

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION EN LA IMPLEMENTACION DE LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACION PSIQUIATRÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2015 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

JOSE LUIS OSORIO TICONA

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ | PRESIDENTE |
| ➤ MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE | SECRETARIO |
| ➤ MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ | VOCAL |

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 351

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Marco Conceptual	17
2.3 Definición de Términos	37
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	40
3.1 Recolección de Datos	40
3.2 Experiencia Profesional	40
3.3 Procesos Realizados del Informe	42
IV. RESULTADOS	47
V. CONCLUSIONES	56
VI. RECOMENDACIONES	57
VII. REFERENCIALES	58
ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

El Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, de nivel II-2, brinda atenciones de salud a la población apurimeña. En el mundo las afecciones a la salud mental representaban un 12% en el 2000 y se prevé que en el 2020 serán el 15 %

La carga de morbilidad de los trastornos mentales como la depresión y los trastornos de ansiedad es similar en todas las culturas, y en el Perú los estudios de carga de morbilidad realizados por el MINSA han demostrado que la depresión y el alcoholismo constituyen los principales problemas. Los trastornos mentales reducen la calidad de vida, la capacidad funcional, la productividad; la integración social e independencia de las personas. Estos pacientes tienden a alcanzar un menor nivel educacional que la población sin dichos trastornos. Además, recargan el ausentismo laboral, lo que incrementa los costos indirectos de la enfermedad

El capítulo I: Describe el problema alta demanda de atenciones con déficit de cobertura; objetivo el proceso de la implementación de la unidad de hospitalización breve: justificación el manejo de paciente descompensado en ambientes comunes de emergencia general y hospitalización en medicina por la no aceptación de referencias a centros especializados

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

A nivel Internacional

La calidad del servicio en salud mental se refiere a la capacidad institucional para responder las necesidades de sus usuarios o beneficiarios. Ahora bien, este servicio tendría que ser acorde a las características contextuales y culturales de la población beneficiaria, cuyo sentido y demanda de salud mental suele ser diferente y particular dentro de un mismo Esta (1)

Organización Mundial de la Salud (OMS 2013) refiere la salud mental se refleja en el bienestar de la población; hace que la persona sea consciente de sus propias capacidades, enfrente las tensiones normales y cotidianas de la vida, pueda trabajar de forma productiva y sea capaz de La contribuir con su comunidad que maneje sus eventos traumáticos y busque su recuperación emocional, elevando así la calidad de vida que es base para el funcionamiento adecuado y bienestar de un individuo y una comunidad. (2)

A nivel nacional:

El año 2003 el Comité de la verdad y reconciliación nacional, señaló que los veinte años de conflicto armado interno que afecto gran parte del departamento y que generaron las desigualdades con múltiples secuelas

a nivel individual y colectivo, que impacto en la salud mental de las personas, tales como el miedo y la desconfianza. Asimismo, a nivel psicosocial, ha generado desorganización, dispersión, fragmentación de las comunidades y el resquebrajamiento de la salud mental y social (3)

El Proyecto Apurímac 2010 – 2014 del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi – INSM: HD-HN con el Proyecto “Salud Mental para el Desarrollo de la Región Apurímac en el Contexto del Aseguramiento Universal”, realizaron investigaciones, impulsaron capacitaciones y pasantías al personal de salud tanto del HRGDV como de los otros establecimientos de salud de toda la región de Apurímac

A Nivel Local

Antes del año 2000 la salud mental era desatendida por los establecimientos de salud de la región Apurímac. El año 2000 el servicio urbano marginal (SERUM) del Ministerio de Salud otorga una plaza para Psicólogo y se inician las atenciones en salud mental que no cobertura la demanda

En el año 2003 a partir de la implementación del Módulo de Atención al Maltrato Infantil en Salud – MAMIS auspiciado por UNICEF y el MINSA se brinda atención permanente en consulta externa del Hospital Guillermo Díaz a partir del año 2005 se incorpora otro Psicólogo y a partir del 2007 se incorpora Psiquiatra y médicos generales capacitados en salud mental financiado por DEVIDA y el hospital

La Región Apurímac con alto demanda de atenciones y con carencia de personal de salud no incluidos en los requerimientos de los establecimientos de salud y el Hospital Regional con carencia de especialistas y/o oferta económica que no satisface sus expectativas y de ello reflejado en la demanda de atención insatisfecha y las atenciones de salud mental inicialmente atendidos por psicólogos y posteriormente por médicos con adquisición de competencias, apoyados por Psiquiatra con atención no permanente

Las descompensaciones de pacientes de salud mental atendidas inicialmente en ambientes no adecuados en la emergencia o en hospitalización obligados por la no aceptación de su referencia a centros de salud mental de otras regiones

El año 2014 se apertura la primera unidad de hospitalización breve en el servicio de hospitalización del Departamento de Medicina un ambiente de 4x4m que cuenta con una cama para el paciente agitado hospitalizado, un sillón para familiar que acompaña o vigila, un lavatorio de manos, un baño con puerta sin perrilla, ventanas enrejadas, los mismos que fueron acondicionadas parcialmente para pacientes en crisis o en estado de agitación que requieren atenciones y cuidados especializados

El año 2017 se apertura la segunda unidad con dos camas de 6 x 6 m por la demanda de hospitalización breve

1.2 Objetivo

Determinar la intervención en la implementación de la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría en el Servicio de Medicina Hospital
Guillermo Díaz de la Vega 2015 – 2017

1.3 Justificación

En la región Apurímac la alta prevalencia de trastorno mental que busca atención. Los factores culturales, el grado de estigma hacia la enfermedad mental y la búsqueda de atención para la misma, favorecerán o dificultarán el diagnóstico y la atención oportuna de los trastornos mentales y del comportamiento

La falta de oferta de atención primaria en salud mental influye en el acceso a atención. No solo debemos pensar en el diagnóstico y tratamiento oportuno, Cuando la condición del paciente lo requiere, este puede ser derivado desde cualquiera de los niveles anteriores para una hospitalización

Para facilitar el reintegro oportuno de las personas que padecen trastornos mentales severos y reducir el estigma. En coordinación con los Centros de Salud que garantiza la continuidad de la atención.

Posibilitar una intervención terapéutica coordinada (recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional y complementaria), que permitan restaurar el daño psíquico individual y

restablecer a la mayor brevedad posible los vínculos de relación familiares y sociales del paciente. Son lugares de cuidados psiquiátricos continuados de corta a media estancia fundamentalmente para adultos con alteraciones mentales.

Prevención de violaciones a los derechos humanos, riesgos físicos al paciente, personal o familia, atención integral del paciente (evaluando patologías físicas) y evitando la desvinculación familiar y comunitaria.

El paciente que no rompe el vínculo con su familia, sensibiliza los recursos de apoyo social y de salud existentes para potenciar la acción de rehabilitación en la comunidad.

El paciente y su familia por el inconveniente de desplazamiento a otro centro de salud de otra región y que no necesariamente se garantiza una contra referencia para el seguimiento

La mejora en el funcionamiento de la unidad de hospitalización

Durante la hospitalización son también fundamentales e imprescindibles las intervenciones familiares. El trabajo con la familia comienza en el momento del ingreso, experiencia que a veces es impactante también para ellos. Es importante escucharles, transmitirles apoyo y toda la información sobre el funcionamiento de la unidad que facilitará la comunicación entre ellos y el equipo. Posteriormente será importante ir manteniendo entrevistas para intercambio de información, conseguir su comprensión y colaboración en el tratamiento y organizar visitas, salidas y

comunicación no será igual en todos los casos y variará en función del tipo de paciente y su patología.

Nivel Práctico: Facilitar y promover las visitas de profesionales de la redes a los pacientes ingresados en Unidad de Hospitalización Breve y que precisan su presencia en el alta hospitalaria y socializar la contrareferencia

Nivel Económico: Reducir la carga familiar, una intervención temprana mejora el pronóstico clínico y funcional y es más eficiente en términos económicos. A pesar de la priorización de la prevención de recaídas como objetivo de tratamiento, la tasa de recaídas en los pacientes con un primer episodio es muy alta

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Perfil del paciente ingresado en una unidad de hospitalización breve

Método: Estudio descriptivo transversal, realizado en el Hospital Universitario La Paz durante el año 2014.

Resultados: En el año 2014 se produjeron un total de 432 ingresos, con una estancia media de 16,60 días. El intervalo de edad se situó entre los 18 y los 87 años, resultando en 43 años la media de edad de los sujetos, con una desviación típica de 13,97. El 55,1% de estos pacientes ingresaron de manera involuntaria y un 34,5% presentaba consumo de tóxicos. El total de reingresos fue de 110, representando 39 pacientes una cuarta parte de los ingresos registrados.

Conclusiones: La estancia media hospitalaria obtenida en el estudio se encuentra dentro de los parámetros y estándares de calidad de un buen funcionamiento de una Unidad de Hospitalización breve de Psiquiatría. El perfil tipo del paciente estudiado consiste en una persona diagnosticada de trastorno psicótico o trastorno del estado del ánimo, ingresado involuntariamente (5)

Duración de días de hospitalización psiquiátrica

Objetivo: Caracterizar a una población con patología de salud mental GES internada en centros privados de salud mental en relación a los días de hospitalización.

Material y Método: Se revisaron 1.544 fichas de pacientes egresados de hospitalizaciones en centros privados de salud mental registrando las siguientes variables: edad al momento del diagnóstico, sexo, días de hospitalización, número de hospitalizaciones y diagnóstico según eje.

Resultados: El promedio de días de hospitalización de la muestra fue de 21,05 días. El promedio de días de hospitalización de los hombres fue $3,71 \pm 2,46$ días mayor que el promedio de las mujeres ($p = 0,05$). El promedio de días de hospitalización fue más alto en los pacientes jóvenes. En el eje I, el 68,52% de los pacientes presentaron patología del ánimo en su forma monopolar; 21,76% patología del ánimo en su forma bipolar y un 6,87% fueron diagnosticados con esquizofrenia.

La comorbilidad en el eje I se presentó en un 17,94% de la muestra. Respecto al eje II, el 57,97% presenta algún trastorno de la personalidad, siendo el trastorno de personalidad limítrofe el más frecuente en ambos sexos (51,06% del total de pacientes con trastorno de la personalidad). Del análisis de la información destaca que las comorbilidades no influyeron de forma significativa en el promedio de los días de hospitalización.

Conclusiones: Este estudio constituye un aporte para estimar los costos y la estadía promedio en una hospitalización de pacientes GES de salud mental en el sistema privado. (6)

Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes

Metodología: Se efectuó una búsqueda bibliográfica en PUBMED del tema hospitalización psiquiátrica en niños en los últimos 10 años. Después se buscaron los artículos relevantes de fechas anteriores que aparecían en las referencias de los artículos más recientes. Se resumen y sistematizan los hallazgos más importantes.

Resumen: Se revisan los principales hallazgos de la literatura sobre el tratamiento psiquiátrico hospitalizado de niños y adolescentes. La tendencia hacia estadias más cortas y tratamientos más intensivos, ha producido varios cambios y estimulado la investigación acerca de tratamientos más eficaces para casos graves que están sufriendo descompensaciones de su enfermedad. La hospitalización breve se inserta en un continuo de atención especializada. Se revisaron los nuevos modelos de tratamiento y estudios de evolución, además de las pautas y recomendaciones de tratamiento (7)

Laboratorio en una unidad de hospitalización

Objetivos e hipótesis: El objetivo principal de este estudio es estimar la prevalencia de resultados anómalos en las pruebas de laboratorio que se realizan de forma rutinaria entre los pacientes recientemente

hospitalizados en unidades de psiquiatría. El segundo objetivo es estimar la efectividad de esas pruebas.

Material y métodos: Se analizaron las pruebas de laboratorio realizadas sobre una muestra de admisiones consecutivas a la unidad de hospitalización psiquiátrica de un hospital general de Madrid (España). El diseño del estudio es retrospectivo, mediante la revisión de los diagnósticos y los resultados de las pruebas rutinarias de laboratorio realizadas. Todos los sujetos tenían 18 años de edad o más. El periodo de estudio oscilo entre el 20 de enero de 2006 al 31 de enero de 2009.

Resultados: Este estudio evalúa la prevalencia de resultados anormales en 1278 pruebas de laboratorio realizadas a 894 pacientes. Los pacientes con demencia se asocian con alteraciones de análisis de orina con mayor frecuencia que el resto de la muestra (31,6% vs 11,7%, $p = 0,02$). Los pacientes con trastornos por consumo de sustancia asociaron con mayor frecuencia alteraciones del perfil hepático que el resto de la muestra (46,5% frente a 31,9%, $p = 0,001$) y el VHC positivo que el resto de la muestra ($n = 13$, 16% vs $n = 34$, 7,2% $p = 0,01$). Ajustando por edad los valores más alterados en comparación con el resto de rangos de edad aparecen en los mayores de 65 años en el perfil hematológico (49%), en el perfil hepático (42%), en el perfil renal (15%). El perfil lipídico esta alterado con mayor frecuencia en pacientes en el rango de edad de 35 a 65 años (18%). Ajustando por sexo solo el perfil hepático presenta un resultado estadísticamente significativo, siendo más frecuente en varones

que en mujeres 38% vs 26% ($p= 0,001$). El hemograma fue la prueba de laboratorio que más frecuentemente presentaba resultados anormales (87.4%) y el NNSAR más bajo (1.1; IC 95%= 1.1

Conclusiones: Los test de laboratorio tienen un coste-efectividad muy variable dependiendo de cada prueba. A pesar de que los resultados de este estudio no son generalizables debido a diferencias en la prevalencia de las enfermedades médicas, la metodología es fácilmente implementable en otras unidades de Psiquiatría. Es una prioridad establecer un screening eficiente y aplicar esta metodología tanto a otras unidades de hospitalización psiquiátrica en el momento del ingreso como a los Programas de Continuidad de Cuidados de pacientes ambulatorios. El objetivo es obtener medidas coste-efectivas de promoción de la salud y preventivas. (8)

Alternativas comunitarias a la hospitalización en psiquiátricos graves

Objetivos. La psiquiatría comunitaria ha descansado principalmente en la utilización de dispositivos intermedios de salud mental de media y larga estancia. Persiste sin embargo en el sistema de salud mental un gran desequilibrio entre las necesidades asistenciales de los pacientes y la provisión de servicios comunitarios para el tratamiento de la patología psiquiátrica aguda y grave. Teniendo esto en consideración, el objetivo principal de este artículo es revisar la evidencia científica actual acerca de la eficacia y la viabilidad de implementar nuevos modelos de atención

psiquiátrica que permitan llenar el vacío existente en la provisión de cuidados a los pacientes agudos y graves en la comunidad y en el medio hospitalario. El artículo, finalmente, propone un modelo de atención combinada y equilibrada en el que se integren de manera eficaz dentro del sistema de salud mental los elementos clave de las nuevas alternativas que se han desarrollado para el tratamiento de la patología mental aguda y grave tanto en el nivel hospitalario como comunitario.

Material y método. Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura actual para identificar los elementos esenciales del tratamiento de la enfermedad psiquiátrica aguda y grave. Para ello se revisaron las bases de datos Medline (1966-2010), EMBASE (1980-2010) y PsycINFO (1985-2010) usando las palabras clave relacionadas con: Tratamiento Asertivo-comunitario; Tratamiento Domiciliario; Intervención en Crisis; "Hospital Psiquiátrico de Día, Agudo"; Desinstitucionalización; Modelos de Servicios de Salud Mental.

Resultados. Han sido identificados tres modalidades de atención psiquiátrica intensiva para el tratamiento de la patología psiquiátrica aguda y grave: Atención Intensiva y Continuada de Día (Acute Continuous Day Care -ACDC-), o también denominado "Hospital de Día de Agudos"; Atención Asertivo Comunitaria (Assertive Outreach Care -AOC-) y Tratamiento Agudo Domiciliario (Home Acute Care -HAC-) que también incorpora Programas de Resolución de Crisis. La viabilidad y utilidad de implementar estas distintas alternativas de atención psiquiátrica intensiva

a la patología psiquiátrica aguda y grave, está avalada por la evidencia científica existente. Sin embargo, en la revisión realizada se detectó que, aun cuando dichas alternativas de atención intensiva pueden ser consideradas como complementarias y podían por lo tanto combinarse para alcanzar una mayor eficacia en la recuperación clínica y social de los pacientes, lo cierto es que se implementan de manera independiente. No se dispone por lo tanto de evidencia científica acerca de la eficacia y viabilidad de un programa integrado de asistencia que incorpore los elementos clave de cada una de ellas. (9)

2.2 Marco Conceptual

Unidad de Hospitalización Breve

La mayoría de los ingresos en las Unidades de Hospitalización breve de Psiquiatría se hacen de "manera voluntaria" y tienen una duración media de entre 10 y 20 días. El ingreso en una unidad de psiquiatría suele ser una situación estresante añadida a la que provocó la crisis en el paciente. Un espacio desconocido, cerrado, con normas, horarios y costumbres que convierten a la unidad en un entorno inquietante, hostil y en ocasiones incomprensible para el paciente. Es precisamente en estos momentos en que la crisis provoca una importante regresión y el contexto de la hospitalización se puede convertir en un elemento traumatizante, cuando más se necesita un ambiente terapéutico contenedor y constante que

proporcione una experiencia de escucha y respeto al malestar del paciente y desde la que ir recuperando sus aspectos más sanos (4)

Se suman algunas características de las personas con enfermedades mentales, como las dificultades temporales o permanentes que experimentan para el funcionamiento cognoscitivo, las dificultades para la comunicación y el hecho que las personas con trastornos mentales y sus familias están desproporcionadamente marginadas.

El uso adecuado de la medicación, el diagnóstico según clasificaciones diagnósticas convencionalmente aceptadas, el derecho al consentimiento informado, la revisión de las hospitalizaciones involuntarias, el procedimiento para presentar quejas, la supervisión y el resarcimiento, las condiciones de las personas con discapacidad intelectual y condiciones de las personas que han tenido problemas legales. (4)

Paciente en el momento del ingreso, pudiendo darse dos situaciones:

Ingreso con carácter Voluntario: donde el paciente expresará la aceptación de este y su compromiso con el tratamiento bajo el consentimiento informado. En caso de situación de descompensación médica y/o psicopatológica que pueda suponer un riesgo para sí mismo u otros, el equipo llevará a cabo las medidas terapéuticas que considere oportunas.

-Ingreso con carácter Involuntario: en aquellos casos en los que el paciente no muestre la conformidad con el ingreso y/o el interesado no se encuentre en condiciones óptimas para poder tomar esta decisión, informando al paciente y familia a tal efecto, y entregando el documento que acredita la recepción de la información.

Al ingreso se procederá a una inspección personal de ropas y pertenencias, haciéndose un inventario por escrito de todas las pertenencias del paciente que éste deberá revisar y firmar. El acceso a las habitaciones durante el día puede estar restringido en algunos casos. No se permite la entrada en habitaciones ajenas sin autorización expresa del personal. No está permitido el acceso a otras áreas de hospitalización. Se ruega a los visitantes el respeto de este horario, pudiendo haber excepciones al horario, pero con el permiso expreso del Equipo. Toda persona que acuda a visitar a un paciente o a traerle alguna cosa, debe identificarse en recepción a la entrada.

La colaboración entre familiares, pacientes y los profesionales es extremadamente importante para el proceso de recuperación y rehabilitación. Además de entrevistas individuales se realiza grupo de familias. De igual manera se espera la colaboración de los familiares y/o tutores para asuntos relativos a la gestión clínica del caso asumiendo el acompañamiento al exterior para gestiones administrativas o sanitarias, como puedan ser citas médicas programadas y/o urgentes (10)

Urgencia psiquiátrica

Se define la urgencia psiquiátrica como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es en tal grado disruptivo, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata. Pueden presentarse en condiciones que:

- a) Son manifestaciones de una alteración psicológica aguda (ansiedad, pánico, depresión, trastornos de adaptación).
- b) Implican riesgo de daño personal o interpersonal (agresión suicidio, homicidio).
- c) Evidencian un comportamiento profundamente desorganizado (psicosis, delirio).

Las urgencias psiquiátricas que requieren ingreso pueden ser motivadas por la necesidad inicial de parar una situación de riesgo tanto para el paciente como para los que le rodean.

Elementos de la urgencia psiquiátrica

Cuidados y tipos de intervención en las urgencias psiquiátricas

Hay, esquemáticamente, cuatro tipos de intervención en el abordaje y tratamiento de urgencias psiquiátricas:

- a) Intervención verbal: la comunicación es primordial. Con las transacciones explícitas, la ganancia siempre es alta y los riesgos

menores. La comunicación debe ser directa, comprensiva, persuasiva y firme.

- b) Intervención farmacológica: referida al empleo adecuado, seguro y juicioso de los psicofármacos que, en la actualidad, constituyen recurso de privilegio técnico en el tratamiento. Así, es indispensable el conocimiento cabal de la psicofarmacología.
- c) Intervención física: implica restricción por la fuerza humana o contención mecánica. Será necesaria en algunos casos para proteger al paciente mismo o a los demás.
- d) El médico comandará con seguridad las acciones evitando involucrarse personalmente en actos de fuerza; la experiencia demuestra que cuando los pacientes se restablecen suelen agradecer el haberseles cuidado.
- e) Solicitud de ayuda: que deberá ser hecha sin demora, cuando la situación lo requiera, al especialista o a las entidades que en casos singulares deben intervenir.

Evaluación de la urgencia psiquiátrica

La aproximación al paciente en urgencia psiquiátrica es en principio, similar a la de cualquier urgencia médica.

En el curso de la intervención la entrevista tomará la dirección que la información y los hallazgos le indiquen para establecer el diagnóstico.

- Historia familiar.
- Historia personal.

2. Examen mental

- Debe realizarse de forma tan completa como sea posible.

3. Examen físico

- En los casos difíciles, debe ser realizado con la inmediatez que la situación de urgencia demande.

4. Solicitud de exámenes auxiliares pertinentes

5. Disposiciones y tratamiento

- De acuerdo a las disquisiciones clínicas y al diagnóstico presuntivo.

El Suicidio

El suicidio es la muerte autoinflingida intencionalmente. Edwin Schneidman lo definió como "el acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como una mejor solución a sus problemas". El suicidio tiene como sentido salir de un problema o una crisis que invariablemente está causando intensos sufrimientos; éste se asocia a frustraciones o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, una disminución de las alternativas, y una necesidad de escapar.

Factores asociados.

Salud mental: casi el 95% de los pacientes que se suicidan o intentan suicidarse tienen un trastorno mental diagnosticado. Los trastornos depresivos forman el 80% de este perfil, la esquizofrenia el 10% y la demencia o el delirio el 5%; entre las personas afectadas mentalmente el 25% también son dependientes del alcohol y tienen ambos diagnósticos.

Valoración e intervención del paciente suicida.

La valoración del riesgo de suicidio es una de las tareas más relevantes y difíciles de la psiquiatría de urgencias, en parte por los sentimientos que estos pacientes suelen suscitar en el profesional, que puede llegar a sentirse abrumado por la posibilidad de cometer una valoración errónea del paciente, con las graves consecuencias que esto puede acarrear.

En la entrevista con el paciente, que siempre debe realizarse a solas con él, es conveniente abordar el tema del suicidio con lentitud y de forma empática, de tal manera que se evite que el paciente perciba hostilidad o culpabilización, para conseguir aumentar su confianza y mejorar el contacto. Así pues, no se deben realizar preguntas directas hasta que no se haya entablado ya una buena relación con el paciente. El hecho de interrogar al paciente de forma directa sobre el suicidio, no le induce a hacerlo, es decir, no se debe eludir el tema del suicidio por temor a darle la idea al paciente, más bien al contrario, el paciente con riesgo suicida generalmente se siente aliviado cuando se le pregunta por ello, e incluso

en ocasiones mejor comprendido. No hay que olvidar que la entrevista en sí, ya constituye una primera intervención terapéutica. Como norma general, nunca hay que banalizar ningún intento de suicidio, por manipulador que parezca, y así hay que crear el mismo clima de confianza empática que con cualquier otro paciente, pues en caso contrario, el paciente, tras la entrevista, puede acabar teniendo una visión negativa de sí mismo, que le predisponga a realizar un acto suicida de mayor gravedad.

No es infrecuente que el paciente suicida contacte telefónicamente con los servicios de urgencias, bien sea para comunicar sus intenciones aún de manera ambivalente y rechazando con hostilidad las posibles alternativas que se le ofrezcan o bien para pedir ayuda de una manera explícita. En algunas ocasiones, el paciente ha ingerido ya alguna sustancia con fines suicidas, en cuyo caso, el facultativo debe interrogar al paciente sobre el tipo de sustancia ingerida, y asesorarle sobre qué medidas adoptar. Excepto en casos de sustancias cáusticas, debe estimularse al paciente para que se provoque el vómito y acuda inmediatamente a un centro hospitalario, aunque nunca conduciendo ellos mismos, por lo que puede ser útil recabar ayuda de la policía o una ambulancia para trasladar al enfermo.

Además, la valoración del paciente suicida en general, como en casi todos los pacientes psiquiátricos, debe incluir también un examen físico completo, máximo si se tiene en cuenta el hecho que el 92,5% de los

intentos de suicidio se produce por ingestión de fármacos, especialmente ansiolíticos y analgésicos. El estudio físico que se efectúe dependerá del equipamiento con que se cuente en la unidad de urgencias en la que se realiza la práctica clínica. En todo caso, siempre que se sospeche un alto riesgo de suicidio, no debe descartarse totalmente que éste no se haya cometido por autoingestión medicamentosa, por lo que conviene controlar constantes. Por otra parte, existen un grupo importante de variables asociadas con las personas que cometen intentos de suicidio; pero estas variables también aparecen con cierta frecuencia en personas que no cometen intento alguno.

Dependiendo del riesgo suicida que el médico detecte y teniendo en cuenta los controles externos de los que dispone el paciente, se decidirá el tratamiento más adecuado para cada paciente, lo que oscila entre:

Enviar al paciente a su domicilio y recomendar tratamiento psiquiátrico ambulatorio, que ha de realizarse antes de 72 horas. Así, la intervención tiene como propósito ayudar al individuo a afrontar la situación que le llevó a realizar el intento de suicidio, desde los servicios ambulatorios, que, a su vez, cuentan con la ayuda que proporcionan los familiares del paciente, o incluso, los grupos de autoayuda. Por otra parte, también puede ser necesario prestar ayuda psicoterapéutica a los familiares del paciente que realizó el intento de suicidio. No hay que olvidar que, en todos los casos en los que el paciente es enviado a su domicilio, debe hacerse bajo estrecha supervisión familiar, de tal manera que, en los

casos en los que el paciente no cuente con un adecuado soporte familiar hay que realizar siempre su ingreso hospitalario. Igualmente no conviene prescribir psicofármacos si estos no son controlados por los acompañantes.

Ingreso en un hospital general, en el Servicio que sea necesario para remontar la situación física del paciente que ha cometido un acto suicida, garantizando la asistencia psiquiátrica simultánea. Siempre que se sospeche que ha habido un intento de suicidio el paciente deberá estar al menos 24 horas en una Unidad de Observación Médica, incluso aunque el paciente no refiera ingesta farmacológica alguna. Este tiempo deberá ampliarse a tres días cuando se sospeche la ingesta de raticidas o similares, ya que su acción tiene lugar incluso a las 72 horas.

Ingreso en una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, bien sea de forma voluntaria, o involuntaria, con una autorización judicial de ingreso.

Si se estima necesario prescribir algún tratamiento farmacológico, los neurolépticos sedantes, y en particular la levomepromacina a dosis que oscilan entre los 100 y los 300 mg/día, son los fármacos de elección. En los casos en los que el paciente considera la hospitalización psiquiátrica como una experiencia degradante, humillante o estigmatizante, si esta se lleva a cabo, puede acabar por convertirse en un factor más causante de depresión, por lo que, quizá pudiera ser más eficaz el tratamiento del paciente en régimen ambulatorio muy supervisado. No obstante, esta

opción deberá ser acordada con la familia quien en ese caso se responsabilizará del paciente, ya que de otro modo es más apropiado el ingreso. Por otra parte, es también discutida la hospitalización en algunos pacientes que realizan gestos suicidas con finalidad manipulativa, ya que en estos casos la hospitalización puede favorecer las relaciones de dependencia. García Campayo y Sanz consideran que no está indicada, y a nuestro entender, esta postura es arriesgada, ya que es difícil determinar el grado de manipulación del paciente y aunque éste realmente haga el intento con carácter manipulativo, puede volver a realizar otro intento; pero en esta ocasión con mayor gravedad, con lo que ello pudiese suponer.

Si se considera necesario prescribir algún tratamiento psicofarmacológico como tratamiento de la psicopatología de base que el paciente presente, hay que ser extremadamente cauto en la elección del psicofármaco, ya que en un elevado porcentaje de casos, el paciente puede elegir la autointoxicación medicamentosa con los fármacos que se le han prescrito, para acabar con su vida. En este sentido, los antidepresivos tricíclicos clásicos tienen una toxicidad potencialmente letal, mientras que los más modernos inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina (I.S.R.S.) son mucho más inocuos en sobredosis. Por este motivo es conveniente cuando se administre un antidepresivo tricíclico, por considerar que la intensidad de la depresión así lo requiere, establecer un

sistema de control para que el número de pastillas que pueda tener a su disposición el paciente sea reducido.

Por otra parte, y tras el ingreso, es conveniente tener en cuenta una serie de medidas de seguridad: recogida de la ropa del paciente; comprobar los útiles y objetos de que dispone y que éstos no puedan ser empleados para realizar un acto de suicidio; ubicar al paciente en una habitación cercana a la zona de enfermeras, con bloqueo de las ventanas para que no puedan ser abiertas y con control de la salida del paciente de la habitación (en algunos casos incluso cerrando la sala); controlar la conducta del paciente mediante observación y realizar periódicamente chequeos de los útiles y objetos de que dispone. Todos estos aspectos, así como el inicio de tratamiento, deberán ser tenidos muy en cuenta, ya que aparte de la importancia clínica de este problema, el profesional puede ser demandado por imprudencia temeraria, al no haberse previsto la posibilidad de un suicidio cuando había indicios objetivos del mismo.

Agitación psicomotriz.

Se define como la sobreactividad motora y cognitiva excesiva, habitualmente no productiva y como respuesta a tensión interior.

La actividad motora es la actitud, el reposo y el movimiento del individuo actuante. El ser humano se expresa (estado de ánimo, conciencia acerca de si mismo...) y nos da información objetiva (estado de conciencia,

orientación...) a través de la mímica, los gestos, la actitud y los movimientos aislados o combinados.

El síndrome de agitación psicomotriz no constituye en sí mismo una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos, (consumo de tóxicos, ideas delirantes "el paciente piensa que le van a hacer daño o tiene miedo y su respuesta es un cuadro de agitación que rara vez cede con razonamientos, la confusión mental de origen neurológico puede provocar un cuadro de agitación, etc"). Varios estudios han demostrado, que aproximadamente el 10% de los individuos que llegan a los hospitales psiquiátricos han mostrado conductas violentas hacia otros individuos antes de su ingreso.

Este tipo de urgencia nos llega con un gran aparataje (ambulancia, policía, familiares, órdenes judiciales, etc.)

En la aparición de una conducta de violencia o agitación, en general se imbrican gran variedad de factores, tanto innatos como exógenos o ambientales, que interactúan entre sí y que deben ser identificados por el clínico en la evaluación del paciente, entre otras razones porque pueden tener implicaciones terapéuticas. Será relevante discriminar si el origen del cuadro de agitación es de tipo psíquico o físico. Este aspecto es muy importante dada la dificultad en la valoración del paciente, por su falta de colaboración, y la relación que esta conducta puede tener con problemas

somáticos graves. Por tanto, y en cuanto sea posible, se deberá realizar una historia clínica completa y la exploración somática del paciente.

Evaluación del paciente con agitación psicomotriz

Hay que tener en cuenta una serie de normas generales que deben ser aplicadas al evaluar a estos pacientes:

Ante la llegada de un paciente agitado debemos efectuar una serie de medidas encaminadas a evitar lesiones en el paciente hasta que esté sedado, por lo que le proporcionaremos una habitación tranquila y separada de los demás pacientes ya que la sobrestimulación externa puede incrementar la agitación de éste, pero donde el paciente note nuestra presencia. El personal de Enfermería establecerá las medidas oportunas como pueden ser:

- Informar al paciente de las medidas que vamos a tomar y explicarle que es para evitar riesgos de lesiones.
- Retirar objetos punzantes, gafas, prótesis, cinturones, u objetos de la habitación que sean innecesarios.
- Aplicar sujeción mecánica si es preciso siempre de ambas manos y pies no dejando extremidades libres hasta su sedación. La sujeción mecánica debe ser consultada previamente al médico y debe efectuarse con material adecuado para tal fin y si no es así con el uso de vendas siempre reforzadas con materiales suaves como el algodón para evitar quemaduras por abrasión al forcejear. Las sujeciones han

de ser firmes permitiendo un mínimo movimiento y sobre todo controlando que no aparezcan signos de cianosis o dolor distal en manos y pies. No dejar restos de vendas o cualquier otra cosa como tijeras, algodón en la habitación tras hacer uso de ellos.

- La sujeción del paciente no garantiza su seguridad si no la atención y el cuidado de enfermería por lo que tener un control permanente del paciente durante su cuadro de agitación es esencial así como el detectar signos o síntomas que puedan surgir (convulsiones, cianosis, fiebres altas, contenidos delirantes, dolor, etc.).
- Importante registrar y comunicar la información obtenida de la observación del paciente al médico, sobre todo cuando se observan cambios de su comportamiento o los signos antes descritos.
- Aplicación del tratamiento prescrito (normalmente vía IM o IV) cuanto antes para lograr su sedación.
- Restringir los estímulos (ruidos, luz, temperatura agradable).
- Recoger las pertenencias y objetos personales del paciente dándolos a la familia o ponerlos a buen recaudo. Es un buen momento para tranquilizar a los familiares "han hecho lo que debían", "el paciente está más tranquilo y seguro" etc., informando del horario de visitas y consultas así de que cosas pueden o no traerle al paciente.

Mucha de la información sobre antecedentes e inicio del cuadro clínico, se deberá obtener de los familiares y acompañantes, ya que la colaboración del paciente habitualmente es escasa. Además, es conveniente que antes

paciente y se debe buscar todo tipo de alianza que asegure al paciente, especialmente en aquellos que presenten perplejidad o muestren sintomatología paranoide.

Es frecuente que los acompañantes, y en ocasiones también el personal sanitario, esperen que el psiquiatra sea capaz de hacer, él solo y de una forma casi mágica, frente a la situación. A pesar de ello, éste no debe nunca sobrevalorar su poder.

En cuanto al diagnóstico diferencial del paciente, debe hacerse de manera instantánea, ya que hay que decidir cómo proceder, si empleando sólo medios físicos de contención hasta que ceda al episodio, utilizando una psicoterapia explicativa y de apoyo, o empleando medicación específica.

Estupor.

El estupor se trata de un conjunto de síntomas, cuyo principal elemento es una reducción o ausencia de las funciones de relación (habla y motilidad). Produce impresión de distanciamiento y pueden estar involucradas tanto la actividad espontánea como la reactiva.

Los signos clínicos, además de la disminución o supresión de las actitudes motoras espontáneas o reactivas, pueden incluir mutismo, trastornos vegetativos, respuestas extrañas al frío y al calor, trastornos de la micción, defecación y alimentación, catalepsia, negativismo, estereotipias y ecofenómenos.

Los síntomas (signos subjetivos) requieren en general ser evaluados de modo retrospectivo debido al estado de incomunicación en que se encuentran los pacientes estuporosos. Se pueden encontrar fluctuaciones del nivel de conciencia, alucinaciones, delirios, experiencias fantásticas, sensaciones de éxtasis o de terror, despersonalización, y desintegración de los límites del yo.

El estupor en neurología se mantiene en cierta forma fiel a las primitivas descripciones de los griegos, es decir, definido sencillamente por la falta de respuestas verbales y motoras a estímulos.

El estupor en psiquiatría recibe una consideración más amplia y compleja y se puede presentar en estados catatónicos (ya sean esquizofrénicos u orgánicos), en trastornos afectivos, en diversos cuadros de inhibición y en la histeria. Es importante resaltar que el estupor no es un sinónimo de catalepsia ni de catatonía, términos que se han confundido con frecuencia probablemente por la falta de palabras adecuadas para definir las actividades psicomotoras de relación.

El diagnóstico diferencial entre los estupores neurológicos y psiquiátricos se suele establecer de acuerdo a que, en los últimos, el EEG suele estar poco alterado, carecer de otros síntomas neurológicos y presentar nistagmo en la estimulación oculovestibular.

Los cuadros de estupor se clasifican en:

Estupor depresivo: Es la expresión extrema de inhibición conductual y emocional. Hay antecedentes de pérdida progresiva de intereses y conductas activas de la persona. La fascie es de profunda tristeza o de desesperación, con postura fija, actitud de abatimiento y apariencia dolorosa, sin respuesta a preguntas ni estímulos.

Estupor disociativo: Es de inicio brusco con relación a algún conflicto emocional, antecedentes de rasgos o un trastorno borderline o histriónico de la personalidad. En general son cuadros que duran poco y ceden en horas o días. La fascie es de perplejidad y muy lejana, asociada a hipotonía, pero con resistencia suave a los cambios de posición, sin embargo, pueden haber cambios repentinos e insólitos de postura. Se relaciona con amnesia parcial o total del episodio y no es de regla la hospitalización, ya que muchas veces con la sola conversación con el paciente durante la entrevista disminuyen los síntomas. Se deben usar benzodiazepinas (como diazepam ev) y derivar a un control con el especialista en aquellos casos de manejo ambulatorio.

Estupor catatónico: Se ve en la esquizofrenia con un paulatino retiro o aislamiento, mutismo, adopción de posturas fijas antieconómicas, puede haber negativismo pasivo, activo e interno, sonrisas inmotivadas, conductas en eco y obediencia automática (entre otros hallazgos).

Siempre se debe hospitalizar en forma perentoria, con cuidados de enfermería en relación con la alimentación e hidratación, principalmente.

Estupor orgánico: Existen antecedentes de etiología orgánica (o la sospecha). Cursa con alteración de conciencia, no es tan incomprensible como en la esquizofrenia, no hay posturas antieconómicas y el paciente tiene tendencia a mantener los ojos cerrados o con una mirada boba, apagada o embriagada. Al moverlo el paciente puede caer y arrastrarse, o se defiende activamente e incluso en forma desmesurada pudiendo golpear a la persona.

Todos los tipos de estupor (salvo en algunos casos disociativos) tienen indicación de hospitalización debido al riesgo suicida y el riesgo vital por la falta de alimentación o el negativismo interno manifestado como retención de deposiciones, de orina o la negativa a recibir hidratación (11)

2.3 Definición de Términos

- **Salud Mental:** La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la adultez.

- **Intervención:** Conjunto de acciones basadas en la necesidad de lograr el funcionamiento de la unidad de hospitalización breve en el servicio de medicina
- **Implementación:** Ejecución del plan de funcionamiento de la Unidad de Hospitalización breve de paciente psiquiátrico en el Servicio de Medicina
- **Unidad de Hospitalización Breve en Psiquiatría:** Atiende a los pacientes psiquiátricos en situación aguda o de crisis que no puedan ser tratados adecuadamente en la comunidad. El ingreso se realiza por derivación desde los servicios de urgencias hospitalarios o desde los Centros de Salud Mental, pudiendo tener carácter voluntario o involuntario, precisándose en este último caso, autorización judicial.

La Unidad de hospitalización breve se orienta al tratamiento y cuidado intensivo de las personas adultas con patología psiquiátrica en régimen de atención continuada 24 horas al día, con dotación de equipos multiprofesionales y con un tiempo de estancia media breve.

Durante el ingreso se cubren aspectos diagnósticos (evaluación clínica psiquiátrica, psicológica y social) y terapéuticos (biológico, psicofarmacológico, psicoterapéutico, etc.), así como la atención a la salud general.

- **Psiquiatría:** (del griego psique, alma, e iatría, curación) es la especialidad médica dedicada al estudio de los trastornos mentales con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales y asegurar la autonomía y la adaptación del individuo a las condiciones de su existencia

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se realiza la recolección de datos:

Oficina de estadística y registros del Servicio de Medicina: Para incidencia de patología en salud mental, tantas atenciones en consulta externa, hospitalización y emergencia:

Convenio del Hospital Guillermo Díaz de la Vega con Instituto Nacional de Salud Mental " Honorio Delgado – Hideyo Noguchi y Actas del Comité de salud Mental: Para las acciones de intervención e implementación de la unidad de hospitalización breve

Procesamiento de datos: estadística descriptiva

Para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Departamento de Medicina y la Dirección del Hospital

3.2 Experiencia Profesional

Recuento de la Experiencia Profesional

Hospital Guillermo Díaz de la Vega hace 18 años como médico asistente en el Servicio de Medicina

Jefe del Servicio de Medicina desde hace 5 años

Descripción del Área Laboral

Organización: Orgánicamente está constituido por Departamento de Medicina y Especialidades que se subdivide en: Servicio de Medicina y Especialidades, con función asistencial y académica de docencia.

Recursos Humanos: Medicina Interna: cuenta con 5 médicos

Especialidades: Gastroenterología, Endocrinología, Cardiología, Neumología, Psiquiatría, Neurología, Dermatología, Nefrología, Medicina Física y de Rehabilitación

Licenciadas en Enfermería: 08 Licenciadas en Enfermería

Técnicos en enfermería: 08 Técnicos en Enfermería

Infraestructura. El servicio cuenta con 10 habitaciones distribuidas en medicina varones, medicina mujeres, transmisibles, cuidados intermedios.

Total 36 camas funcionales

Con dos unidades de hospitalización breve debidamente acondicionada

Prestaciones. Brinda servicio asistencial en la atención de patologías de adultos y adultos mayores de las diferentes especialidades médicas que ameritan ingreso al servicio

En las unidades de hospitalización breve se aborda la descompensación de los problemas de salud mental en forma multidisciplinaria

En Docencia cuenta con Residentes de Medicina Interna, Medicina de Familia acoge las rotaciones de residentes de Medicina en Cuidados Intensivos, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia

- emergencia y el servicio de medicina por negativa de referencia a centro de salud mental de otra región
- c. Participación en las reuniones de evaluación del comité de salud mental ampliado y la presencia de representantes del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” para la aprobación del funcionamiento de la unidad de hospitalización breve, proponiendo los posibles ambientes del servicio de medicina
 - d. Proyecto de inversión pública (código de SNIP N° 118152) equipamiento de unidad de hospitalización breve
 - e. Ejecución ordenada de las actividades a través de la administración o gestión de recursos, por presupuesto participativo por resultados (PPR) para cumplir con el funcionamiento de la unidad
 - f. Monitoreo, supervisión y control de las actividades y sus resultados de la unidad de hospitalización

Caso/s relevante/s

El Hospital Guillermo Díaz de la Vega cuenta con médico Psiquiatra no permanente desde el año 2007 con atenciones por días determinados en consulta externa por laborar en EsSalud que no cubre la demanda de atención y tener demanda insatisfecha

El año 2008 con la creación del Instituto de Salud Mental Nacional brinda apoyo para atención Psiquiatría en áreas de extrema pobreza se hace llegar perfil de demanda insatisfecha en la Región Apurímac por

tener alta prevalencia por ser zona de conflicto social que se vislumbró el daño psicológico dejado a raíz del informe del Comité de la Verdad y La Reconciliación y la alta carga de demanda no satisfecha por los organismos encargados de brindar este apoyo y por los escasos recursos capacitados que se contaba

El año 2010 en convenio con el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi se inicia las PASANTIAS a personal Médico, Enfermeras, Técnicos de Enfermería, Psicólogos, Personal de Seguridad, Asistente Social para la adquisición de competencias para el abordaje de paciente con patología psiquiátrica que se continua por los años 2011, 2012 y 2013 al cual asisten los servicios de Medicina (consulta externa, hospitalización, emergencia) y Emergencia

Las PASANTIAS se realizan con cumplimientos de objetivos y evaluables con ROL y control de asistencia en el Instituto Nacional de Salud Mental que garantice la insumisión de competencias para el manejo de pacientes, durante los años 2010, 2011 y 2012

En el Hospital Guillermo Díaz de la Vega a partir de esos años el personal que adquirió la competencias realiza atención de paciente con patología psiquiátrica al inicio los casos difíciles o dudosos se pueden consultar en línea directa y permanente a la emergencia del Instituto

Se implementa el consultorio de atención en Salud Mental con personal médico del servicio de Medicina que atiende la demanda en consulta externa, emergencia y hospitalización

El profesional Psiquiatra cumple su rol y si se requiere su presencia fuera de su rol no acude por la emergencia

Falta de personal de Enfermería y Técnicos de enfermería en hospitalización por necesidad de mayor cantidad de personal para la atención de la unidad de hospitalización rápida, dado que es el mismo personal que atiende toda la demanda del servicio y las otras especialidades

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

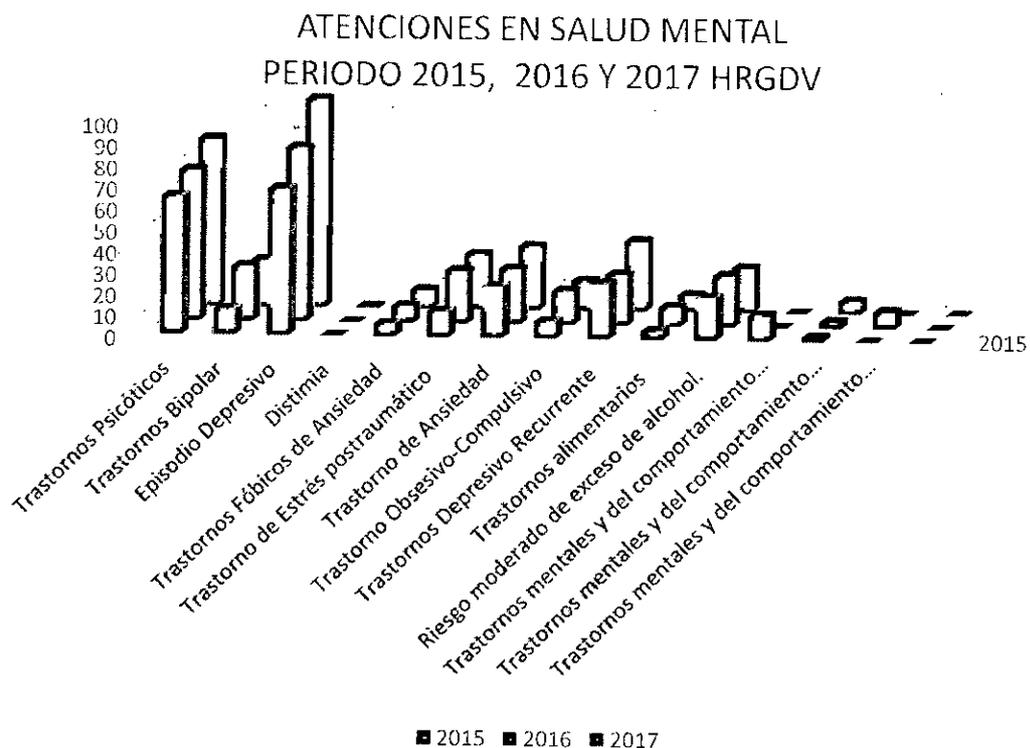
ATENCIONES EN SALUD MENTAL EN CONSULTA EXTERNO
HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DEL 2015 AL 2017

	2015	2016	2017
Trastornos Psicóticos	65	71	79
Trastornos Bipolar	12	26	22
Episodio Depresivo	69	82	98
Distimia	1	2	1
Trastornos Fóbicos de Ansiedad	6	8	9
Trastorno de Estrés postraumático	12	25	26
Trastorno de Ansiedad	24	26	30
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	8	16	14
Trastornos Depresivo Recurrente	26	24	33
Trastornos alimentarios	4	9	8
Riesgo moderado de exceso de alcohol.	20	24	21

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos no especificado.	12	22	28
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína. no especificado.	2	3	6
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	4	8	6
Otros Trastornos mentales y del comportamiento	122	66	117
TOTAL	387	412	498

Fuente: Oficina de estadística del Hospital Guillermo Díaz de la Vega

GRÁFICO 4.1



Interpretación: Del cuadro de atenciones en salud mental en consulta externa se deduce que predominan los trastornos depresivos que para el año 2015 es 35 %, el 2016 es 40 % y el 2017 es 39 %

Los trastornos psicóticos representan en los años d estudio el 16 %

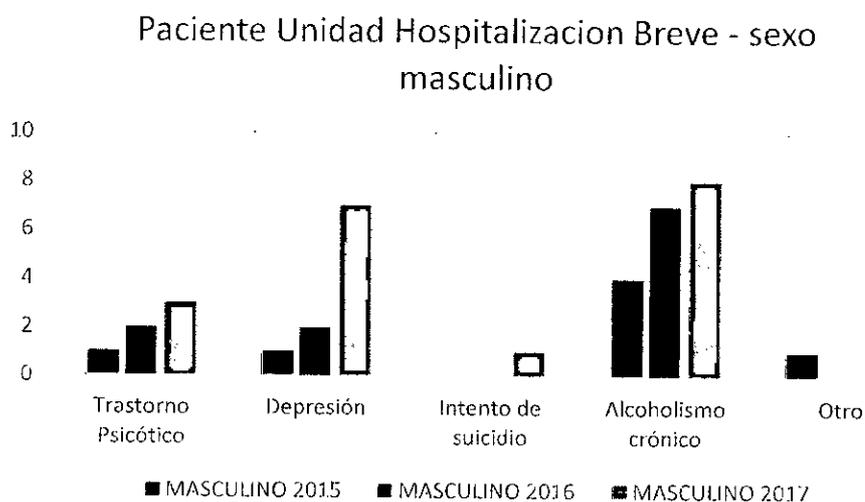
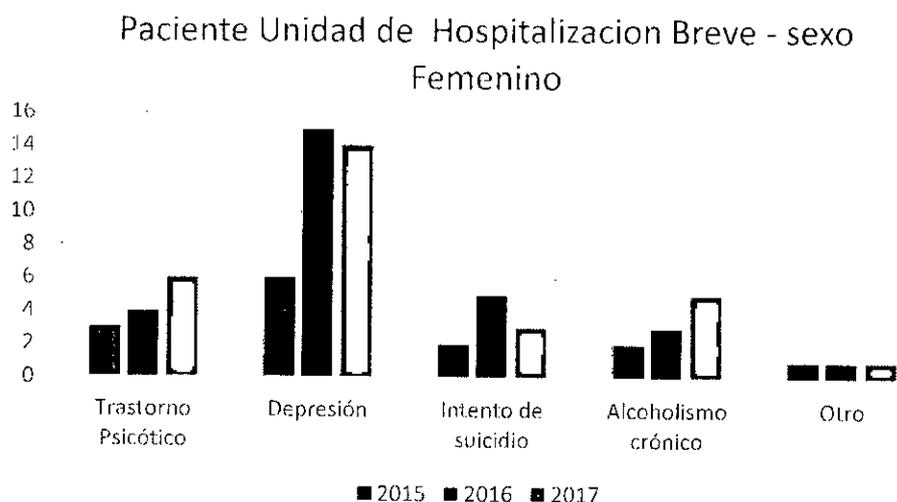
En cambio el alcoholismo y las adicciones representan para el año 2015 es 10 %, el año 2016 es 14 % y el año 2017 es 12 %

CUADRO 4.2
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN BREVE EN EL SERVICIO DE MEDICINA SEGÚN
PATOLOGÍA Y SEXO 2015 - 2017

PACIENTES						
	2015	2016	2017	Total	2015	2016
Trastorno Psicótico	3	1	4	2	6	3
Depresión	6	1	15	2	14	7
Intento de suicidio	2	0	5	0	3	1
Alcoholismo crónico	2	4	3	7	5	8
Otro	1	1	1	0	1	0
Total	14	7	28	11	29	19

Fuente: Registro de hospitalización del Servicio de Medicina y oficina de estadística del hospital Guillermo Díaz de la Vega

GRÁFICO 4.2



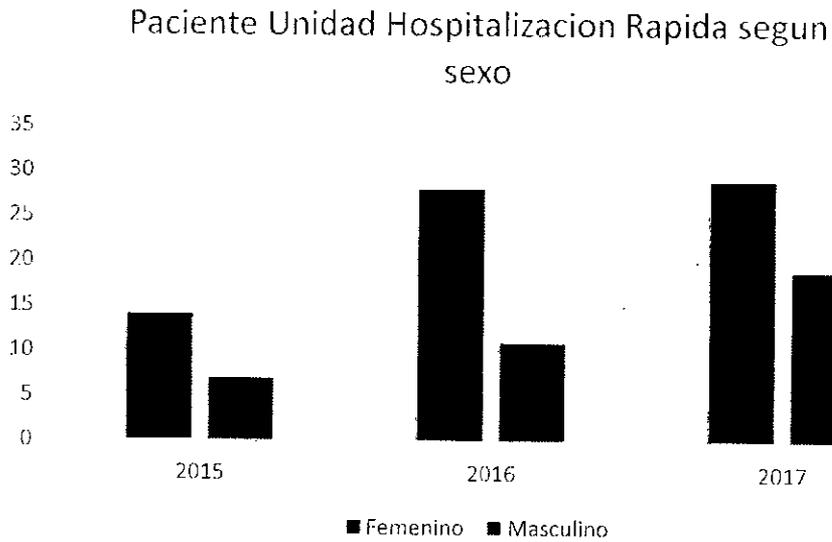
Interpretación: Del cuadro de hospitalizaciones en la unidad de hospitalización breve se deduce que es la depresión que genera mayor cantidad de ingresos con 33 % el año 2015, 43 % el año 2016 y 19 % el año 2017; el alcoholismo para el año 2015 28 %, el 2016 26 % y el 2017 19 %, en cambio el intento de suicidio es para el año 2015 de 9 %, el año 2016 es 17 % y el año 2017 es 8 %. En el sexo masculino predomina el alcoholismo, seguido de la depresión y el trastorno psicótico, en el sexo femenino predomina la depresión y el intento de suicidio

CUADRO 4.3
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN BREVE EN EL SERVICIO DE MEDICINA SEGÚN
SEXO Y AÑO 2015 - 2017

	Mujeres	Hombres	Indeterminado	Total	Porcentaje
2015	14	67	7	33	21
2016	28	72	11	28	39
2017	29	60	19	40	48
Total	71	66	37	34	108

Fuente: Oficina de estadística del hospital Guillermo Díaz de la Vega

GRÁFICO 4.3



Interpretación: Del cuadro se infiere que la unidad de hospitalización rápida de paciente psiquiátrico en el servicio de medicina predomina el sexo femenino, para el año 2015 con 67 %, para el año 2016 con 72 % y para el año 2017 con 60 %

CUADRO 4.4

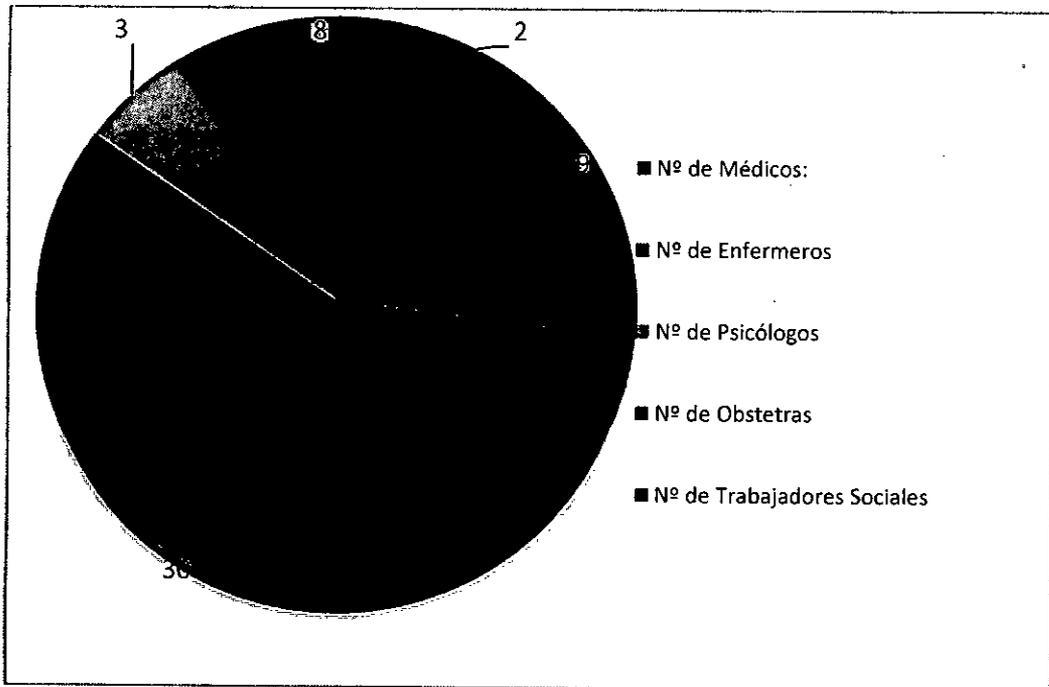
PERSONAL DE SALUD CAPACITADO EN INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI"

CAPACITADOS POR NOGUCHI

PROFESIONES	TOTAL
Nº de Médicos:	9
Nº de Enfermeros	30
Nº de Psicólogos	3
Nº de Obstetras	8
Nº de Trabajadores Sociales	2
TOTAL	52

Fuente: Unidad de docencia e investigación Hospital Guillermo Díaz de la Vega

GRÁFICO 4.4



Interpretación: Del cuadro se infiere que 60 % de médicos y el 80 de enfermeras del servicio de medicina logro entrenamiento en el instituto nacional de salud mental

V. CONCLUSIONES

- a) En las atenciones en consulta externa en salud mental predominan los trastornos depresivos para el año 2015 al 2017 que representa más del tercio de las atenciones seguido de trastornos psicóticos y alcoholismo y las adicciones representan un decimo
- b) La unidad de hospitalización breve registra como mayor causa a la depresión en loa año 2015 al 2017 seguido por el alcoholismo y intento de suicidio representa la décima parte de los ingresos , en el sexo masculino predomina el alcoholismo, seguido de la depresión y el trastorno psicótico, en el sexo femenino predomina la depresión y el intento de suicidio
- c) En la unidad de hospitalización rápida predomina la hospitalización de pacientes del sexo femenino con casi el 70 % en los 2015 al 2017
- d) La mayor cantidad de trabajador asistencial del servicio de medicina logro entrenamiento en el instituto nacional de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi
- e) La unidad de hospitalización breve disminuyo la necesidad de referencia a centros de salud mental de otras regiones y afianzo el manejo practicó de estas patologías con un equipo multidisciplinario

VI. RECOMENDACIONES

- a) Al servicio: mantener la unidad de hospitalización breve del paciente psiquiátrico pese a la sobrecarga de trabajo del personal asistencial y del equipo multidisciplinario
- b) A nivel Regional: La necesidad de la creación del Centro de Salud Mental con infraestructura, equipamiento y personal de salud que demande su funcionamiento
- c) A nivel de la Dirección del Hospital: El mantenimiento en funcionalidad de las dos unidades de hospitalización rápida que resuelven casos de descompensaciones agudas de los pacientes
- d) A nivel de recursos humanos: el incremento de personal de salud para el adecuado funcionamiento de la unidad con la incorporación de psiquiatra, enfermeros, personal técnico y de psicólogos
- e) Capacitación: Actualización de las guías de manejo clínico y capacitaciones en servicio en otras sedes

VII. REFERENCIALES

1. Toro J. fundamentos de medicina psiquiatrica. quinta reimpression ed. Bogota - Colombia: CIB; 2010.
2. ejecutivo omdlsc. proyecto de plan de accionm integral sobre salud mental. Ginebra - Suiza: organizacion mundial de la salud; 2013 - 2020.
3. Sotelo EA. indicadores del cambio en salud mental comunitaria de una afectada por conflicto armado interno en apurimac. tesis para optar el grado de magister en psicologia comunitaria. Lima: universidad catolica del peru, Lima; 2016.
4. Rodriguez EG. Reflexiones sobre trabajo cotidiano en la unidad de hospitalizacion breve. Madrid - España: Asociacion Madrileña de salud mental, Madrid - España ; 2016.
5. Navarro TP. Perfil del paciente ingresado en una unidad de hospitalizacion breve de psiquiatria. Madrid: Hospital La Paz, Madrid - España; 2015.
6. Osorio JP. Duracion de dias de hospitalizacion psiquiatrica en pacientes con diagnosticos GES con y sin comorbilidad. Revista Chilena Neuro Psiquiatria. 2016 enero; 1(54).
7. Barra Fdl. Hospitalizacion en niños y adolescentes revision de literatura. Revista Chilena de Neuro Psiquiatria. 205 setiembre; 47(228 - 237).
8. Garcia RA. Eficiencia de los test de laboratorio en una unidad de hospitalizacion de psiquiatria. Tesis Doctoral. Madrid - España:

Universidad Autonoma de Madrid, Madrid - España; 2016.

9. Cantabria DdPUdId. Alternativas comunitarias a la hospitalizacion de agudos graves para pacientes psiquiatricos graves. Actas especialidad psiquiatria. 2012 junio;(40).
10. salud SMd. informacion medica. Madrid - España;, Madrid - España; 2017.
11. Bravo MJB. medical society. [Online].; 2017 [cited 2018 agosto 30.

ANEXOS



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY



Resolución Directoral

"Año del Centenario de Machu Picchu para el Mundo"
"Año del Centenario del Nacimiento de José María Arguedas Altamirano"



Abancay, 23 de setiembre del 2011.

especializados para mejorar la atención y/o prestación de salud de la comunidad beneficiaria;



Que, el artículo 32º de la Resolución Ministerial Nº 132-92-SA-P, concordante con el artículo 113º del Decreto Supremo Nº 005-90-PCM, dispone que la licencia por Capacitación Oficializada remunerada, en el país o en el extranjero, se otorga hasta por dos años al servidor de carrera (así como a los servidores con contrato a plazo fijo), siempre y cuando cumplan las siguientes condiciones a) Contar con el auspicio o propuesta de la entidad; b) Estar referida al campo de acción institucional y especialidad del servidor; y c) Compromiso de servir a su entidad por el doble de tiempo de licencia contando a partir de su incorporación, por lo que dada dichas condiciones es procedente disponer lo solicitado mediante Acto Resolutivo;



Que, por los considerandos expuestos, estando al visto bueno de la Dirección de Asesoría Legal, Dirección de Administración, Dirección de Planeamiento Estratégico, y Unidad de Personal del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; y en mérito a las atribuciones y facultades conferidas por la Ley Nº 27444, y lo previsto en la Resolución Directoral Nº 009-2011-DG-DEGDRH-DIRESA.



SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- CONCEDER, Licencia por Capacitación Oficializada, consistente en Pasantía en el Instituto Nacional de Salud Mental Hideoy Noguchi – Honorio Delgado de la ciudad de Lima, a los Servidores del Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, conforme a la nómina de personal y periodos que se detallan en la hoja anexa al presente el mismo que forma parte de la Resolución, en 06 grupos, el que se efectuará a partir del 26 de Setiembre al 17 de Diciembre del 2011, respectivamente, haciendo un total de 24 servidores beneficiarios con la pasantía.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER, a la Oficina de Personal ejecute las acciones que corresponda conforme a sus atribuciones en coordinación con los Pasantes.

ARTICULO TERCERO.- NOTIFICAR, el presente acto administrativo a los interesados y las instancias administrativas correspondientes para los fines de Ley.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE;

- C.C
- ACDHC
- Dv. Administración ()
- U. Legis ()
- J. Per. ()
- DPPE ()

[Handwritten Signature]
De Fernando Delgado Díaz de la Vega
Director General

Proyecto "Salud Mental para el Desarrollo de la Región Apurímac en el Contexto del Aseguramiento Universal en Salud" (Proyecto Salud Mental en Apurímac)

"Programa de Desarrollo de Capacidades para la Atención en Salud Mental en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2011 - 2014"

Relación de Pasantes de Profesionales de la Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega en el Instituto Nacional de Salud Mental Héctor Hoguechi - Honorato Delgado



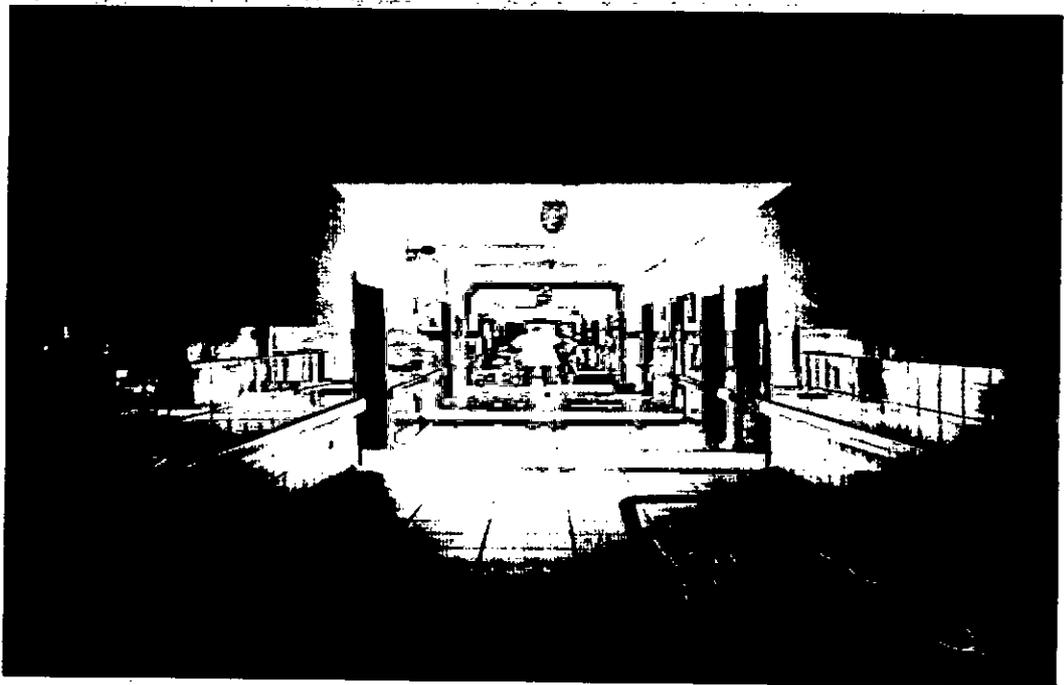
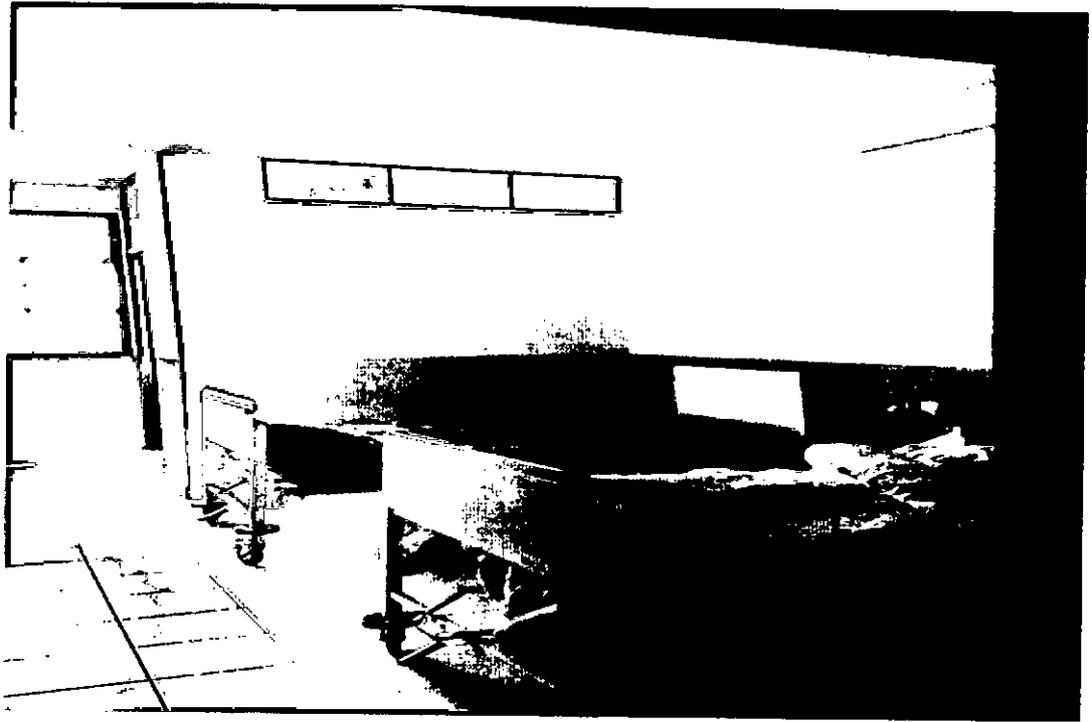
Nº	Fechas de Pasantías	Profesión	Integrantes	Servicio	Condición Laboral	ON	Nº Celular	Email
	26 Septiembre al 07 Octubre	Médico	José Enrique Romero Dozyre	Emergencia	Nombrado	2456405	982504723	enriquej@hormail.com
		Enfermero	Carmen Doria Portocarrero	Medicina	Nombrado	31031944	983613182	cdoria2@hormail.com
		Médico	Juan Raynaldo Ortega Assue	Pediatría	Nombrado	2148131	983684937	
		Médico	Jose Luis Osorio Ticona	Medicina	Nombrado	24572453	983687498	joseluis99@hormail.com
		Enfermero	Marija Arzobía Ríos	Emergencia	Nombrado	10147543	371391	mariaarj@hormail.com
		Enfermero	Lufo Cuevas Alegre	Medicina	Nombrado	31011677	983766291	lufo36@hormail.com
Grupo 2	10 al 23 Octubre	Psicólogo	Cleto Edwin Quiñe Huayra	Salud Mental	Nombrado	10456923	983966099	edwinqui@hormail.com
		Médico	Lidia Margely Salazar Yvarato	Medicina	Contratado	2394389	983998548	lidia_m@hormail.com
		Enfermero	Lidia Piliaca Espinoza	Emergencia	Nombrado	40972961	974968123	ldpiliaca@hormail.com
		Médico	Eduardo Erazo Viera	Ginecología	Nombrado	8526175	983665353	erazo_e2@hormail.com
Grupo 3	24 Octubre al 04 de Noviembre	Psicólogo	Emely Macher Baserra	Salud Mental	Contratado	7883150	983695225	emely_macher@hormail.com
		Enfermero	Edith Mikela Espinoza Partheo	Medicina	Contratado	21615352	983733543	edithm@hormail.com
		Enfermero	Dina Sandra Cordora	Emergencia	Contratado	31020421	950781760	dina34@hormail.com
		Médico	Omar Isaias Ponce Campana	Medicina	Contratado	31041319	983952327	omarisai@hormail.com
Grupo 4	07 al 18 de Noviembre	Enfermero	Escher López Villera	Emergencia	Contratado	2203496	983705937	escher@hormail.com
		Médico	José Antonio Del Alamo Panigoso	Emergencia	Contratado	4229382	984579805	
		Enfermero	María Flores Niza	Pediatría	Nombrado	31046185	983908511	maria_flore@hormail.com
Grupo 5	21 Noviembre al 02 Diciembre	Enfermero	Ysida Carerra Cabre	Medicina	Contratado	31040573	983617753	ysida_c@hormail.com
		Enfermero	Alicia Iris Carnero Bustiza	Emergencia	Nombrado	22391485	983650748	alicac@hormail.com
		Enfermero	José Manuel Sánchez Sierra	Medicina	Nombrado	31355703	951157075	
Grupo 6	05 al 17 Diciembre	Médico	Jose Luis Acara González	Salud Mental	Contratado	1319247	983955920	laga76@hormail.com
		Enfermero	Synldea Peña Ordo	Pediatría	Nombrado	31033252	321356	
		Enfermero	Alex Bado Molina	Emergencia	Contratado	85585955	923970843	
		Médico	Oscar Carrón León	Pediatría	Contratado	31039239	923994489	oscarle@hormail.com

Nº de Médicos: 9
 Nº de Enfermeros: 13
 Nº de Psicólogos: 2
 Total de Pasantes: 24

[Firma]
 Dr. César B. Ochoa Rojas
 C. P. P. 06205
 PSICÓLOGO



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

ANEXO N° 6

Proyecto de Inversión Pública: "Construcción y Equipamiento del Área de Salud Mental del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, localidad Abancay, distrito Abancay, Provincia Abancay, región Apurímac"

Código de SNIP: 118152

FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:

02	06	2010
----	----	------

1. IDENTIFICACIÓN

1.1 CÓDIGO SNIP DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA: 118152

1.2 NOMBRE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA

"CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL AREA DE SALUD MENTAL, DEL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, LOCALIDAD ABANCAY, DISTRITO ABANCAY, PROVINCIA ABANCAY, REGIÓN APURÍMAC."

1.3 RESPONSABILIDAD FUNCIONAL DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA (SEGÚN ANEXO SNIP-04)

FUNCIÓN	20 SALUD
PROGRAMA	044 SALUD INDIVIDUAL
SUBPROGRAMA	0096 ATENCION MEDICA BASICA
RESPONSABLE FUNCIONAL	SALUD

1.4 INDIQUE SI EL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA PERTENECE A UN PROGRAMA DE INVERSIÓN

SI

NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL PROGRAMA DE INVERSIÓN _____



CUADERNO DE
ACTAS

COMITÉ DE SALUD
MENTAL DEL HRGDV

2014