parte del personal del mencionado servicio.

Tabla N°5

“Cantidad de trabajos actuales”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Cantidad de trabajos actuales	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Un trabajo	13	0,70	70%
Dos trabajos	6	0,30	30%
Más de dos trabajos	-	0	0
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°5



Comentarios

Podemos observar en el gráfico N°5 que hay un 70% de enfermeras/os que tienen un solo trabajo, y el otro 30% tienen dos trabajos. Con respecto a poseer más de dos trabajos, ningún enfermera/o los posee (0%).

Muchos de los entrevistados tienen la necesidad de tener más de un trabajo debido a que son el sostén de sus familias y no pueden cubrir los gastos mínimos con sólo uno. Sin embargo, ya que el tiempo, la energía y el esfuerzo que demanda la profesión en oficio es ardua, ningún enfermero es capaz de llevar a cabo más de dos trabajos.

Tabla N°6

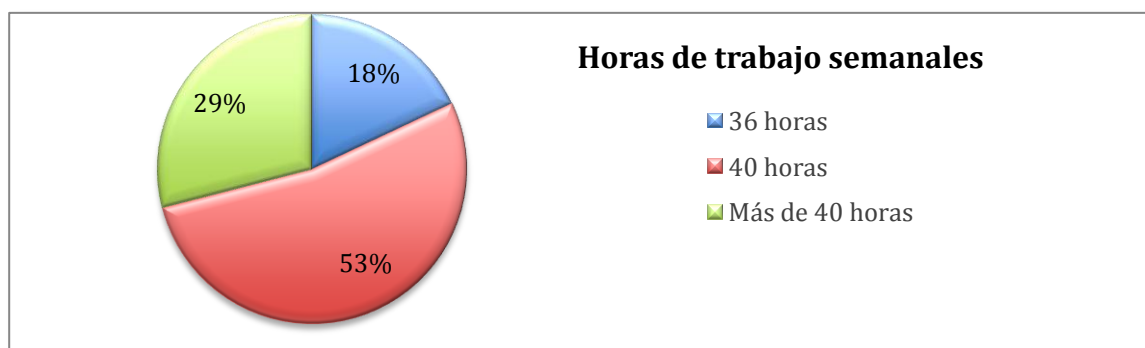
“Horas de trabajo que realiza semanalmente”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Horas de trabajo semanales	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
36 horas	3	0,18	18%
40 horas	10	0,53	53%
Más de 40 horas	6	0,29	29%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°6



Comentarios

Distinguimos gráficamente en el esquema N°6 como es que más de la mitad de los enfermeros de Unidad Coronaria realizan 40 horas semanales de trabajo siendo el 53% de estos. Le sigue en porcentaje el personal que trabaja más de 40 horas semanales, llegando a un 29% respecto del total. Por otro lado, más correspondientemente al personal con formación de Licenciados, realizan 36 horas semanales lo que corresponde a un 18%.

Concluimos que esto concuerda con a cantidad de trabajos que los enfermeros poseen, ya que en su mayoría realizan un trabajo, lo que se concierne con la cantidad de 40 horas semanales.

Tabla N°7

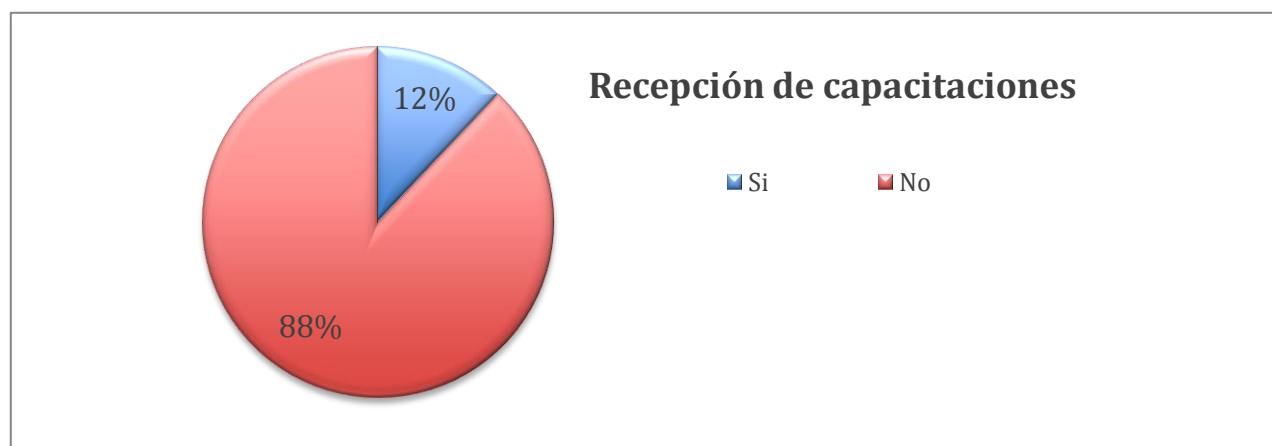
“Recepción de capacitaciones sobre Salud Mental dentro del Hospital”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Recepción de capacitaciones	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Si	2	0,12	12%
No	17	0,88	88%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°7



Comentarios

En la circular número siete (7) podemos ver que casi en su totalidad la mayoría de los enfermeros del servicio estudiado no ha recibido capacitación alguna sobre Salud Mental, correspondiendo a un 88% de los casos entrevistados, solo un 12% manifiesta sí haber recibido. Cabe aclarar que ese 12% corresponde a la suma de dos (2) personas, por ende la capacitación de enfermería en cuanto a la Salud Mental es muy baja respecto del total del personal entrevistado.

Tabla N°8

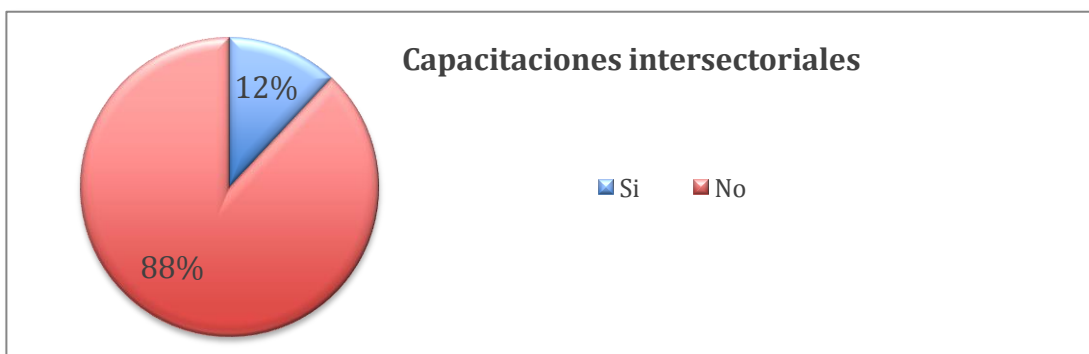
“Capacitaciones intersectoriales sobre Salud Mental”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Capacitaciones intersectoriales	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Si	2	0,12	12%
No	17	0,88	88%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°8



Comentarios

En este gráfico podemos concluir en la hipótesis de que aquellas personas que respondieron a la pregunta plasmada en el gráfico número 7, son las mismas que respondieron a la plasmada aquí.

Nuevamente el 88% respondió que no realizó capacitaciones dentro del sector, y el 12% respondió que sí lo hizo. En base a estos datos concluimos también que ese 12% capacitado, no capacitó al resto del personal que respondió “No”.

Tabla N°9

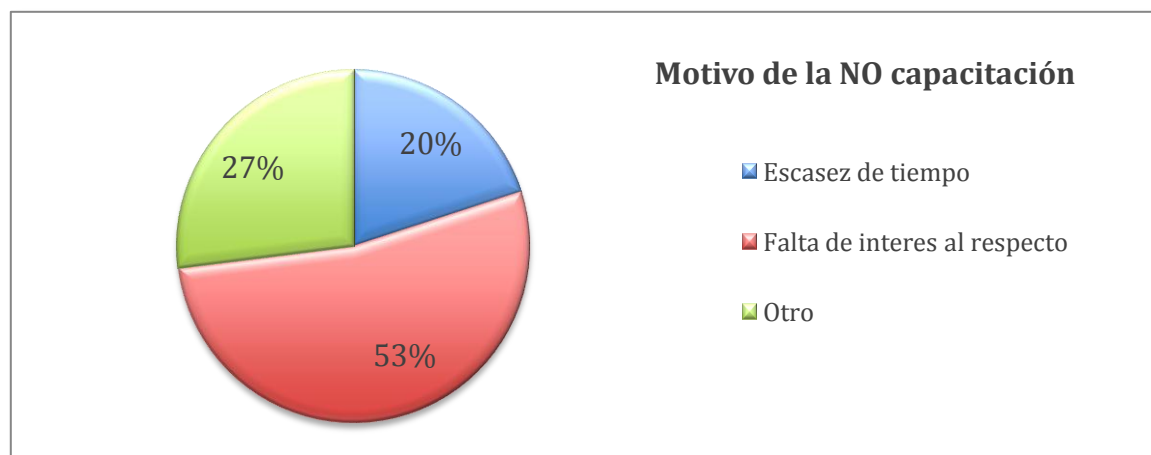
“Motivo por el cual no realizó capacitaciones sobre Salud Mental”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Motivo de la No capacitación	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Escasez de tiempo	4	0,20	20%
Falta de interés al respecto	10	0,53	53%
Otro	5	0,27	27%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°9



Comentarios

En cuanto a este manifiesto podemos distinguir que el 53% de los entrevistados manifiesta que no se ha capacitado en Salud Mental por falta de interés al respecto, seguido de un 27% que refiere tener algún otro motivo no especificado, en cuanto al restante 20% exhibe no capacitarse por falta de tiempo. Podemos concluir que en su mayoría no existe un interés dentro del servicio por la capacitación en salud mental.

Tabla N°10

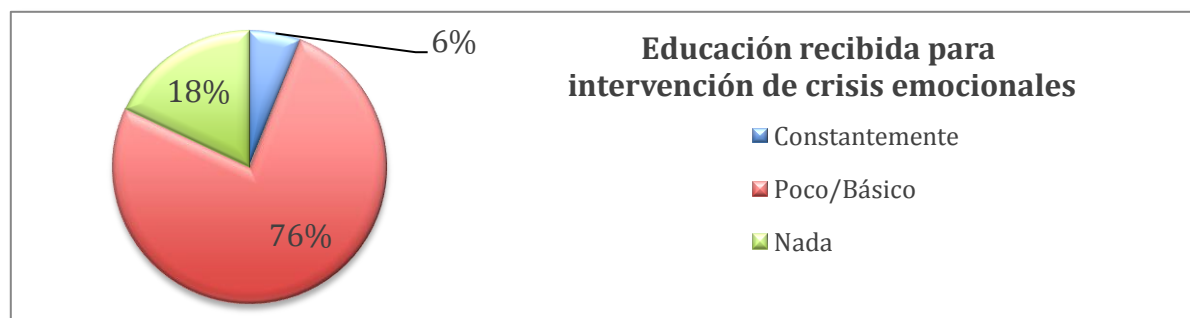
“Recepción de adecuada educación sobre cómo intervenir en crisis emocionales en pacientes sobre todo con internación prolongada”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Educación recibida para intervención de crisis emocionales	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Constantemente	1	0,6	6%
Poco/Básico	14	0,76	76%
Nada	4	0,18	18%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°10



Comentarios

Con respecto a este gráfico podemos distinguir que más de tres tercios del personal en cuestión ha respondido que en su educación recibió poca o escasa información en cuanto a crisis emocionales en pacientes con internación prolongada (76%), en tanto el siguiente tercio se disputa entre no haber recibido nada de información (18%) y haber recibido información constantemente (6%)

En conclusión, gran parte de quienes contestaron esta encuesta han percibido contenido respecto a crisis emocionales (o Salud Mental) durante e cursado de su carrera, pero de manera escasa o deficiente.

Tabla N°11

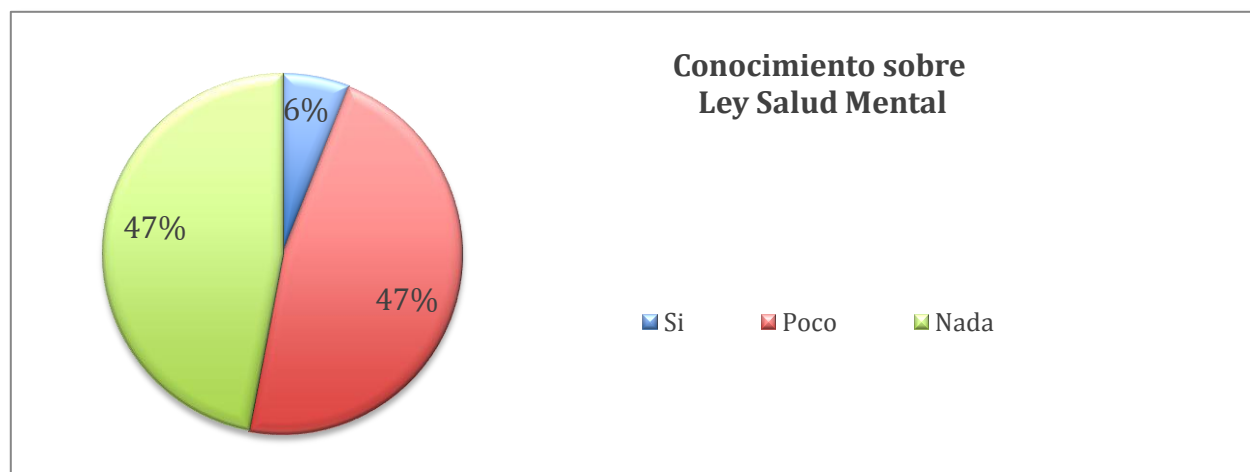
“Conocimientos sobre la nueva ley de Salud Mental”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Conocimiento sobre Ley Salud Mental	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Si	1	0,6	6%
Poco	9	0,47	47%
Nada	9	0,47	47%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°11



Comentarios

En el gráfico N°11 vemos como con el 47% se encuentran contrapuestas dos repuestas con el mismo valor: poco y nada de conocimiento sobre la Ley de Salud Mental. Y un pequeño porcentaje (6%) que tiene algún conocimiento sobre la misma.

Tabla N°12

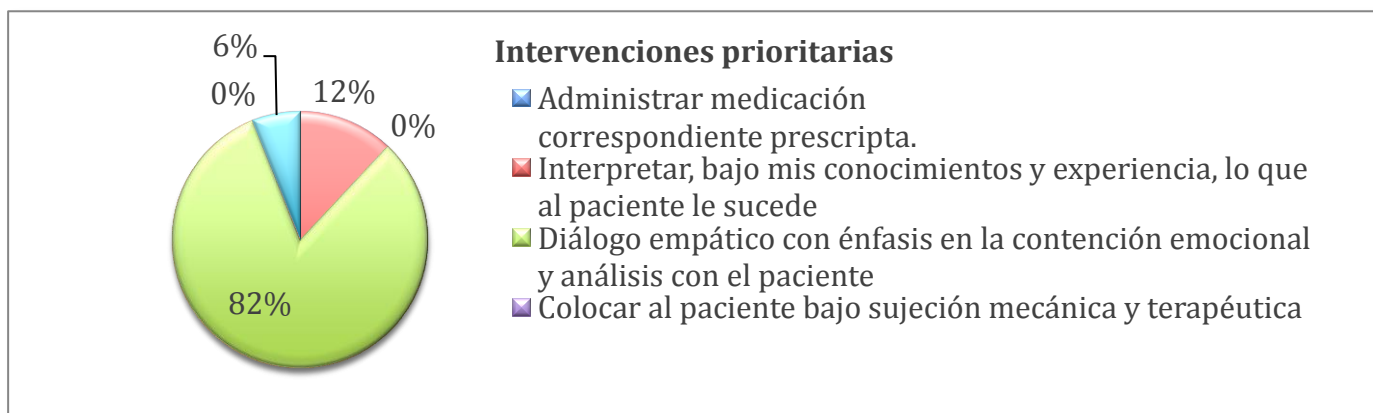
“¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería cree prioritaria para la correcta recuperación del paciente ante una crisis emocional?”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Intervenciones de enfermería prioritarias	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Administrar medicación correspondiente prescripta.	2	0,12	12%
Interpretar, bajo mis conocimientos y experiencia, lo que al paciente le sucede	-	0	0
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	16	0,82	82%
Colocar al paciente bajo sujeción mecánica y terapéutica	-	0	0
Decirle al paciente lo que debe hacer	1	0,6	6%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°12



Comentarios

El 82% respondió como medida prioritaria mantener dialogo empático con el paciente, lo cual es correcto para esta intervención. Sólo una minoría no respondió correctamente.

Tabla N°13

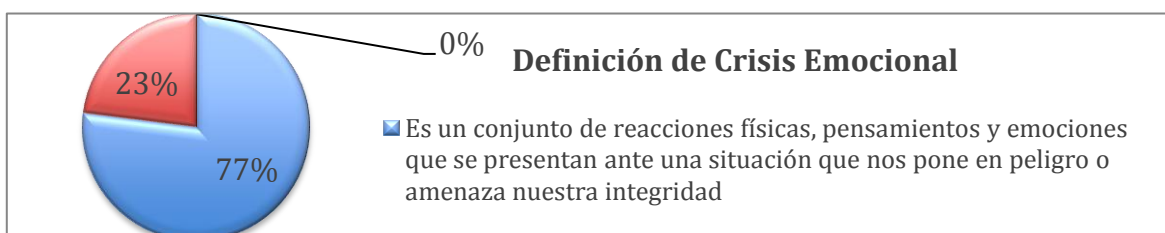
“¿Cuál es el concepto de crisis emocional para usted?”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Concepto de Crisis Emocional	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	15	0,77	77%
Trastorno que provoca altibajos emocionales, que van desde trastornos de depresión hasta episodios maníacos	4	0,23	23%
Trastorno del estado de ánimo caracterizado por una depresión que se manifiesta en la misma época todos los años	-	0	0
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°13



Comentarios

En cuanto al gráfico número 13, muestra que la mayoría de los entrevistados (77%) contestaron a que es un conjunto de reacciones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad. Lo cual es correcto.

Tabla N°14

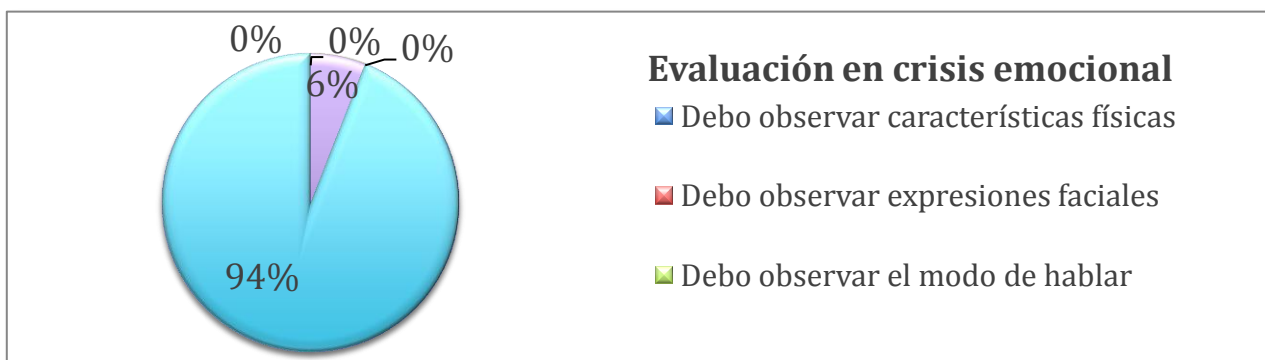
“Ante el momento de intervenir en una crisis emocional de un paciente, ¿qué considera que es importante evaluar?”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Evaluación en crisis emocional	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Debo observar características físicas	-	0	0
Debo observar expresiones faciales	-	0	0
Debo observar el modo de hablar	1	0,6	6%
Debo observar sus reacciones y comportamientos	-	0	0
Todas las anteriores son correctas	18	0,94	94%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°14



Comentarios

En el gráfico presente podemos observar que casi el total de los entrevistados contestaron bien a la pregunta que hace referencia a la evaluación de un paciente en crisis emocional. El 94% contestó que todas las enunciados mencionados son correctos, y sólo un 6% se inclinó por una sola de esas características.

Tabla N°15

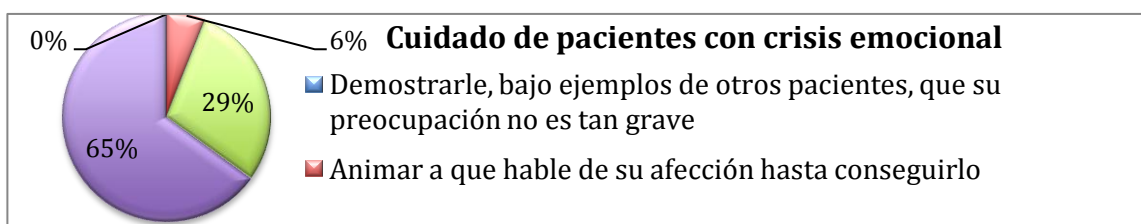
“¿Qué considera importante para ayudar al paciente ante una crisis emocional?”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Cuidado de pacientes con crisis emocional	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Demostrarle, bajo ejemplos de otros pacientes, que su preocupación no es tan grave	-	0	0
Animar a que hable de su afección hasta conseguirlo	1	0,6	6%
Pedir permiso para hablar del tema y acercarse, crear confianza	6	0,29	29%
Todas las anteriores son correctas	12	0,65	65%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°15



Comentarios

En este caso podemos ver cómo un 65% del personal encuestado hace alusión certera a la respuesta de “todas las anteriores son correctas”, esto está mal, ya que animar al paciente hasta conseguir que hable de su aflicción no es una respuesta correcta, el mismo no debe sentirse presionado, tal hecho imposibilitará lograr un vínculo de confianza. Por otro lado, tampoco es correcto comparar su caso con casos más graves, ya que esto sólo menospreciaría el estado de nuestro paciente.

Tabla N°16

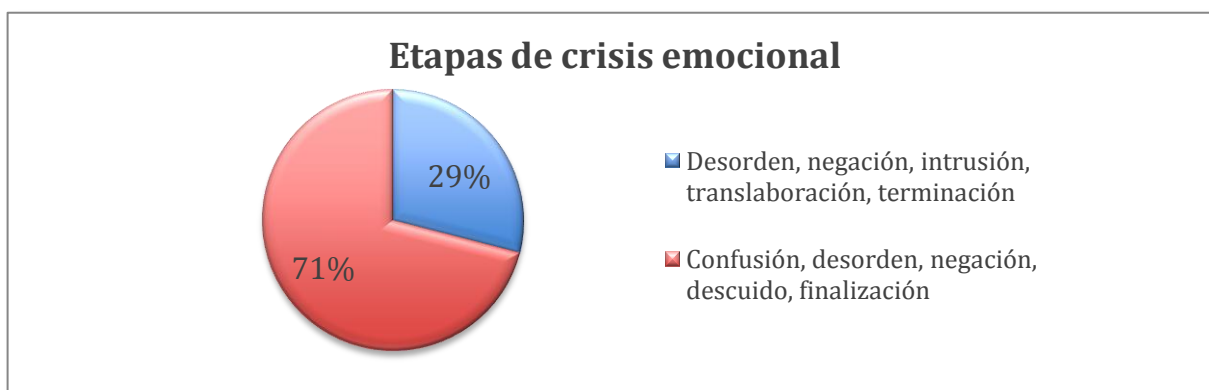
“¿Cuáles son las etapas de una Crisis Emocionales? (en orden)”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Etapas de crisis emocional	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Desorden, negación, intrusión, translaboración, terminación	6	0,29	29%
Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	13	0,71	71%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°16



Comentarios

En el gráfico número 16 vemos que el 71% de las personas que respondieron se inclinaron por “Confusión, desorden, negación, descuido, finalización”, lo cual es incorrecto. La respuesta correcta es “Desorden, negación, intrusión, translaboración², terminación”, de la cual se obtuvo un 29% de respuestas.

² La translaboración es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis

Tabla N°17

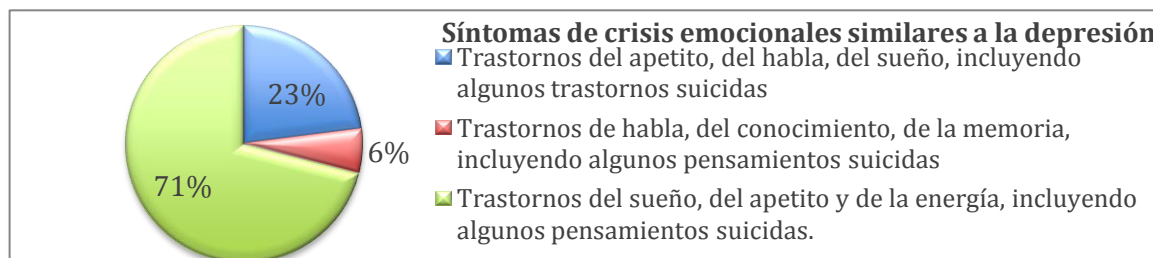
“Griffith y Gaby (psicoterapeutas) plantean las crisis emocionales como desmoralización, caracterizada por síntomas similares a los de la depresión. ¿Cuáles son esos síntomas?”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Síntomas de crisis emocionales	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Trastornos del apetito, del habla, del sueño, incluyendo algunos trastornos suicidas	4	0,23	23%
Trastornos de habla, del conocimiento, de la memoria, incluyendo algunos pensamientos suicidas	1	0,6	6%
Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	14	0,71	71%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°17



Comentarios

Este gráfico muestra los resultados de la encuesta relacionado a los síntomas de crisis emocionales, en el mismo el 71% respondió correctamente, ya que los síntomas son “Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas”. En tanto un 23% se abocó por la primera respuesta y un 6% por la segunda, es incorrecto.

Tabla N°18

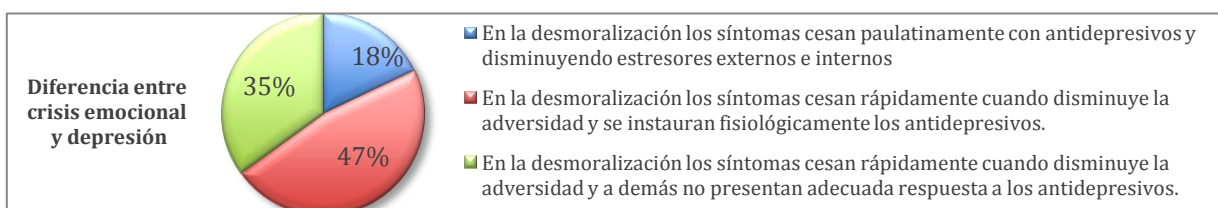
“Siguiendo la pregunta anterior, Griffith y Gaby afirman que si bien presentan similitudes la desmoralización se diferencia de la depresión ¿Por qué características?”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Diferencia entre crisis emocional y depresión	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
En la desmoralización los síntomas cesan paulatinamente con antidepresivos y disminuyendo estresores externos e internos	3	0,18	18%
En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y se instauran fisiológicamente los antidepresivos.	9	0,47	47%
En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y a demás no presentan adecuada respuesta a los antidepresivos.	7	0,35	35%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°18



Comentarios

Podemos ver aquí como el 47% de los casos contestó que la desmoralización (crisis emocional) cesan cuando disminuye la adversidad y se instauran los fármacos antidepresivos, lo cual es incorrecto, ya que durante una crisis emocional no se presenta una adecuada respuesta a los antidepresivos.

Tabla N°19

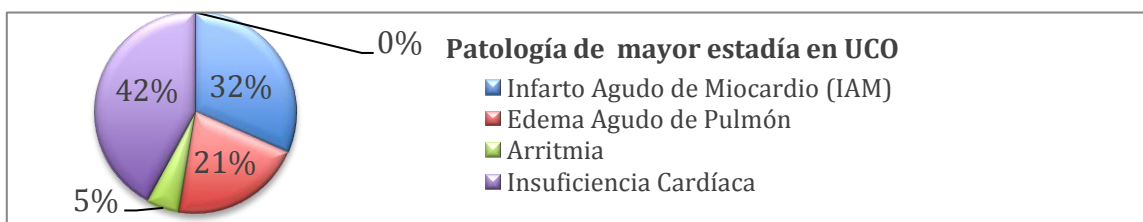
“Según su experiencia dentro del Servicio de UCO, ¿Cuál de las siguientes patologías representa una mayor estadía de internación?”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Patología de mayores días de internación	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	6	0,31	31%
Edema Agudo de Pulmón	4	0,19	19%
Arritmia	1	0,6	6%
Insuficiencia Cardíaca	8	0,44	44%
Angina de pecho	-	0	0
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°19



Comentarios

Según el gráfico numero 19, vemos que la mayor cantidad de días de internación corresponde a la patología de Insuficiencia Cardíaca con un 42% (según la opinión de los entrevistados). Seguidos de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con un 32%, Edema Agudo de Pulmón (21%) y arritmia (5%). Creemos que esto es así porque en algunos casos de Insuficiencia Cardíaca existe la posibilidad de ser trasplantados como tratamiento, por lo cual se extiende la estadía del paciente, ya que debe permanecer monitorizado dentro del servicio hasta la aparición de un donante y cirugía.

Tabla N°20

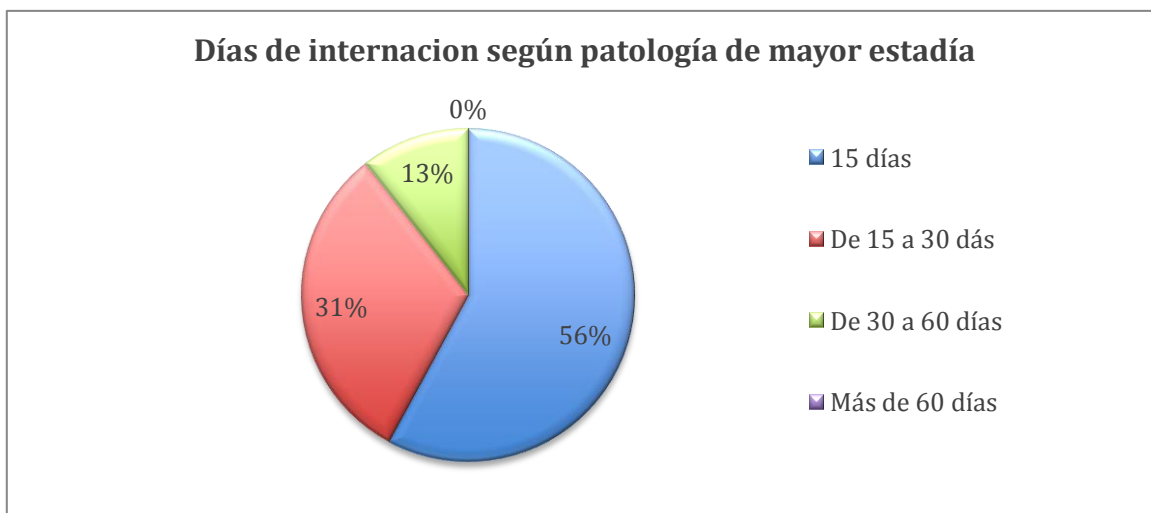
“Siguiendo el lineamiento de su respuesta anterior, Aproximadamente ¿Cuántos días conlleva de internación dicha patología?”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Días de internación según patología de mayor estadía	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
15 días	11	0,56	56%
De 15 a 30 días	6	0,31	31%
De 30 a 60 días	2	0,13	13%
Más de 60 días	-	0	0
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°20



Comentarios

En el presente gráfico vemos como el 56% del total de entrevistados se inclina por la respuesta “más de 15 días”, el 31% por 15 a 30 días y el resto por 30 a 60 días (13%).

Tabla N°21

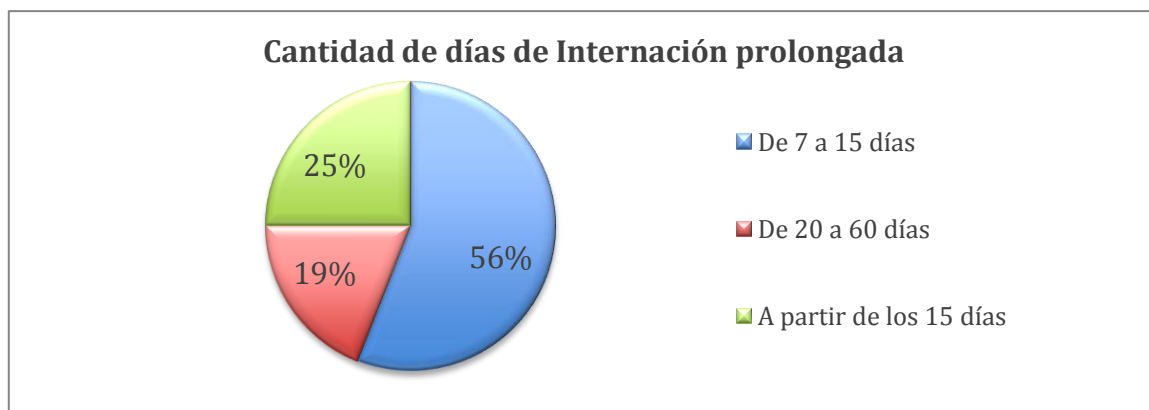
“¿Cuántos días de internación corresponden a una "Internación Prolongada"?”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Cantidad de días de Internación Prolongada	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
De 7 a 15 días	10	0,56	56%
De 20 a 60 días	4	0,19	19%
A partir de los 15 días	5	0,25	25%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°21



Comentarios

En esta circular vemos que el 56% de los entrevistados en UCO respondieron de 7 a 15 días, lo cual es incorrecto. La respuesta correcta, según lo estudiado y plasmado en este documento, corresponde a “a partir de los 15 días”.

En conclusión, podemos argumentar que todas las patologías anteriormente consideradas en los gráficos N°19 y N°20 corresponden a internaciones prolongadas, ya que todas las repuestas (independientemente de cuál hayan elegido) poseen cantidad de días superior a 15.

Tabla N°22

“Según la ley N° 26.657: Ley Nacional de Salud mental, ¿Cuál de los siguientes enunciados corresponde a los derechos y garantías contemplados en la misma?”

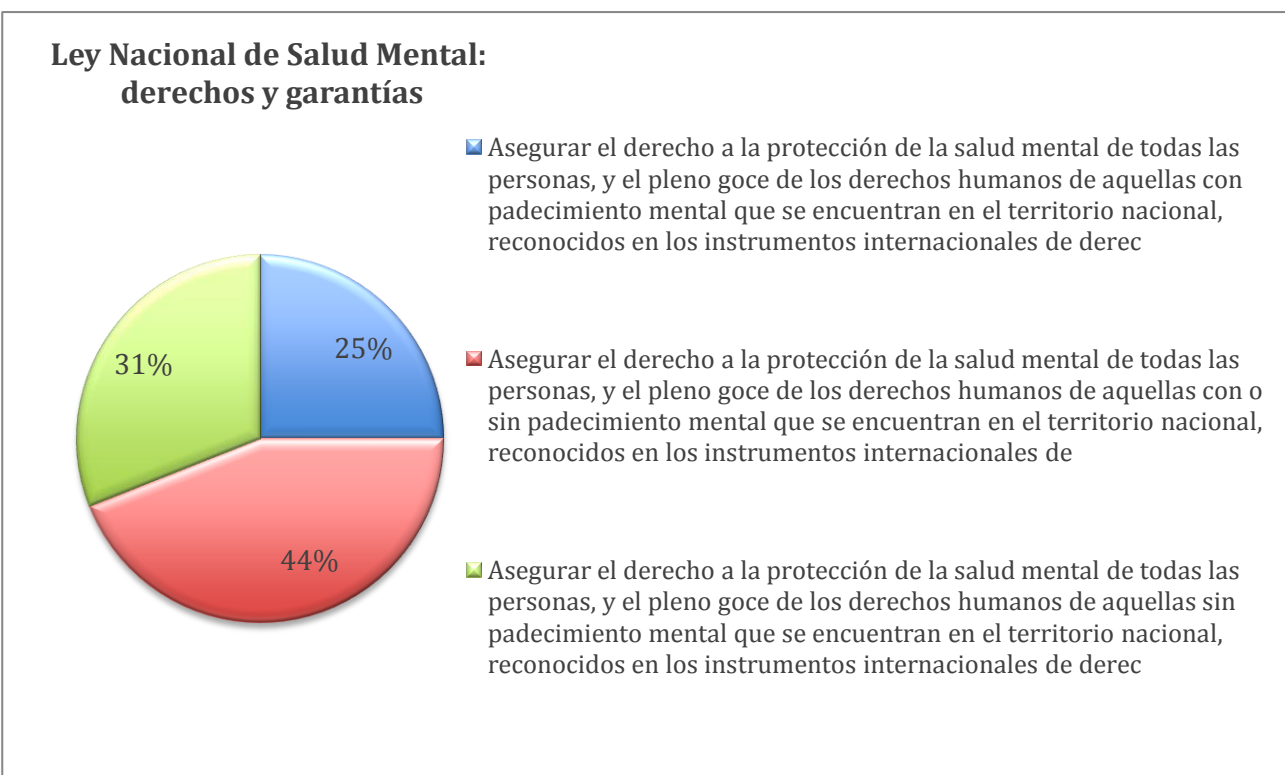
Ley Nacional de Salud Mental: derechos y garantías	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5	0,25	25%
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 o sin padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	8	0,44	44%
Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas sin padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, con perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	6	0,31	31%

Total	19	1	100%
-------	----	---	------

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°22



Comentarios

En el presente gráfico vemos que el 44% se inclinó por la respuesta N°2, lo cual es incorrecto ya que la ley textualmente corresponde a la repuesta N°1 (25%). El resto (31%) hizo alusión a la respuesta N°3. Vemos como sólo una minoría (5 personas) conoce bien la Ley de Salud Mental en base a sus derechos y garantías.

Tabla N°23

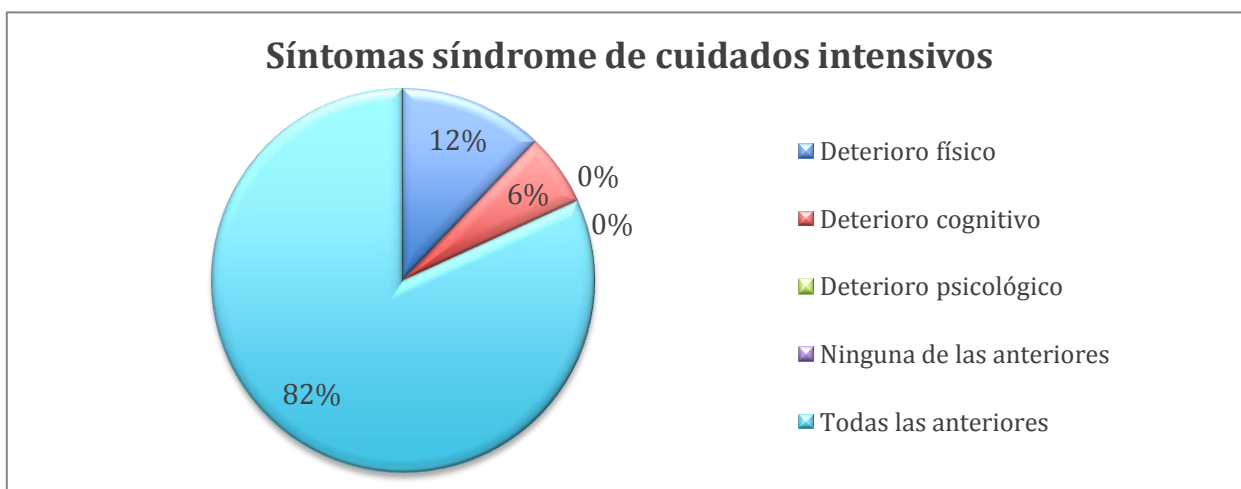
“Algunos pacientes al ser dados de alta, pueden presentar síndrome de cuidados intensivos, ¿Cuáles son los síntomas que podemos detectar?”

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Síntomas síndrome de cuidados intensivos	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Deterioro físico	2	0,12	12%
Deterioro cognitivo	1	0,6	6%
Deterioro psicológico	-	0	0
Ninguna de las anteriores	-	0	0
Todas las anteriores	16	0,81	81%
Total	19	1	100%

Fuente: encuesta realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°23



Comentarios

En el gráfico N°23 el 82% hizo alusión a que todas las respuestas son correctas, lo cual es apropiado ya que los síntomas primeramente nombrados (deterioro físico, cognitivo y psicológicos) corresponden todos al síndrome de cuidados intensivos.

Tabla N°24:

Check list - Enfermería

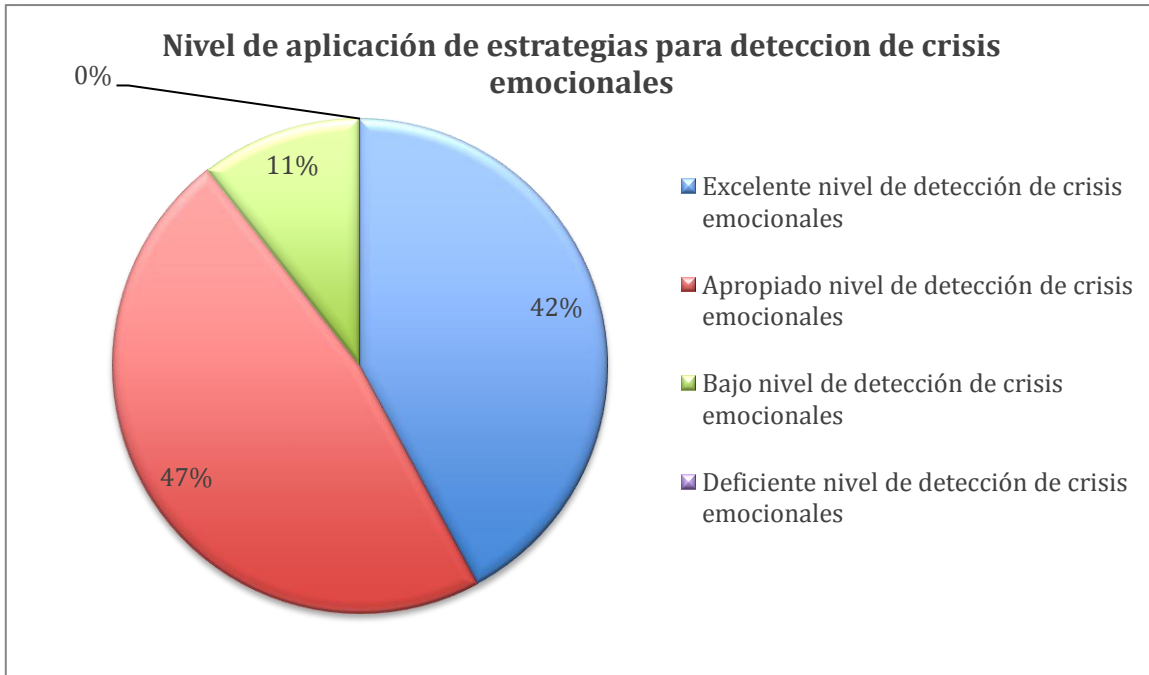
Aplicación de estrategias de detección de crisis emocionales

Hospital Central de Mendoza, Servicio de Internación de Unidad Coronaria

Personal	Puntaje	Resultado
N°1	25p	Apropiado nivel de detección de crisis emocionales
N°2	29p	Apropiado nivel de detección de crisis emocionales
N°3	24p	Apropiado nivel de detección de crisis emocionales
N°4	36p	Excelente nivel de detección de crisis emocionales
N°5	31p	Excelente nivel de detección de crisis emocionales
N°6	31p	Excelente nivel de detección de crisis emocionales
N°7	24p	Apropiado nivel de detección de crisis emocionales
N°8	31p	Excelente nivel de detección de crisis emocionales
N°9	28p	Apropiado nivel de detección de crisis emocionales
N°10	32p	Excelente nivel de detección de crisis emocionales
N°11	34p	Excelente nivel de detección de crisis emocionales
N°12	28p	Apropiado nivel de detección de crisis emocionales
N°13	23p	Apropiado nivel de detección de crisis emocionales
N°14	22p	Apropiado nivel de detección de crisis emocionales
N°15	18p	Bajo nivel de detección de crisis emocionales
N°16	32p	Excelente nivel de detección de crisis emocionales
N°17	36p	Excelente nivel de detección de crisis emocionales
N°18	17p	Bajo nivel de detección de crisis emocionales
N°19	25p	Apropiado nivel de detección de crisis emocionales

Fuente: recolección de datos realizada por los autores, Mendoza 2021

Gráfico N°24



Comentarios

A través de los resultados arrojados de los 19 check list que se realizaron al personal de enfermería para poder calificar la capacidad de aplicación de estrategias para detectar crisis emocionales, se llegó al resultado de que el 47% de los casos se haya “apropiadamente calificado” para realizar dicho detección a través de los ítems de intervenciones que plantea nuestro check list. Por otro lado vemos que el 42% se halla “excelentemente calificado” para realizar dichos procedimientos. Y, en su minoría, el 11% del personal posee un bajo nivel de detección de crisis emocionales.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

Resultados

Gracias a la investigación realizada pudimos obtener los datos sobre las capacidades y conocimientos sobre crisis emocionales en pacientes con internación prolongada en Unidad Coronaria del Hospital Central con los que cuenta el personal de enfermería.

Luego de obtener los datos y analizar los mismos, nos encontramos con que la mayoría del personal tiene escasos conocimientos sobre salud mental, no han recibido la capacitación adecuada durante su formación profesional y/o universitaria y tampoco durante el transcurso de su carrera han logrado seguir ampliando sus conocimientos sobre el mencionado tema, ya sea por falta de interés o tiempo. Sin embargo, pudimos observar a través del análisis directo que nos brinda el check list, que al momento de afrontar determinada situación con un paciente tal, la mayoría de las personas pueden realizarlo de manera apropiada. Concluimos que esto se debe por su capacidad individual determinada por la personalidad de cada sujeto dentro del personal de enfermería.

El objetivo general de este trabajo, es determinar si existe capacidad del personal para afrontar las crisis emocionales que suceden continuamente y que muchas veces se ignora en el cuidado holístico del paciente. Las crisis emocionales se dan más veces de lo que pensamos o podemos reconocer, sobre todo en este tipo de servicios cerrados, donde el aislamiento y la escasa participación de la comunidad a la que pertenecen alteran todo su ciclo.

Además, se debe mencionar que no existen capacitaciones actuales, ni anteriores en salud mental para el personal de enfermería, por ende, pudimos detectar las falencias del nosocomio para brindar una adecuada capacitación al personal que trabaja continuamente con este tipo de pacientes, o bien con aquellos que ingresan recientemente graduados a insertarse en el mundo laboral o que nunca tuvieron una experiencia durante el transcurso de su carrera.

Otro tema a mencionar es que el personal no cuenta con recursos específicos para el afrontamiento de las crisis, solo se basa en la modalidad que ha desarrollado personalmente para detectarlas, es decir, con la observación y escucha e incluso técnicas empíricas de relajación y afrontamiento. Es así como el personal evalúa si puede llegar a más, con el acercamiento adecuado, indagando meticulosamente hasta intentar lograr que el paciente comente sobre sus necesidades emocionales. Por consiguiente enfermería procede a comunicar verbalmente a los profesionales a cargo (normalmente cardiólogos), en los cuales queda el futuro de la crisis emocional del paciente.

Propuestas de acción de acuerdo a los resultados y a los objetivos de estudio o apertura a nuevos interrogantes y conjeturas.

Luego de estar a la mira de los resultados obtenidos deliberamos algunas propuestas para atizar al servicio de enfermería a progresar en cuanto a los conocimientos y el manejo del paciente en situación de crisis emocional dentro de los cuidados intensivos.

- A primera instancia creemos pertinente dar a conocer los resultados de este trabajo de investigación con la jefa del servicio de internación de Unidad Coronaria tanto como con los enfermeros y las enfermeras que fueron partícipes de dicho estudio. Creemos que es un paso muy importante el que quienes fueron no solo estudiados sino evaluados sean informados del resultado de sus conocimientos.
- Por otro lado, queremos proponer a la jefa de servicio la realización de un manual de procedimientos específico de salud mental orientado a las internaciones prolongadas, y la importancia de este aplicado por los enfermeros y enfermeras en el servicio que ella lleva a cargo. Proponer que el mismo contenga conceptos de mayor relevancia para la salud mental, ítems de la nueva Ley de Salud Mental, intervenciones de enfermería aplicadas a las crisis emocionales redactadas por profesionales competentes en el área y un espacio abierto de anexos para ser completado por el personal del servicio siempre y cuando vayan surgiendo necesidades alternas.
- Recurso material para el ocio y recreación del paciente (dentro de sus posibilidades) para promover el buen estado anímico y la capacidad de acción.
- Sugerir a la jefa de servicio la realización de capacitaciones dentro del servicio, abocadas a la salud mental y haciendo énfasis en el trato de

enfermería para con pacientes con internación prolongada, tocando ítems de prevención e intervención de crisis emocionales.

- Proponer a la jefa establecer ateneos interdisciplinarios con áreas competentes al área de salud mental, sobre casos particulares de pacientes con posibles internaciones prolongadas y crisis emocionales.
- Plantear al área de jefatura el fomentar la realización del registro de “cuidados invisibles” en la Hoja de Evolución de Enfermería, a fin de visibilizar a través de la escritura aquellas intervenciones de enfermería que se enfatizan con el lado emocional de nuestros pacientes.
- Incluir (aludiendo también a la jefa) en la cotidianeidad laboral el traspaso de conocimientos e intervenciones entre el personal durante los pases de guardia.
- Sugerir a la autoridad competente de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCuyo, la necesidad de reforzar aquella currícula abocada a la enseñanza sobre Salud Mental y también la posibilidad de incluir un apartado de aplicación en Salud Mental en aquellas materias que no son competencias de la misma (ej: Intervenciones en Salud Mental aplicadas a la contención en UCO, UCI, Traumatología, etc)

APÉNDICE Y ANEXOS

Bibliografía general

1. Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J. F., & de Andrés, J. (2008). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva SciELO Analytics*, 31(2007), 1–123. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006
2. González De Rivera, J. L. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Biblioteca Universitaria SciELO Analytics*, 79(2001), 234–273. <https://doi.org/10.22201/dgb.0187750xp.0.0.995>
3. Griffith, J. L., & Gabby, L. (2005, 1 marzo). *Brief Psychotherapy at the Bedside: Countering Demoralization From Medical Illness*. ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318205701006>
4. Moinar, S., Belletti, G. A., & Yorio, M. A. (s. f.). *Vista de internación prolongada en un servicio de clínica médica*. PKP. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/27584/29060>
5. Santiago, I. (s. f.). *Crisis emocionales: Momentos para transformarse o conformarse*. Ayuda Psicológica en línea. Recuperado 14 de noviembre de 2021, de <https://ayuda-psicologica-en-linea.com/salud-psicologica/crisis-emocionales/>
6. Zalaquett, P., & Muñoz, E. (2017, 31 agosto). *INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS*. Science Direct. Recuperado 18 de diciembre de 2017, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301578>
7. Zaldúa, G. (2011). *Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental*. Acta Académica. <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/38>
8. Zonana-Nacach, A., Baldenebro-Preciado, R., Felix-Muñoz, G., & Gutiérrez, P. (2011). *Tiempo de estancia en medicina interna. Función del médico hospitalista*. Unidad de Investigación Clínica y Epidemiología, Hospital

Anexos

Encuesta

- 1- Sexo
 - a. Masculino
 - b. Femenino
- 2- Edad
 - a. Entre 21 y 30 años
 - b. Entre 31 y 40 años
 - c. Mas de 40 años
- 3- Antigüedad como enfermero/a en Unidad Coronaria
 - a. Menos de 1 año
 - b. Entre 1 y 5 años
 - c. Entre 6 y 10 años
 - d. Mas de 10 años
- 4- Nivel de formación como enfermero
 - a. Enfermero/a profesional/universitario
 - b. Licenciado/a en enfermería
- 5- Cantidad de trabajos que posee actualmente
 - a. Un trabajo
 - b. Dos trabajos
 - c. Más de dos trabajos
- 6- Horas de trabajo que realiza semanalmente
 - a. 36 horas
 - b. 40 horas

- c. Mas de 40 horas
- 7- ¿Recibe capacitaciones de Salud Mental realizadas en el Hospital?
 - a. Si
 - b. N
- 8- ¿Han realizado capacitaciones inter – servicio sobre la especialidad de Salud Mental?
 - a. Si
 - b. No
- 9- Si la respuesta es no ¿Por qué?
 - a. Escasez de tiempo
 - b. Falta de interés al respecto
 - c. Otros. Especificar
- 10- Durante el cursado de su profesión, ¿recibió la adecuada educación sobre cómo intervenir en crisis emocionales de los pacientes sobre todo en internaciones prolongadas?
 - a. Siempre
 - b. Poco o básico
 - c. Nada
- 11- ¿Posee conocimientos sobre la nueva ley de Salud Mental?
 - a. Sí
 - b. Poco
 - c. Nada

En cuanto a los conocimientos que posee sobre crisis emocionales...

- 12- ¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería cree prioritaria para la correcta recuperación del paciente ante una crisis emocional?
 - a. Administrar medicación correspondiente prescripta.
 - b. Interpretar, bajo mis conocimientos y experiencia, lo que al paciente le sucede.

c. Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente.

d. Colocar al paciente bajo sujeción mecánica y terapéutica.

e. Decirle al paciente lo que debe hacer.

13 ¿Cuál es el concepto de crisis emocional para usted?

a. Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad

b. Trastorno que provoca altibajos emocionales, que van desde trastornos de depresión hasta episodios maníacos

c. Trastorno del estado de ánimo caracterizado por una depresión que se manifiesta en la misma época todos los años

14 ¿Ante el momento de intervenir en una crisis emocional de un paciente, ¿qué considera que es importante evaluar?

a. Debo observar características físicas

b. Debo observar expresiones faciales

c. Debo observar el modo de hablar

d. Debo observar sus reacciones y comportamientos

e. Todas las anteriores son correctas

15 ¿Qué considera importante para ayudar al paciente ante una crisis emocional?

a. Demostrarle, bajo ejemplos de otros pacientes, que su preocupación no es tan grave

c. Animar a que hable de su afección hasta conseguirlo.

d. Pedir permiso para hablar del tema y acercarse, crear confianza.

e. Todas las anteriores son correctas

16 ¿Cuáles son las etapas de una Crisis Emocionales? (en orden)

a. Desorden, negación, intrusión, translaboración, terminación

b. Confusión, desorden, negación, descuido, finalización

c. Negación, desorden, descuido, confusión, terminación.

17- Griffith y Gaby (psicoterapeutas) plantean las crisis emocionales como desmoralización, caracterizada por síntomas similares a los de la depresión. ¿Cuáles son esos síntomas?

1. Trastornos del apetito, del habla, del sueño, incluyendo algunos trastornos suicidas.
2. Trastornos de habla, del conocimiento, de la memoria, incluyendo algunos pensamientos suicidas.
3. Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.

18- Siguiendo la pregunta anterior, Griffith y Gaby afirman que si bien presentan similitudes la desmoralización se diferencia de la depresión ¿Por qué características?

1. En la desmoralización los síntomas cesan paulatinamente con antidepresivos y disminuyendo estresores externos e internos
2. En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y se instauran fisiológicamente los antidepresivos..
3. En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y a demás no presentan adecuada respuesta a los antidepresivos.

19- Con respecto a la duración de internaciones, ¿Cuál de las siguientes corresponde a una Internación Prolongada?

1. De 7 a 15 días
2. De 20 a 60 días
3. A partir de los 15 días

20- Según su experiencia dentro del Servicio de UCO, ¿Cuál de las siguientes patologías representa una mayor estadía de internación?

1. Infarto Agudo de Miocardio (IAM)
2. Edema Agudo de Pulmón
3. Arritmia

4. Insuficiencia Cardíaca

5. Angina de pecho

21- Siguiendo el lineamiento de su respuesta anterior, Aproximadamente ¿Cuántos días conlleva de internación dicha patología?

1. 15 días

2. De 15 a 30 días

3. De 30 a 60 días

4. Más de 60 días

22- Según la ley N° 26.657: Ley Nacional de Salud mental, ¿Cuál de los siguientes enunciados corresponde a los derechos y garantías contemplados en la misma?

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

2. 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 o sin padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3. Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas sin padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, con perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Check List

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESULTADOS	
De 30 a 40 puntos	Excelente nivel de detección de Crisis Emocionales
De 20 a 29 puntos	Apropiado nivel de detección de Crisis Emocionales
De 10 a 19 puntos	Bajo nivel de detección de Crisis Emocionales
De 0 a 9 puntos	Deficiente nivel de detección de Crisis Emocionales

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre				✓
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	✓			
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	✓			
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)				✓
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental				✓
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional				✓
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre				✓
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa		✓		
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente		✓		
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)		✓		
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)				
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental			✓	
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional		✓		
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario		✓		

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre				✓
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	✓			
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)			✓	
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)				✓
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental			✓	
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional				✓
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre	✓			
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	✓			
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	✓			
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)	✓			
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental		✓		
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional		✓		
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario			✓	

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre		✓		
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	✓			
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)		✓		
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)			✓	
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental	✓			
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional				✓
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre			✓	
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa		✓		
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente		✓		
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	✓			
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)	✓			
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental			✓	
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional				✓
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario	✓			

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre				✓
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	✓			
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)		✓		
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)				✓
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)		✓		
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental			✓	
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional				✓
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre	✓			
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	✓			
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	✓			
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)		✓		
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)		✓		
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental				✓
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional			✓	
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre			✓	
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	✓			
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	✓			
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)				✓
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental		✓		
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional				✓
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre		✓		
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	✓			
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	✓			
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)		✓		
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental				✓
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional				✓
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario	✓			

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre				✓
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa		✓		
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	✓			
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)			✓	
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental	✓			
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional	✓			
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario	✓			

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre			✓	
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	✓			
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	✓			
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)			✓	
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental	✓			
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional			✓	
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre			✓	
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa		✓		
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente		✓		
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)		✓		
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)			✓	
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental			✓	
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional				✓
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre				✓
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa				✓
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente				✓
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)				✓
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)			✓	
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental			✓	
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional				✓
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre				✓
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa			✓	
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente			✓	
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)			✓	
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)				✓
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)		✓		
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental				✓
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional				✓
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre			✓	
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	✓			
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	✓			
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)				✓
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental		✓		
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional		✓		
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario		✓		

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre	✓			
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa	✓			
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	✓			
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)			✓	
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental		✓		
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional		✓		
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario	✓			

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre			✓	
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa			✓	
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente				✓
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)			✓	
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)				✓
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)		✓		
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)		✓		
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental				✓
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional				✓
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

CHECK LIST - ENFERMERÍA				
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DETECCION DE CRISIS EMOCIONALES				
ITEMS DE RENDIMIENTO EVALUADOS	PUNTUACIÓN			
	4	3	2	1
1. PRESENTACIÓN/SALUDO CON EL PACIENTE				
1. Personal de enfermería se acerca al paciente con saludo cordial y se presenta por su nombre				✓
2. Lo interroga acerca de su estado anímico y presta escucha activa		✓		
3. Utiliza el contacto visual y estrecho con el paciente	✓			
4. Informa acerca de los procedimientos a realizar en lenguaje claro para el paciente (disminuye ansiedad)	✓			
2. ENCIENDE ALARMA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS				
5. Registra parámetros del CSV inestables como muestra de ansiedad y malestar (no únicamente fisiopatológico)				
6. Indaga y registra señales conductuales irregulares (no come, no se comunica, no duerme)	✓			
7. Reconoce anomalías del habla y de la comunicación (verborrea, taquipsiquia, bradipsiquia)	✓			
3. MEDIADOR				
8. Reconoce una Crisis Emocional o una posible crisis e informa al paciente sobre la posibilidad de acceder a especialistas en Salud Mental			✓	
9. Informa a interconsultores en Salud Mental sobre su valoración en pacientes con Crisis Emocional			✓	
10. Pide colaboración interdisciplinaria si lo cree necesario				✓

Nota de autorización

Hospital Central de Mendoza

Lic. Andrea Diaz

S_____ / _____ D.

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar autorización para poder realizar una encuesta y un check list observacional a los profesionales de enfermería del Servicio Internación de Unidad Coronaria de dicho hospital.

Somos estudiantes de 5to. año de la carrera Licenciatura en Enfermería y nuestro objetivo principal es determinar la capacidad para abordar crisis emocionales que tienen los enfermeros y enfermeras del servicio a su cargo (Tema de Trabajo Final). Agradezco desde ya su predisposición.

Saludo atentamente.
Villalón, Silvina Mariel
San Martín, Ivana Paola

Tabla Matriz de datos

Datos de los enfermeros

Sexo	Edad	Antigüedad como enfermero de Unidad Coronaria	Nivel de formación	Cantidad de trabajos que posee actualmente	Horas de trabajo que realiza semanalmente	Capacitaciones de Salud Mental realizadas en el hospital central
Femenino	Entre 31 y 40 años	Entre 1 y 5 años	Licenciado en enfermería	Un trabajo	40 horas	No
Femenino	Entre 21 y 30 años	Entre 1 y 5 años	Enfermero profesional/ universitario	Un trabajo	40 horas	No
Masculino	Entre 31 y 40 años	Entre 1 y 5 años	Enfermero profesional/ universitario	Dos trabajos	Más de 40 horas	No
Femenino	Entre 31 y 40 años	Entre 1 y 5 años	Enfermero profesional/ universitario	Dos trabajos	Más de 40 horas	No
Femenino	Entre 31 y 40 años	Entre 1 y 5 años	Enfermero profesional/ universitario	Un trabajo	40 horas	No
Femenino	Mas de 40 año	Más de 10 años	Licenciado en enfermería	Un trabajo	40 horas	Si
Femenino	Más de 40 años	Más de 10 años	Licenciado en enfermería	Un trabajo	36 horas	Si

Femenino	Más de 40 años	Más de 10 años	Enfermero profesional/ universitario	Un trabajo	40 horas	No
Femenino	Entre 31 y 40 años	Más de 10 años	Enfermero profesional/ universitario	Un trabajo	Mas de 40 horas	No
Femenino	Entre 31 y 40 años	Entre 1 y 5 años	Enfermero profesional/ universitario	Dos trabajos	40 horas	No
Masculino	Entre 31 y 40 años	Entre 1 y 5 años	Enfermero profesional/ universitario	Dos trabajos	Mas de 40 horas	No
Masculino	Mas de 40 años	Entre 1 y 5 años	Enfermero profesional/ universitario	Un trabajo	40 horas	No
Femenino	Entre 21 y 30 años	Más de 10 años	Licenciado en enfermería	Un trabajo	40 horas	No
Femenino	Entre 21 y 30 años	Entre 1 y 5 años	Enfermero profesional/ universitario	Dos trabajos	40 horas	No
Femenino	Entre 31 y 40 años	Entre 1 y 5 años	Enfermero profesional/ universitario	Un trabajo	Mas de 40 horas	No
Femenino	Más de 40 años	Más de 10 años	Licenciado en enfermería	Un trabajo	36 horas	No
Femenino	Entre 31 y 40 años	Más de 10 años	Enfermero profesional/ universitario	Un trabajo	40 horas	No

Femenino	Entre 31 y 40 años	Entre 1 y 5 años	Enfermero profesional/ universitario	Dos trabajos	Más de 50 horas	No
Femenino	Entre 31 y 40 años	Entre 1 y 5 años	Enfermero profesional/ universitario	Un trabajo	40 horas	No

Datos sobre los conocimientos de los enfermeros para abordar crisis emocionales

“¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería cree prioritaria para la correcta recuperación del paciente ante una crisis emocional?”	“¿Cuál es el concepto de crisis emocional para usted?”	“Ante el momento de intervenir en una crisis emocional de un paciente, ¿qué considera que es importante evaluar?”	“¿Qué es considerado importante para ayudar al paciente ante una crisis emocional?”	“¿Cuáles son las etapas de una Crisis Emocionales? (en orden)”	Griffith y Gaby (psicoterapeutas) plantean las crisis emocionales como desmoralización, caracterizada por síntomas similares a los de la depresión. ¿Cuáles son esos síntomas?”	“Siguiendo la pregunta anterior, Griffith y Gaby afirman que si bien presentan similitudes la desmoralización se diferencia de la depresión ¿Por qué características?”	“Según su experiencia dentro del Servicio de UCO, ¿Cuál de las siguientes patologías representa una mayor estadía de internación?”	“Siguiendo el lineamiento de su respuesta anterior, Aproximadamente ¿Cuántos días conlleva de internación dicha patología?”	“¿Cuántos días de internación corresponden a una "Internación Prolongada"?”
Diálogo empático	Es un conjunto de reacciones	Todas	Pedir permiso	Confusión	Trastornos del apetito,	En la desmoralización	Infarto Agudo	De 15 a 30 días	De 20 a 60 días

con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	las anteriores son correctas	iso para hablar del tema y acercarse, crear confianza	desorden, negación, descuido, finalización	del habla, del sueño, incluyendo algunos trastornos suicidas	ón los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y se instauran fisiológicamente los antidepresivos.	de Miocardio (IAM)		
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Todas las anteriores son correctas	Desorden, negación, intrusión, translocación, terminación	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y se instauran fisiológicamente los antidepresivos.	Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	De 30 a 60 días	De 20 a 60 días
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Trastorno que provoca altibajos emocionales, que van desde trastornos de depresión hasta episodios maníacos	Todas las anteriores son correctas	Todas las anteriores son correctas	Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan paulatinamente con antidepresivos y disminuyendo estresores externos e internos	Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	De 15 a 30 días	De 7 a 15 días
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Pedir permiso para hablar del tema y acercarse, crear confianza	Desorden, negación, intrusión, translocación, terminación	Trastornos del apetito, del habla, del sueño, incluyendo algunos trastornos suicidas	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y se instauran fisiológicamente los antidepresivos.	Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	15 días	De 7 a 15 días
Diálogo empático	Es un conjunto de reacciones	Todas	Animar a	Desorden, negación,	Trastornos de habla,	En la desmoralización	Arritmia	De 15 a 30 días	De 7 a 15 días

con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	las anteriores son correctas	que hable de su afección hasta conseguirlo	intrusión, translaboración, terminación	del conocimiento, de la memoria, incluyendo algunos pensamientos suicidas	ón los síntomas cesan paulatinamente con antidepresivos y disminuyendo estresores externos e internos			
Administrar medicación correspondiente prescrita	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Todas las anteriores son correctas	Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	Trastornos del apetito, del habla, del sueño, incluyendo algunos trastornos suicidas	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y a demás no presentan adecuada respuesta a los antidepresivos.	Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	15 días	De 7 a 15 días
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Todas las anteriores son correctas	Desorden, negación, intrusión, translaboración, terminación	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan paulatinamente con antidepresivos y disminuyendo estresores externos e internos	Insuficiencia Cardíaca	15 días	De 7 a 15 días
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Todas las anteriores son correctas	Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	Trastornos del apetito, del habla, del sueño, incluyendo algunos trastornos suicidas	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y a demás no presentan adecuada respuesta a los antidepresivos	Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	15 días	De 7 a 15 días

						s.			
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Trastorno que provoca altibajos emocionales, que van desde trastornos de depresión hasta episodios maníacos	Todas las anteriores son correctas	Todas las anteriores son correctas	Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y a demás no presentan adecuada respuesta a los antidepresivos.	Insuficiencia Cardíaca	15 días	A partir de los 15 días
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Todas las anteriores son correctas	Desorden, negación, intrusión, translaboración, terminación	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y se instauran fisiológicamente los antidepresivos.	Insuficiencia Cardíaca	De 30 a 60 días	A partir de los 15 días
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Todas las anteriores son correctas	Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y se instauran fisiológicamente los antidepresivos.	Edema Agudo de Pulmón	15 días	De 7 a 15 días
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis	Trastorno que provoca altibajos emocionales, que van desde trastornos de depresión hasta episodios maníacos	Debo observar el modo de hab	Todas las anteriores son correctas	Desorden, negación, intrusión, translaboración, terminación		En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y se instauran	Edema Agudo de Pulmón	15 días	De 20 a 60 días

con el paciente		lar				fisiológicamente los antidepresivos.				
Administrar medicación correspondiente prescrita	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Todas las anteriores son correctas	Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y a demás no presentan adecuada respuesta a los antidepresivos.	Insuficiencia Cardíaca	15 días	De 20 a 60 días	
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Pedir permiso para hablar del tema y acercarse, crear confianza	Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y a demás no presentan adecuada respuesta a los antidepresivos.	Insuficiencia Cardíaca	15 días	De 7 a 15 días	
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Pedir permiso para hablar del tema y acercarse, crear confianza	Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y se instauran fisiológicamente los antidepresivos.	Insuficiencia Cardíaca	15 días	De 7 a 15 días	
Diálogo empático con énfasis en la	Trastorno que provoca altibajos emocionales, que van desde	Todas las anteriores	Todas las anteriores son	Confusión, desorden, negación, descuido,	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía,	En la desmoralización los síntomas cesan	Insuficiencia Cardíaca	De 15 a 30 días	De 7 a 15 días	

contención emocional y análisis con el paciente	trastornos de depresión hasta episodios maníacos	resonancias correctas	correctas	finalización	incluyendo algunos pensamientos suicidas.	rápidamente cuando disminuye la adversidad y se instauran fisiológicamente los antidepresivos.				
Decirle al paciente lo que debe hacer	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Pedir permiso para hablar del tema y acercarse, crear confianza	Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y a demás no presentan adecuada respuesta a los antidepresivos.	Edema Agudo de Pulmón	15 días		
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Todas las anteriores son correctas	Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y se instauran fisiológicamente los antidepresivos.	Edema Agudo de Pulmón	De 15 a 30 días	A partir de los 15 días	
Diálogo empático con énfasis en la contención emocional y análisis con el paciente	Es un conjunto de reacciones físicas, pensamientos y emociones que se presentan ante una situación que nos pone en peligro o amenaza nuestra integridad	Todas las anteriores son correctas	Pedir permiso para hablar del tema y acercarse, crear confianza	Confusión, desorden, negación, descuido, finalización	Trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas.	En la desmoralización los síntomas cesan rápidamente cuando disminuye la adversidad y a demás no presentan adecuada respuesta a los antidepresivos.	Insuficiencia Cardíaca	De 15 a 30 días	A partir de los 15 días	

