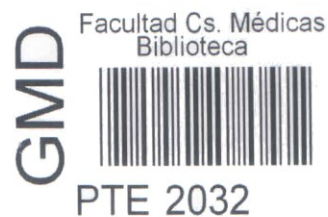


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



PROYECTO DE TESIS

**Actitudes sobre la atención de pacientes con trastornos en la salud mental,
relacionado con la antigüedad laboral y el sexo del equipo de enfermería en una
sala general en el segundo semestre del 2018**

Por:

Enf. Carolina Soledad Gil

Director:

Lic. Juan Pablo, Garcilazo

Docente Asesor:

Lic. Simón, Acosta

Rosario, marzo 2018

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

Resumen

Las actitudes positivas o negativas de los enfermeros con respecto a la atención de pacientes con trastorno mental suelen perjudicar, a veces, la relación ya sea por los prejuicios o la discriminación que presentamos ante estas personas.

El objetivo general de este proyecto de investigación es determinar cómo se relacionan las actitudes sobre la atención de pacientes con trastornos en la salud mental, con la antigüedad laboral y el sexo del equipo de enfermería de una sala general

Métodos:

Estudio no experimental, descriptivo, transversal y prospectivo mediante una encuesta de escala de opiniones y actitudes para medir dicha variable. En cuanto a la unidad de análisis serán cada uno de los enfermeros asistenciales de la sala general de un hospital público de la ciudad de Rosario.

El plan de análisis que se llevará a cabo para las variables en estudio será en lo que se refiere a las actitudes con respecto a la atención de pacientes con trastorno en la salud mental una distribución de frecuencias y luego se representarán en un gráfico de barras adosadas.

Para la variable en estudio antigüedad laboral se calcularán medidas de tendencia central media aritmética y será representado en un gráfico de barra simple.

Por otra parte, para la variable en estudio sexo se realizará una distribución de frecuencia y los datos serán volcados en una tabla simple.

La técnica e instrumento que se utilizará para la realización de este proyecto es una encuesta con 20 afirmaciones y 5 opciones de respuesta a través de una escala de opiniones y actitudes, llamada Escala de Likert.

PALABRAS CLAVES: Actitudes del equipo de enfermería – Pacientes con trastornos mentales- Sala de clínica.

ÍNDICE GENERAL.

	Pág.
Resumen y palabras claves	1
Índice General	
Introducción	
Estado de conocimiento o Estado del Arte	3
Planteamiento del problema en estudio	6
Hipótesis y objetivos	7
Marco Teórico	8
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	18
Sitio o Contexto de la investigación	18
Población y Muestra	20
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	20
Personal a cargo de la recolección de datos	25
Plan de análisis	26
Plan de trabajo y cronograma	28
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio	30
II. Instrumento de recolección de datos	32
III. Resultados del estudio exploratorio	34
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento	35
Bibliografía	36

Introducción

La celebración del 10 de octubre como el día mundial de la Salud Mental puede servir como ocasión propicia para tener un momento de reflexión sobre los principales problemas de la salud mental, de tal manera que podamos adquirir conciencia de su dimensión, así como revisar diversas recomendaciones propuestas por organismos internacionales con el propósito de lograr mejorías en este campo.

No cabe duda de que los trastornos mentales, también denominados neuropsiquiátricos y del comportamiento, se han convertido en verdadera preocupación para las personas que lo padecen, para sus familias, para los prestadores de servicios y para todas las personas e instituciones involucradas en este campo (Collazos, 2007).

Las enfermedades mentales graves engloban diversos diagnósticos psiquiátricos (incluyendo entre otros a la esquizofrenia y el trastorno bipolar) con cierta persistencia en el tiempo y que presentan graves dificultades en el funcionamiento personal y social, reduciendo la calidad de vida de la persona afectada. La asistencia a las personas con enfermedades mentales graves requiere la integración de distintos niveles de atención y diferentes tipos de intervención con el objetivo de alcanzar autonomía, calidad de vida, bienestar personal y participación social en torno al concepto de recuperación personal. De esta manera, la atención no se reduce solo al control de los síntomas, sino que debe hacer frente a las diversas necesidades consecuentes. La atención a estas personas exige integrar intervenciones psicofarmacológicas y psicosociales en una red de salud mental formada por equipos interdisciplinarios.

Una de las barreras en la recuperación integral de los pacientes es el estigma asociada a la enfermedad mental que existe en la sociedad. Las enfermedades mentales graves y las personas que la padecen son percibidas por el público en general con un cierto prejuicio y realmente son grandes desconocidas, tanto en su sintomatología como en su evolución y las diversas opciones de tratamiento.

La estigmatización como concepto, implica tres problemas principales: la ignorancia (por el poco o incorrecto conocimiento sobre la enfermedad mental), el prejuicio (miedo, ansiedad, y rechazo social ante estas personas) y la discriminación (en muchos aspectos de la vida familiar, personal, y laboral). (Miguel Ángel Ruiz, 2012).

La confederación Española de Agrupaciones de familiares y Enfermos Mentales ha editado una guía de Estilo sobre salud mental y Medios de comunicación con el objetivo de promover una serie de principios básicos, incluyendo: aumento del conocimiento social, fomentar una visión positiva, facilitar información normalizadora, desmontar falsas creencias, alejar la enfermedad mental de la crónica periodística de sucesos, etc. (Miguel Ángel Ruiz, 2012).

La violencia es uno de los principales estereotipos relacionados a la enfermedad mental en general y a la esquizofrenia en particular. La asociación entre enfermedad mental y violencia está presente en estudios de percepción y estigma en poblaciones tanto de Europa, América Latina, Asia y África. En muchos casos esta asociación es reforzada por la continua aparición en los medios de comunicación de hechos violentos cometidos por algún paciente con enfermedad mental. Esta percepción lleva a perpetuar prácticas estigmatizantes y discriminatorias contra las personas con trastornos mentales graves y desafortunadamente, estos mismos medios no informan que el porcentaje de actos violentos atribuibles a patología mental es excepcional en relación a la violencia de la sociedad en general.

Las creencias más arraigadas se refieren a que son enfermedades que generan mucho rechazo social y sufrimiento a quién lo padece. Las preocupaciones mencionadas con mayor frecuencia se refieren a la peligrosidad, el rechazo social, la falta de información, la escasez de recursos y la sobrecarga familiar.

La dificultad en su diagnóstico es debida al desconocimiento y al rechazo social, por eso la importancia y la necesidad de mayor información, de considerarlas como enfermedades comunes y la posibilidad de autonomía de quienes la padecen. (Miguel Ángel Ruiz, 2012).

Por otra parte, en una revista española de enfermería en Salud Mental se informó que el personal enfermero suele catalogar a los pacientes con un trastorno mental de base según los estigmas sociales que se asocian a estas patologías, dificultando la relación entre la enfermera y el paciente. Hay diferencias en el trato a pacientes con o sin enfermedad mental asociada, independientemente de la patología por la que acuden al centro sanitario. Este hecho se contradice con los valores asociados al personal enfermero tales como la empatía. (Estragués J.P, 2017)

Las personas con trastorno mental de base tienen dos fuentes principales de dificultad, una derivada del trastorno que padecen y la otra del estigma y exclusión que les afecta, siendo este último el aspecto más difícil de contrarrestar. Los trastornos psicóticos son más estigmatizados que los del estado de ánimo, hecho que los autores atribuyen a que estos últimos son más comunes y aceptados socialmente.

Las personas que padecen un trastorno mental, aseguran que deben hacer frente al aislamiento, soledad, angustia, sensación de vacío, dificultades para conseguir y mantener un trabajo, siendo muy complicado hacer frente al estigma que rodea su enfermedad. En culturas africanas se asocia la conducta despreocupada y loca como una manifestación de malignidad. Generalmente, se asocia al enfermo mental como alguien potencialmente peligroso. Además, es común que la familia se avergüence de tener un integrante enfermo, y muchos familiares se sienten víctimas de un destino cruel. En Estados Unidos parte de la población rechaza buscar tratamiento para la depresión temiendo que el diagnóstico tenga un impacto negativo en su situación laboral, mientras que en Gran Bretaña la población se avergüenza de consultar por depresión por ser catalogados como neuróticos o desequilibrados. (Estragués J.P, 2017).

Los enfermos que reportan sentirse más estigmatizados presentan sintomatologías más severas y están significativamente más deteriorados, influyendo la falta de ayuda y de tratamiento. Además, según su propia experiencia, defienden que los profesionales enfermeros no están habituados a pensar que puedan tener otras demandas que no sean tratar los síntomas psicóticos.

Las actitudes de los profesionales enfermeros que atienden a personas con trastorno mental son sustancialmente más positivas que las actitudes de la población en general, aunque aparecen ciertas actitudes estigmatizadoras, siendo el personal enfermero un grupo de profesionales que comparte muchos de los estereotipos habituales de la población general y quien manifiesta actitudes menos favorables. Las características clínicas de los pacientes con trastorno mental les definen como extremadamente demandantes, exigentes, críticos consigo mismo, invasivos, y manipuladores. Esto convierte a los enfermos mentales en casos de “manejo complicado”, dificultando sus relaciones interpersonales y la convivencia diaria, y a la vez complicando su relación terapéutica con el personal enfermero. Cuando los pacientes tienen reacciones extremas como las autolesiones provocadas, pueden limitar las habilidades de los enfermeros y la capacidad de mantener una relación terapéutica. Ante estos casos, el personal puede

proporcionar respuestas estereotipadas y una menor atención empática. (Estragués J.P,2017).

En el ámbito de la salud, siempre ha existido una inquietud hacia los valores y dilemas relacionados con la asistencia a pacientes con patología mental. En estos pacientes no sólo se trabaja en base a su patología, sino que también se debe tener en cuenta aspectos como el grado de autonomía o incapacidad y las relaciones interpersonales, entre otros aspectos. Esto da lugar a dilemas éticos que surgen a lo largo de todo el procedimiento psicoterapéutico como, por ejemplo, la capacidad de tomar decisiones o de ingresar en un centro.

Por lo general, los pacientes se sienten desvalorados por los profesionales enfermeros, sintiendo una falta de atención más humanizada, destacando una actitud fría y despersonalizada o conducta de evitación a atenderlos, bajo la teoría de la derivación del paciente a servicios especiales, frecuentes en consultas de atención primaria y en las urgencias. (Estragués J. P., 2017).

A consecuencia de esta problemática se formula el siguiente planteamiento del problema.

¿Qué relación existe entre las actitudes sobre la atención de pacientes con trastornos en la salud mental con la antigüedad laboral y el sexo del equipo de enfermería en una sala general de un efector público en el segundo semestre del 2018?

En lo que respecta a las hipótesis, se plantean las siguientes:

- . A mayor antigüedad laboral, mayores actitudes negativas sobre la atención de pacientes con trastorno en la salud mental.
- . Las enfermeras presentan menos actitudes negativas sobre los pacientes con trastornos en la salud mental que los enfermeros.

El objetivo general de esta investigación es determinar qué relación existe entre las actitudes sobre la atención de pacientes con trastorno en la salud mental con la antigüedad laboral y el sexo del equipo de enfermería en una sala general de un efector público en el segundo semestre del 2018.

Objetivos específicos

- . Identificar las actitudes positivas sobre la atención de pacientes con trastornos de la salud mental.
- . Identificar las actitudes negativas sobre la atención de pacientes con trastornos en la salud mental.
- . Determinar la antigüedad laboral del equipo de enfermería.
- . Determinar el sexo del equipo de enfermería.

Con respecto al propósito del proyecto, este mismo se llevará a cabo para poder otorgar mayor y mejor conocimiento sobre un tema que es una problemática actual, poco investigada. Una vez obtenido sus resultados se presentará a las autoridades del hospital como herramienta para la creación de estrategias de intervención con el fin de favorecer y disminuir los prejuicios que afectan la relación terapéutica entre el paciente con trastornos en la salud mental y el equipo de enfermería.

Marco Teórico

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (Collazos., 2007). En lo que respecta a la definición de trastorno mental se caracteriza por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta, y las relaciones con los demás. (OMS, diciembre 2013).

Este fenómeno engloba tres aspectos importantes, el primero un conjunto de actitudes sociales negativas hacia el grupo y las personas que lo componen, incluyendo a su vez una triple dimensión cognitiva (estereotipo), afectiva (prejuicios) y conductual o conativa (discriminación). La segunda una serie de consecuencias objetivas que determina los diferentes tipos de discriminación hacia estas personas, y la tercera una serie de repercusiones subjetivas que el proceso tiene sobre quien la padece, englobándose en el término de “auestigma”, que incluye a su vez una interiorización de las imágenes sociales negativas, disminución del autoestima y sumisión personal ante la discriminación. (Estragués, 2017).

Continuando con las “actitudes sociales”, discriminación, etc, merece la pena detenerse un poco más en lo que la Psicología Social y la Sociología pueden decirnos al respecto. En primer lugar, y como sucede con los fenómenos sociales que intentamos conceptualizar bajo el término “actitudes”, encontramos aquí componentes cognitivos, afectivos y conductuales, diferenciados pero interrelacionados y que hacen referencia básicamente a cómo clasificamos o categorizamos personas o cosas en términos de “bueno/malo”, “deseable/indeseable” y “aproximable/rechazable”. En concreto, en el caso de las actitudes vinculadas a lo social, podemos distinguir a ese proceso entre: “estereotipo” conjunto de creencias en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condiciona (sesgo) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo. Los prejuicios son predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuya característica están sujetas a creencias estereotipadas. La discriminación son propensiones a desarrollar acciones positivas y negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros.

Los tres aspectos van unidos y se refuerzan mutuamente, sin que esté clara la línea de influencia de uno con otros. Parecería que los estereotipos se aceptan en la medida en que coinciden con los prejuicios emocionales y es entonces cuando generan discriminación en la conducta, pero las relaciones de causalidad son en gran medida circulares, con refuerzos múltiples. Aunque, no obstante, y para hacer más compleja la situación y mostrar, por otro lado, lo poco que sabemos todavía al respecto, la información disponible señala que no siempre resultan totalmente congruentes entre sí, ni siempre determina de manera directa la conducta real. (Marcelino López M.L., 2008).

Pero, además cuando hablamos de discriminación, hemos de diferenciar también lo que podemos entender como “propensión a la acción” o “distancia social deseada”, de las acciones reales o conductas efectivamente discriminatorias hacia los miembros del otro grupo. Pero también y más allá de las dimensiones interpersonales, de lo que, desde la sociología denominamos “discriminación estructural” que se refleja en políticas públicas, leyes, y otras disposiciones prácticas de la vida social, sobre la base de las actitudes prevalentes y que, de forma más o menos intencionada o explícita, juega un importante papel, tanto por sus repercusiones directas sobre las personas discriminadas como por su refuerzo general al proceso.

En cualquier caso, la distinción entre esos diferentes aspectos es clave, ya que solemos dar más importancia a los componentes cognitivos de las actitudes y tendemos a pensar que pueden cambiarse básicamente con información, lo que resulta en la práctica excesivamente simplista cuando no claramente desenfocado, tanto las tres dimensiones de las actitudes como las conductas derivadas y la discriminación estructural son importantes y requieren intervenciones específicas. (Marcelino López ML., 2008)

Por otro lado, la asociación de este complejo de actitudes a personas y grupos concretos tiene lugar a través del denominado “proceso de estigmatización” que básicamente supone un conjunto de pasos más o menos sucesivos. La distinción, etiquetado e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas. La asociación de las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes. Su consideración como un grupo diferente y aparte “ellos frente a nosotros”. Las repercusiones emocionales en quien discrimina (miedo, ansiedad, irritación y en quien resulta discriminado (miedo, ansiedad, vergüenza), frecuentemente menospreciado, pero de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta, según los modelos de atribución causal. La

pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas. La existencia de factores o dimensiones estructurales que tienen que ver en último término con asimetrías de poder, sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con la misma intensidad ni con la misma consecuencia para las personas afectadas. (Marcelino López M.L.,2008).

En general este conjunto de actitudes tiene consecuencias negativas para las personas objeto de estigmatización, incluyendo, en la terminología de Goffman, (Sociólogo) tanto las ya “desacreditadoras”, como las potencialmente “desacreditables”, es decir, aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición. En las primeras, promoviendo directamente lo que denominamos “distancia social” o rechazo (no lo aceptaríamos como vecino, amigos, empleados, maridos, esposas, o no nos gustaría que fuera a la escuela con nuestros hijos e hijas). Lo que restringe derechos y oportunidades, al funcionar como barrera en el acceso a la vida social y plena y a los servicios de ayuda que necesitaran. En las segundas generando conductas de evitación, en ambos casos produciendo desagradables y nocivas repercusiones sobre la autoestima y la conducta personal y social.

Este complejo fenómeno social que resumimos bajo el término estigma no afecta tan solo a las personas con enfermedad mental, sino que ha venido caracterizando, en nuestra sociedad, a las relaciones que la mayoría de la población establecemos con determinados grupos de personas. En realidad, con el término hacemos referencia a un conjunto de actitudes habitualmente negativas que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estas presentan algún tipo de rasgo diferencial o marca que permite diferenciarlos. (Marcelino López M.L., 2008).

En su clásico análisis del tema Erving Goffman (Sociólogo) utiliza así el término estigma para referirse a un atributo profundamente “desacreditador”, es decir una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descredito o desvalorización, como resultado que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee.

Probablemente estamos aquí frente a un fenómeno universal que guarda relación con los procesos de categorización social, con bases biológicas como psicológicas, sociales y

que simplifica y resume de manera básicamente eficiente información muy diversa y compleja, con una función inicialmente defensiva para la sociedad y sus grupos sociales mayoritarios; además de fomentar la cohesión de la mayoría social, ayuda por ejemplo a identificar “a primera vista” amigos y enemigos probables.

Aunque sea a costa de simplificar en exceso la visión y generar por ello complicaciones añadidas, tanto a las personas afectadas, que ven menoscabados sus derechos y deteriorada su situación, como al conjunto de la sociedad, que se priva así de aprovechar las potenciales contribuciones de la minoría excluida.

Se asocia por tanto a rasgos simples, fácilmente identificables (rasgos físicos, aspectos, conductas, etc) que se relacionan con tipos de persona que pueden considerarse potencialmente peligrosas: extranjeros, enfermos, delincuentes, etc. El ya citado análisis de Goffman diferenciaba en principios tres tipos de “marcas”, según derivasen de defectos físicos, defectos de carácter o factores étnicos o triviales. Clasificación que podría actualizarse hablando de rasgos físicos, psicológicos y socioculturales como tres categorías o dimensiones claramente identificables en los distintos tipos de estigma, y que pueden darse además simultáneamente en una misma persona, generando discriminaciones “duales” o múltiples: mujer, inmigrante, de orientación homosexual, con enfermedad mental y algún otra enfermedad o defecto físico, por poner un ejemplo no tan extremo como parece. (Marcelino López M. L., 2008).

Por otro lado, aparece una concepción en las enfermeras como de cierta reticencia a trabajar con este tipo de pacientes determinada por factores como la actitud de los propios pacientes hacia el cuidado que se le proporciona. Así asocian este malestar y dificultades en el trabajo con actitudes derivadas de problemas psicológicos y psicogénicos de los pacientes. En la medida en que los pacientes son vistos por las enfermeras como agresivos y que distorsionan su trabajo, las actitudes de los profesionales se vuelve más intolerantes y se depositan menos esperanzas en el éxito de los cuidados. Esto es consecuencia de una escasa preparación técnica de los profesionales para afrontar las particularidades de los pacientes.

Cabe destacar en este sentido una actitud más positiva en enfermeros que en enfermeras en el cuidado de los drogadependientes, así como actitudes más positivas en las enfermeras menores de 30 años respecto a las mayores de 50 años. En general, la evidencia científica nos revela que las enfermeras consideran menos gratificante el

trabajo con drogadependientes y demás que con otro grupo de pacientes y responsabilizan a los mismos pacientes de su situación en la medida que colaboren con los cuidados. Las enfermeras se sienten mejor cuidando a unos pacientes que a otros, siendo los que menos gustaban los alcohólicos, adictos, o los que eran asiduos al servicio de urgencias. (Jesús Molina Mula, 2013).

Por otra parte, en cuanto a las diferentes teorías de enfermería este Protocolo de Investigación está centrado en un modelo conceptual de Hildergard, Peplau en donde se destaca la relación interpersonal enfermero- paciente. En su fuente teórica empleo conocimientos tomados de la ciencia conductual y de lo que podría denominarse Modelo Psicológico.

Sus principales conceptos y definiciones fueron la enfermería psicodinámica que es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia. El objetivo de la autora son las relaciones interpersonales, la más importante es la relación enfermera paciente que define cuatro fases que se van sucediendo a lo largo de la relación.

La primera es la orientación en donde el paciente tiene la necesidad insatisfecha y el enfermero lo ayuda a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.

La segunda es la identificación, el paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo (relación). El enfermero permite una exploración de los sentimientos que ayuda al paciente a reorientar dichos sentimientos y a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad para satisfacer sus necesidades.

La tercera es la explotación, en donde el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación y por último la resolución que se da de forma progresiva donde los antiguos objetivos van siendo desplazados por otros nuevos y durante este proceso el paciente se libera de su identificación con el enfermero.

A sí mismo plantea, seis papeles diferentes que surgen durante las distintas fases de la relación enfermera- paciente. Una de ellas es el papel de extraño en donde no se conocen, el enfermero no debe prejuzgarlo, aceptarlo tal cual es y tratarlo como si su capacidad emocional fuera normal, aunque las pruebas indiquen lo contrario.

Otro es el papel de persona a quien recurrir donde el enfermero proporciona respuestas específicas a las preguntas del paciente especialmente información sanitaria, tratamiento, plan médico. El enfermero determina qué tipo de respuesta resulta más adecuada para un aprendizaje constructivo. A este le sigue el papel de docente lo cual el enfermero debe proceder siempre de lo que el paciente conoce y desarrollar este papel en función de su interés y de su deseo de ser capaz de emplear la información.

Otra función es la de conductora ayudando al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y participación. El papel de sustituta es otra de las funciones en que las actitudes y conductas del enfermero crean sentimientos que reactivan los generados en una relación anterior, el enfermero ayuda al paciente a encontrar las similitudes y diferencias entre su papel y la persona recordada.

Y por último el de asesoramiento que es el que más importancia tiene en la enfermería psiquiátrica. El propósito de las técnicas interpersonales es ayudar al paciente a recordar y comprender plenamente qué es lo que le ocurre en la situación actual de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de la vida.

Para concluir con la teoría, en este caso en particular es la que más se asemeja a la problemática, ya que se remarca con mayor importancia la relación interpersonal enfermero- paciente, la cual se ve afectada y está misma puede brindar mejoras en la interacción entre el enfermero y el paciente con trastornos mentales. (Tamayo., 2010).

Por otro lado, con la reciente sanción de la ley de Salud Mental 26.657, ha llevado a un gran cambio de paradigma entre los distintos efectores públicos y entre el equipo de enfermería. Ya que esta nueva ley promueve abordajes interdisciplinarios e intersectoriales y la modalidad de gratuidad, equidad e igualdad frente a las desigualdades sociales. Garantiza asistencia legal, revisión y excepcionalidad de las internaciones prolongadas y el consentimiento informado, así como el derecho a tomar decisiones vinculadas al tratamiento y rehabilitación e integración en la comunidad. Es por este motivo que el sitio de elección para el desarrollo del proyecto será un hospital polivalente de la ciudad de Rosario. Sin embargo, su implementación requiere profundizar procesos participativos que superen obstáculos políticos-financieros, técnico-corporativos e ideológicos para el reconocimiento del derecho a la salud mental, sin estigmatización y discriminación de las personas con sufrimiento mental. A su mismo se pueden observar las implicancias que la ley supone en la redistribución de

responsabilidades y tareas en el equipo de enfermería 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, lo cual me lleva a la selección del equipo de enfermería como la población para el desarrollo de este proyecto de investigación, ya que este mismo es el que más se ve afectado con la sanción de la nueva ley de salud mental. (Zaldúa Graciela, 2011)

En relación a los obstáculos percibidos por los trabajadores para la efectivización de los cambios propuestos por la ley, se indican en primer lugar la ausencia de recursos y dispositivos alternativos (recursos comunitarios, tratamientos ambulatorios, casas de medio camino, etc) luego le sigue la desinformación de la comunidad acerca del sufrimiento mental (desnaturalizar la internación psiquiátrica como primera 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, 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, malas interpretaciones acerca de la ley, dificultades administrativas, etc.

La falta de recursos humanos especializados en el tema en estos ámbitos, creo que también es una dificultad real para la implementación de la nueva ley, deberá haber una asignación presupuestaria que permita efectivizarla sumado a una formación y asignación de recursos humanos necesarios. (Zaldúa Graciela, 2011).

La nueva ley no contempla la existencia de los manicomios, que no dejan de estar, con muchas personas, cada una con muchas décadas de internación, que también merecen una calidad de vida mejor, personas que llevan 20,30,40 años de internadas y que no es sencillo externar. No se menciona esta situación, como si no existiera. Tampoco plantea con claridad que alternativas existen para quienes no tienen familia o lugar donde vivir. Faltan recursos habitacionales para poder trabajar con ellos la no internación. Hay dos puntos críticos que son la vivienda y la ocupación laboral o en general.

La reciente sanción de la ley no ha implicado cambios inmediatos en todos los niveles de prácticas en salud mental sobre los que misma legisla. Para ello, se requieren una serie de requisitos o condiciones de distintos órdenes para garantizarlo, desde la perspectiva del equipo de enfermería estos son cambios en la formación profesional,

voluntad política e institucional y creación efectiva de dispositivos para sostener prácticas de atención en la comunidad. En cuanto a la formación profesional, se requieren cambios desde la formación académica hasta la capacitación en servicios que sean concurrentes con la perspectiva de derechos humanos que plantea la ley y promueve prácticas profesionales desde un enfoque comunitario. Un cambio ideológico requiere un trabajo permanente en cursos, seminarios, congresos, etc. (Zaldúa Graciela, 2011).

Yo marcaría lo ideológico, lo económico y también el imaginario social. También es necesario que alguien que se atiende por una gastritis, por un pie diabético, pueda estar compartiendo con alguien que tiene dolencia mental y saber que es parte de algo que le sucede en su vida, que es algo cotidiano, y no de verlo como alguien amenazante.

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es la voluntad política e institucional. Esto supone que, para garantizar la viabilidad de nuevas prácticas, debe existir la concurrencia de un plan nacional de salud mental que impulse los cambios, proponga nuevos programas y proyectos al mismo tiempo que se habiliten espacios dentro de las instituciones que rompan con los modelos tradicionales de atención.

Para llevar a cabo un cambio del sistema de Salud Mental de estas características, sin duda debe existir no sólo voluntad política, sino un Plan Nacional coordinado recursos políticos, técnicos y sociales.

Asimismo, el lugar marginal que ocupa la salud mental en muchas instituciones, así como prácticas represivas y/o de control desde los espacios de gestión interrogan respecto de la “voluntad política e institucional” para la transformación.

Requiere también la democratización de todos los servicios o equipos de salud mental. Y ello conllevaría además que se nos permita ejercer el derecho a la formación, resguardar nuestra propia salud mental para implementar la ley. Esto implica formación, libertad, para trabajar. Dentro de lo posible que podemos hacer los profesionales interesados es llevarlo al equipo de trabajo dónde estamos y a nivel del hospital, insistir para que estas temáticas lleguen a los comités de docencia e investigación en los casos que los hubiera y sean tratados, proponerlo, insistir con eso.

Es necesario también brindar posibilidades de tratamiento ambulatorio y casas de medio camino. Los recursos humanos actuales, al menos en ámbitos públicos son escasos para realizar seguimientos adecuados. (Zaldúa Graciela, 2011).

Algunas conclusiones importantes, en cuanto a la ley Nacional de Salud Mental y Derechos Humanos 26.657 al considerar la capacidad de las personas con padecimiento mental y el pleno goce de sus derechos, determinó la modificación del artículo 182 del código civil, exigiendo la obligación de fundamentar evaluaciones posteriores a la internación: plazo máximo de tres años; obligación de definir funciones y actos terapéuticos. También se modificó el artículo 482: internación, privación de la libertad, solamente en situaciones extraordinarias. Ni la autoridad policial, ni los jueces, están habilitados para determinar la internación, y se exige evaluación interdisciplinaria.

Lo relevante del nuevo paradigma es la obligación del Estado de garantizar el derecho a defenderse, y derecho a designar abogado, quien debe ejercer asistencia técnica afectiva.

Se garantiza la asistencia legal gratuita, la revisión de la excepcionalidad de las internaciones prolongadas y el consentimiento informado, así como el derecho a tomar decisiones vinculadas al tratamiento y la rehabilitación en integración a la comunidad.

Además, la ley apuesta a la igualdad de condiciones de los profesionales por idoneidad y capacidad para integrar los diferentes saberes del campo de la salud mental. Abre así, a procesos reales de construcción interdisciplinarios, cuestionando las hegemonías de las disciplinas. (Zaldúa Graciela, 2011).

No obstante, debemos interrogarnos sobre si la ley puede garantizar el acceso a derechos, sin la presencia eficaz del Estado con políticas públicas y saberes y prácticas que sostengan el cambio de paradigma.

Hacer que la ley se cumpla es una urgencia y reclama dispositivos y prácticas sustitutivas para las personas que aún están internadas en nuestro país, comenzando por jerarquizar la Salud Mental y las redes de atención comunitaria y procesos efectivos de externación, no de deshospitalización. Incluye el desarrollo de aperturas participativas, innovadoras, creativas, y políticas públicas integrales que contribuyan a impactar en el imaginario social y garantizar los derechos.

La construcción de la ley de Salud Mental y Derechos Humanos 26.657, aprobada y promulgada al final del 2010 en nuestro país, es parte de un proceso participativo e

incorpora la dimensión central de respeto a los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mentales y con el uso problemáticos de drogas legales e ilegales. Se plantea como paradigma alternativo al poner en cuestión la lógica manicomial y estigma locura-peligrosidad (art. De dicha regulación) lo que implica que un piso básico de derechos que deben cumplirse en forma efectiva desde su promulgación, en todo el país. En su construcción participaron organizaciones de usuarios, familiares, profesionales, gremiales y políticos.

Dicha ley promueve abordajes interdisciplinarios e intersectoriales para la atención de la Salud Mental, integrado por los equipos de profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados. Así también, en el actual contexto se debe indagar sobre las condiciones de viabilidad técnico-política, administrativa y sociocultural, es un desafío frente a los múltiples obstáculos que se han presentado. Queda como interrogante como superar ciertas zonas referidas a la viabilidad económica, administrativa y técnica y la necesidad de cambios en las formaciones curriculares. (Zaldúa Graciela, 2011).

Material y Métodos.

Tipo de Estudio.

El tipo de estudio que se realizará será no experimental, descriptivo, transversal, y prospectivo.

El diseño es no experimental, ya que se llevará a cabo sin manipulación deliberada de las variables independientes. Lo que hacemos es un estudio no experimental, es decir se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural.

Es transversal por tener una única medición de la variable, también es descriptivo ya que se buscará la incidencia de las variables actitudes sobre la atención de pacientes con trastornos en la salud mental, relacionado con el sexo y la antigüedad laboral del equipo de enfermería.

Y prospectivo porque se registrará la información según van ocurriendo los hechos en el segundo semestre del 2018.

Sitio o contexto.

Después de haber realizado el estudio exploratorio en dos instituciones diferentes, una de dependencia pública y otra de dependencia privada de la ciudad de Rosario (Anexo I) y tras los resultados del estudio exploratorio (Anexo III), se seleccionó solo uno por reunir todos los criterios de elegibilidad. Dicho hospital cuenta con un total de 183 camas y sirve al norte y noroeste de Rosario, y a las localidades vecinas del oeste y Gran Rosario.

Cuenta con especialidades como maternidad, pediatría, ginecología, traumatología, cirugía, unidad de terapia intensiva, sala de diálisis, hospital de día, oncología pediátrica, guardia, Coronaria, tres salas de servicios generales, siendo las salas 1 y 2 las de mayor demanda y con mayor capacidad de camas.

Las características de la población a la que brinda cobertura son personas sin obra social, sobre todo de la periferia de la ciudad, y en su mayoría son habitantes de otras localidades de la provincia de Santa Fe; a su vez muchos son extranjeros como por ejemplo de Brasil y Perú que residen en nuestro país.

La institución abordada cuenta con un Departamento de Enfermería, su estructura jerárquica está compuesta de la siguiente manera. Jefa de Departamento, Supervisora del servicio, Enfermera Jefe, Enfermeras/os del servicio.

En cuanto a la sala general propiamente dicha, cuenta con una totalidad de 32 camas con un elevado ingreso y egreso de pacientes.

Las salas de cuidados del efector antes mencionado, cuenta con un total de 13 habitaciones en una ubicación de este a oeste. Cada habitación no posee el mismo número de cama.

Las habitaciones 2,3,4,5 que constan de tres camas cada una y las habitaciones 6,7,8,9,10 y 11 que contienen dos camas cada una. Por último, la habitación 12 tiene cuatro camas y la habitación 13 con dos camas.

Las patologías más frecuentes que se observan en la sala son politraumatismos, trombosis venosas profundas, colecistitis agudas, cáncer de colon, hernia inguinal, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal, pacientes con trastornos mentales de todo tipo y síndromes de abstinencia.

Por otro lado, las características del personal de la unidad, en cuanto a su nivel de formación en su totalidad son enfermeros profesionales, sin ningún licenciado, ni auxiliar. Estos mismos reúnen los criterios de inclusión necesarios para llevar a cabo el desarrollo del proyecto de investigación.

En cuanto a nivel de dotación total la sala general cuenta con 23 enfermeros y una dotación diaria de 4 enfermeros por la mañana, 3 enfermeros en el turno de 12 a 18 horas, 4 enfermeros en el turno de 18 a 24 horas y por último en el turno de 00 a 06 con una totalidad de 3 enfermeros. El nivel de rotación de los mismos como se puede observar es por los cuatro turnos, por dos francos.

La sala general cuenta con un servicio de psiquiatría para los pacientes que se internan por diferentes patologías de origen mental, ya sea por esquizofrenia, trastorno bipolar, o algún tipo de síndrome de abstinencia. Este mismo trabaja en forma conjunta dentro del equipo interdisciplinario.

A sí mismo, se pudo observar también que no existe un protocolo a seguir para tratar dichos pacientes, lo que sí es importante destacar, que el servicio cuenta con acompañantes terapéuticos en el caso de que se requieran.

Con respecto a la capacitación del personal, este mismo no se encuentra capacitado para la atención de este tipo de pacientes, ni tampoco se brindan cursos de capacitación para poder abordarlos.

Por otro lado, el servicio cuenta con un lugar apropiado para poder desarrollar la encuesta sin ningún tipo de inconveniente, pero la institución prefiere el anonimato del desarrollo de este proyecto de investigación.

Por otro parte, se consultó a la jefa del servicio para poder desarrollar la investigación, lo cual se encontraba de acuerdo con el investigador para llevar adelante el proyecto.

Población y Muestra

La población estará constituida por todo el personal de enfermería que realiza funciones asistenciales en la sala general de un hospital público de la ciudad de Rosario.

Criterios de exclusión

- . Enfermeros con experiencia en la atención de pacientes con trastornos en la salud mental.
- . Enfermeros que tengan en su grupo familiar alguna persona con antecedentes de trastorno mental.

Tamaño de la población

La población total que se tomará es de 46 enfermeros, sin necesidad de realizar muestreo ya que la misma no es demasiado grande en su totalidad.

Los resultados de la investigación se podrán generalizar solo a la población en estudio, posee limitaciones ya que se encuentran sesgado por el número de población reducida y se realiza en una sola institución.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Las variables en estudio que se pretenden medir son las actitudes sobre la atención de pacientes con trastornos en la salud mental, siendo sus dimensiones actitudes negativas y positivas. En cuanto a su tipo y función es una variable cualitativa compleja, dependiente y con una escala de medición ordinal.

La segunda variable que se pretende medir es la variable sexo, esta es de tipo cualitativa simple con una función independiente y con una escala de medición nominal.

La tercera variable en estudio y la última en este caso, es la antigüedad laboral siendo esta una variable cuantitativa simple con una escala de medición de razón.

El cuestionario para medir la variable actitudes es una escala de opiniones y actitudes en la escala de Likert, consiste en un conjunto de ítems presentado en forma de afirmaciones o juicios. El cuestionario está conformado por 20 afirmaciones las cuales tienen respuestas de única opción. (Anexo II).

La prueba piloto se realizó al equipo de enfermería de la sala general, de un hospital público polivalente de la ciudad de Rosario. Este será de forma anónima y voluntaria en la sala de médicos de la misma y bajo la presencia del investigador. Previamente se deberá garantizar la confidencialidad de los datos. (Anexo IV).

En cuanto a las ventajas del instrumento, un aspecto importante de la escala de Likert es que asume que los ítems o las afirmaciones miden la actitud hacia un único concepto subyacente, que en este caso serían las actitudes del equipo de enfermería con respecto a la atención de pacientes con trastornos en la salud mental. Las desventajas que pueden ocurrir en este tipo de instrumento es que algún tipo de afirmación no sea lo suficientemente clara.

En cuanto a los principios éticos se respetarán cada uno de manera estricta y enfatizando en los aspectos más importantes.

En primer lugar, el principio de beneficencia lo cual remarca la confidencialidad de los datos y que bajo ninguna circunstancia los datos serán revelados. Luego el principio de respeto a la dignidad humana, donde se le debe brindar toda la información necesaria y el derecho a decidir libremente si quiere participar o no del estudio y que por ninguna circunstancia el sujeto tiene que estar sometido a coerción o amenaza y el principio de justicia donde el sujeto tiene derecho a un trato justo y a preservar su intimidad.

<i>Variables</i>	<i>Tipo</i>	<i>Función</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>
Actitudes sobre la atención de pacientes con trastornos en la salud mental	Cualitativa	Dependiente	Actitudes Positivas	Deben recibir la misma atención que cualquier otro paciente
				Pueden vivir una vida satisfactoria y gratificante
				Hacen importantes contribuciones a la sociedad
				Son capaz de vivir su vida como quieren
				Lo llaman por su nombre
				Observa si el paciente se alimenta diariamente
			Actitudes Negativas	Tiene dificultad para tratar con pacientes con trastornos mentales
				Los pacientes son violentos e intolerables
				Se deben aislar

					Solo se les puede dar tratamiento farmacológico
					El paciente con trastorno mental sufre de rechazo social
					Son ignorados con actitudes frías y despersonalizadas
					Demuestra conductas de evitación ante el paciente
					Se muestra temeroso ante la posible reacción de este tipo de paciente
					La enfermedad mental no tiene cura
					No pueden cumplir con el tratamiento indicado
					Son discriminados por su propia familia
					Se evita el ingreso a la habitación de este tipo de paciente

Personal a cargo de la recolección de los datos

No se necesitará contar con colaboradores, ya que la misma investigadora realizará la recolección de los datos, por ende, el cuestionario se llevará a cabo de manera autoadministrada. En cuanto al horario se desarrollará de 16:00 a 17:00 horas, dentro del horario de visita del servicio de la sala general, para poder lograr un mejor llenado del instrumento en cuanto a los días serán los martes y jueves.

Plan de análisis

Se realizará en este plan de análisis el agrupamiento de los datos obtenidos por variable seleccionada y sus correspondientes indicadores (tabulación).

Se explicará también la reconstrucción de las variables y como se representarán dichos datos.

En primer lugar, para la variable actitudes sobre la atención de pacientes con trastornos en la salud mental, con una escala de medición ordinal, se codificarán los datos con un valor para las respuestas negativas 5-4-3-2-1 y para las respuestas positivas con un valor de 1-2-3-4-5 y serán registrados en un cuadro de Excel. Las respuestas quedarán codificadas de la siguiente manera.

Definitivamente sí: 5 (-) / (+) 1

Probablemente sí: 4 / 2

Indeciso: 3 / 3

Probablemente no: 2 / 4

Definitivamente no: 1 / 5

Actitudes	Rango
Negativas	44 - 55
Neutral	56 - 65
Positivas	66 - 76

El puntaje mínimo es de 44

El puntaje máximo es de 76

Para el análisis de esta misma variable se realizará una distribución de frecuencias y luego será representada en un gráfico de barras adosadas.

Para el análisis de la variable sexo, que posee una escala de medición nominal, también se realizará una distribución de frecuencias y los datos serán volcados en una tabla simple.

Con respecto a la variable antigüedad laboral, la cual tiene una escala de medición de razón se calculará a través de medidas de tendencia central mediana, luego se agruparán los datos y serán representados en un gráfico de barra simple.

El tipo de estadística que se calculará será a través de una estadística descriptiva bivariado lo cual se consultará a un estadístico.

Plan de trabajo

		TIEMPO					
		JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
ACTIVIDADES	1-Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.						
	2- Prueba piloto.						
	3- Plan de análisis.						
	4- Elaboración de conclusiones.						
	5-Informe final.						
	6- Entrega del proyecto final.						

ANEXO

Anexo 1

Guía de convalidación de sitio y contexto.

Se realizó una guía de convalidación de sitio y contexto para determinar si la institución cuenta con la población en estudio y las variables que pretendemos medir. Esta misma se llevó a cabo en dos instituciones:

¿Qué tipos de trastornos mentales presentan los pacientes internados en esta sala?

¿Existe un protocolo a seguir para este tipo de pacientes?

¿Se cuenta con acompañantes terapéuticos en la sala en caso de que se necesiten?

¿El personal está capacitado para abordar a este tipo de pacientes?

¿Se realizan cursos de capacitación para los enfermeros, sobre pacientes con trastornos mentales?

¿La Jefatura del servicio, se encuentra de acuerdo en que se ingrese al mismo para recolectar datos?

¿El servicio cuenta con algún lugar adecuado para poder desarrollar la encuesta?

¿La institución permite que nombre la investigación o prefiere el anonimato?

¿Con que dotación total cuenta el servicio?

¿Con que dotación diaria cuenta el servicio?

¿Qué nivel de rotación hay en el servicio?

¿Qué nivel de formación tienen los enfermeros?

¿La sala general cuenta con algún servicio de psiquiatría permanente?

¿Este mismo participa dentro del equipo interdisciplinario?

¿Con cuantas camas útiles cuenta el hospital?

¿Qué regiones de la ciudad de Rosario y alrededores, brinda atención este hospital?

¿Con que especialidades cuenta la institución?

¿En qué servicios se encuentra la mayor demanda de atención?

¿Qué nivel de complejidad poseen los servicios de sala general?

¿Cuáles son las patologías más frecuentes?

¿Cuántas camas poseen los dos servicios propiamente dichos?

¿Qué características posee la población a la que brinda cobertura la institución?

Anexo II

Introducción del instrumento

Soy estudiante de la Escuela de Enfermería de la universidad Nacional de Rosario y estoy cursando el 5º año de la licenciatura de la asignatura investigación en enfermería, y me encuentro desarrollando un proyecto de investigación, sobre la relación que existe entre las actitudes con respecto a la atención de pacientes con trastornos en la salud mental, la antigüedad laboral y el sexo. Este cuestionario es de forma anónima, se garantiza su confidencialidad y se informa que no se encuentra obligado a participar si no lo desea. Desde ya se agradece su participación en el mismo.

A continuación, se presentarán una serie de afirmaciones en las cuales deberá completar con una tilde la respuesta que más se asemeje a su pensamiento u opinión. Señale los siguientes datos con una tilde:

Sexo:

Masculino:

Femenino:

Antigüedad laboral en el servicio:

Serán los años de antigüedad laboral según refieran, así se aprovechará de esta manera mejor los datos al momento del plan de análisis.

		<i>Definitiva mente no</i>	<i>Probable mente no</i>	<i>Indeciso</i>	<i>Proba blemente sí</i>	<i>Definitiva mente sí</i>
1	<i>Deben recibir la misma atención que cualquier otro paciente</i>					
2	<i>Pueden vivir una vida satisfactoria y gratificante</i>					
3	<i>Hacen importantes contribuciones a la sociedad</i>					
4	<i>Son capaz de vivir su vida como quieren</i>					
5	<i>Lo llaman por su nombre</i>					
6	<i>Observa si el paciente se alimenta diariamente</i>					
7	<i>Tiene dificultad para tratar con pacientes con trastornos</i>					
	<i>en la salud mental</i>					
8	<i>Los pacientes son violentos e intolerables</i>					
9	<i>Se deben aislar</i>					
10	<i>Solo se le puede dar tratamiento farmacológico</i>					
11	<i>El paciente con trastorno mental sufre de rechazo social</i>					
12	<i>Son ignorados con actitudes frías y despersonalizadas</i>					
13	<i>Demuestra conductas de evitación ante el paciente</i>					
14	<i>Se muestra temeroso ante la posible reacción de este tipo de paciente</i>					
15	<i>La enfermedad mental no tiene cura</i>					
16	<i>No pueden cumplir con el tratamiento indicado</i>					
17	<i>Son discriminados por su propia familia</i>					
18	<i>Se evita el ingreso a la habitación de estos pacientes</i>					
19	<i>Se ignora al llamado</i>					
20	<i>Son rechazados en las instituciones al ingreso</i>					

Anexo III

Resultados del estudio exploratorio

Los resultados del estudio exploratorio realizado entre dos instituciones, una pública y otra privada, nos llevó a seleccionar a la primera como objeto de análisis, ya que en ella pudimos observar que, por sus características, reunía con todos los criterios de elegibilidad para el desarrollo del mismo.

Puesto que se pudo verificar que dentro de la institución pública se encontraban las variables en estudio que se pretendían medir, como la población y sitio para poder desarrollar la investigación.

Los enfermeros seleccionados incluían los criterios de inclusión necesarios para el estudio, se contó con un lugar apropiado para llevar a cabo la prueba piloto del instrumento y también con la autorización del jefe del servicio para también realizar las preguntas necesarias.

En cuanto a la capacitación de los enfermeros con respecto a la atención sobre estos pacientes se pudo verificar que es totalmente deficiente, ya que no se ofrecen cursos de capacitación para estos, ni para ningún tipo de tema de importancia. Se pudo constatar que existe un grupo de médicos psiquiatras que trabaja en conjunto con el equipo de enfermería, pero con ciertas deficiencias.

Por otra parte, se observó que dentro de estos servicios se cuenta con acompañantes terapéuticos para pacientes de difícil atención como, por ejemplo, pacientes con algún trastorno mental o con algún tipo de adicción, también se determinó que no existe un protocolo a seguir para el abordaje y atención de estos pacientes.

Dichos sitios poseen una alta demanda de pacientes de importantes regiones de la ciudad de Rosario, de alrededores y hasta de otros países. También durante el desarrollo del estudio exploratorio se pudo apreciar que muchos de los pacientes internados son casos sociales.

Anexo IV

Resultados de la prueba piloto del instrumento

La prueba piloto se realizó a 5 enfermeros de la sala general de un hospital público de la ciudad de Rosario el día 3/11/17/, lo cual se pudo verificar que no hubo ningún tipo de sesgo a la hora de su realización, las afirmaciones fueron claras y las posibilidades de respuestas también. No fue necesario hacer ningún tipo de modificaciones al respecto. El instrumento tomado para realizar la prueba piloto y el que se utilizó fue una escala de opiniones y actitudes llamado escalamiento de Likert, este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932 se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado.

Para conocer los orígenes de esta técnica, vea Likert (1976 a o 1976 b), Seiler y Hough (1976) y, particularmente, el libro original: Likert 1932. Metodología de la investigación, Roberto Hernández Sampieri 6^a edición.

BIBLIOGRAFÍA.

- Arzayús, L. R. (2000). Reflexiones sobre ética en el cuidado de enfermería del paciente mental. *Red de revista científica de América latina, el Caribe, España y Portugal* , 243-244.
- Arzayús, L. R. (s.f.). Reflexiones sobre ética en el cuidado de enfermería del paciente mental. *Red de revista científica de América latina, el Caribe, España y Portugal* .
- collazos, M. V. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día mundial de la Salud Mental . *Red de Revista científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal* . , 75.
- Collazos, M. V. (2007). Trastornos mentales y problemas de Salud Mental. Día Mundial de la Salud Mental . *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* . , 75.
- Estargués., J. P. (2017). Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma. . *Revsita Española de Enfermería de Salud Mental* . , 32.
- Estragués, J. P. (2017). Evolución de los cuidados enfermeros en la salud mental y su relación frente al estigma. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental* . , 33-34.
- Estragués, J. P. (2017). Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma. . *Revista Española de Enfermería de Salud mental*, 32.
- Estragués, J. P. (2017.). Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma. . *Revista Española de Enfermería de Salud Mental* . , 32.
- Estragués., J. P. (2017). Evolución de los cuidados de enfermeros en Salud Mental y su relación frente al estigma. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental* . , 32.
- Estragués., J. P. (2017). Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma. . *Revsita Española de Enfermería de Salud Mental* . , 32.
- Estragués., J. P. (2017). Evolución de los cuidados enfermeros en Salud Mental y su relación frente al estigma. . *Revsita Española de enfermería de Salud Mental* . , 32.
- Miguel ángel Ruiz, J. M. (2012). Opiones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastrono bipolar). *Revsita de psiquiatría y Salud Mental* . , 99-103-104.
- Collazos., M. V. (2007). Trastornos mentales y problemas de la salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* . , 79.
- Estragués, J. P. (2017). Evolución de los cuidados de enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma. *Revista Española de Enfermería de Salud mental* . , 31.
- Jesús Molina Mula, D. H. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica. *Scielo*, 4.
- Marcelino López, M. L. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. . *Revista Asociación Neuropsiquiátrica* , 46-47-48.

- Marcelino López, M. L. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista asociación especial Neuropsiquiatría* , 45-46-47.
- Marrcelino López, M. L. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. . *Revista Asociación Especial Neuropsiquiátrica*, 45-46.
- Salud, O. m. (2013). Salud mental : Un estado de bienestar. *Organización Mundial de la Salud* .
- Tamayo., M. D. (2010). *Enfermería Psiquiátrica y en Salud Mental*. . España: Instituto Monsa de Ediciones. .
- Zaldúa Graciela, B. M. (2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la ley de Salud Mental. . *Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población* . , 1-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17.