



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL
FACULTAD REGIONAL RESISTENCIA

LICENCIATURA EN PRODUCCIÓN DE BIOIMÁGENES

**ABORDAJE PARA LA REALIZACIÓN DE
PRÁCTICAS RADIOLÓGICAS A PACIENTES
CON PADECIMIENTOS MENTALES EN EL
HOSPITAL DE SALUD MENTAL “SAN
FRANCISCO DE ASIS”**

Tesis para optar al Título de Licenciada en Producción de Bioimágenes

AUTOR: Liliana Elisabeth Ureta Gallardo

DIRECTOR DE TESIS: Doctor Edgardo Hernán Avico

CO-DIRECTORA: Licenciada Carla Molina Mañanes

SEPTIEMBRE 2023
RESISTENCIA-CHACO

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron de manera significativa la culminación de este trabajo de tesis.

En primer lugar, quiero agradecer a mi director de tesis el Doctor Edgardo Hernán Avico por su valiosa orientación, paciencia y predisposición a lo largo de este proceso. Su experiencia y compromiso fueron fundamentales para este trabajo.

También reconocer el apoyo de mi codirectora la Licenciada Carla Molina Mañanes por su acompañamiento para el desarrollo de esta investigación.

Al coordinador de carreras Bioquímico Gustavo Velasco quien me brindo las herramientas necesarias y el aliento para avanzar y terminar esta etapa, su predisposición y apoyo fueron fundamentales.

A la Universidad Tecnológica Nacional (UTN FRRE) por haber abierto esta licenciatura y brindarme la oportunidad de desarrollarme académicamente en este campo.

Y por último agradezco de corazón a mi familia por su incondicional apoyo, comprensión y aliento durante todo este proceso. Su amor, respaldo y confianza fueron la mayor motivación para llegar a esta instancia.

Índice

Contenido

RESUMEN	5
1. INTRUDUCCIÓN:	7
1.1 Tema: Abordaje para la realización de prácticas radiológicas a pacientes con padecimientos mentales en el hospital de salud mental “San Francisco de Asís”	7
1.2 Problema:	7
1.3 Tipo de investigación:	8
1.3.1 Formulario.....	9
1.4 Hipótesis	10
1.5 Objetivo general:	10
1.6 Objetivos específicos:	10
1.6.1 Justificación	10
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Marco teórico	11
2.2.1 Atención a pacientes con padecimientos mentales	11
2.3 Base conceptual	12
2.3.1 Salud según la OMS.....	12
2.3.2 La salud mental componente integral y esencial de la salud.....	13
2.3.3 Determinantes de la salud mental	13
2.3.4 Enfermedad mental	14
2.3.5 Trastorno mental	15
2.3.6 Factores que influyen en la salud mental	15
2.3.7 Estigma hacia los pacientes con padecimientos mentales.....	16
2.3.8 Principales comportamientos de pacientes con padecimientos mentales.....	17
2.3.9 Principales trastornos incluidos en el manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales.	18
2.4 Marco referencial	25
2.4.1 Servicio de radiología del hospital de salud mental.....	28
3. METODOLOGÍA:	30
3.1 Población y muestra:	30
3.2 Procedimiento y técnica:	31
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS:	31
5. RELEVANCIA	31

6. VIABILIDAD	31
7. RESULTADOS	31
8. DISCUSIÓN:	42
9. RECOMENDACIONES:	43
10. CONCLUSIÓN:	47
11. BIBLIOGRAFÍA:	49
ANEXO I:	50
ANEXO II	52

RESUMEN

El objetivo de este estudio es elaborar un plan de estrategias de actuación que puedan servir de soporte y como herramienta útil para el desempeño del profesional en el área de radiología como así también en otras áreas que lo requieran.

La hipótesis plantea que, mediante el relevamiento de atenciones a pacientes con padecimientos mentales, sería posible diseñar e implementar estrategias de actuación que favorezcan el desempeño laboral de los profesionales involucrados y la concreción de las practicas radiológicas de manera más efectiva.

Para ello se investigaron ciertos determinantes que condicionan una eficaz atención a pacientes con padecimientos mentales tales como trastorno psicótico, esquizofrénico, trastornos neurocognitivos (demencia, retraso), trastorno bipolar, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, de personalidad y personas con problemática de consumo de múltiples sustancias.

Este estudio de investigación se llevó a cabo en el área de Radiología del Hospital de Salud Mental “San Francisco de Asís” de la ciudad de Corrientes, a partir del mes de noviembre del año 2022 hasta junio del año 2023, a fin de recolectar datos para determinar las distintas variables como diagnóstico psicopatológico, comportamiento de los pacientes, pedidos más habituales y estrategias utilizadas para la concreción de prácticas radiológicas.

Para la recolección de datos se empleó una encuesta en formato “Formulario de Google”. El estudio y la recopilación de información se llevaron a cabo con la colaboración de profesionales de profesionales del servicio de radiología: técnicas Radiólogas con distinta antigüedad (7, 9 y 10 años) desempeñando su función en dicho nosocomio. En este centro se atienden aproximadamente 300 pacientes internados en distintas unidades de acuerdo con sus diagnósticos psicopatológico, además de atender una amplia demanda de pacientes ambulatorios.

ABSTRAC:

The objective of this study is to develop a plan of action strategies that can serve as support and as a useful tool for the performance of the professional in the area of radiology as well as in other areas that require it.

The hypothesis states that, by surveying care for patients with mental illnesses, it would be possible to design and implement action strategies that favor the work performance of the professionals involved and the completion of radiological practices in a more effective way.

To this end, certain determinants that determine effective care for patients with mental illnesses such as psychotic disorder, schizophrenic disorder, neurocognitive disorders (dementia, retardation), bipolar disorder, depressive disorder, anxiety disorder, personality disorder and people with drug consumption problems were investigated. multiple substances.

This research study was carried out in the Radiology area of the “San Francisco de Asís” Mental Health Hospital in the city of Corrientes, from November 2022 to June 2023, in order to collect data to determine the different variables such as psychopathological diagnosis, patient behavior, most common requests and strategies used to carry out radiological practices.

A survey in “Google Form” format was used to collect data. The study and the collection of information were carried out with the collaboration of professionals from the radiology service: radiological technicians with different seniority (7, 9 and 10 years) performing their role in said hospital. This center cares for approximately 300 patients admitted to different units according to their psychopathological diagnoses, in addition to meeting a wide demand for outpatients.

1. INTRODUCCIÓN:

El siguiente trabajo de investigación surge de la necesidad de mejorar el desempeño profesional y favorecer la atención a pacientes con padecimientos mentales en el área de radiología, como así también a otras áreas o centros que lo requieran, pretendiendo constituir un aporte en lo que respecta a la atención de este tipo de pacientes, brindando una respuesta a la falta de capacitación del profesional en el área de Salud Mental.

Es importante incluir a la Salud Mental como eje temático a tratar en todos los ámbitos, derribar prejuicios, desmitificar conceptos, generar y construir alianzas en conjunto entendiendo que la Salud Mental es un componente integral y esencial de la salud.

En este contexto, se tiene como objetivo determinar los condicionantes que dificultan la realización de prácticas radiológicas solicitadas, para ello se incorporó un formulario con la finalidad de que el profesional pudiese, en base a su observación, describir su experiencia, y plantear estrategias ya que estas podrían ser de gran utilidad tanto para valorar el rol clave del personal como para orientar a otros profesionales.

Los resultados de este estudio pretenden servir como insumo de mejora en la atención a pacientes con padecimientos mentales ya que no existen precedentes en dicha especialidad asociada específicamente al área de radiología.

1.1 Tema: Abordaje para la realización de prácticas radiológicas a pacientes con padecimientos mentales en el hospital de salud mental “San Francisco de Asís”

1.2 Problema: Insuficiente formación profesional en la atención a pacientes y/o usuarios con enfermedades de Salud Mental.

A continuación, se plantean una serie de interrogantes para responder durante el desarrollo de esta investigación.

¿Qué factores posibilitan o dificultan una eficaz atención profesional a pacientes con padecimientos mentales en el área de radiología?

¿Resulta conveniente y necesaria la incorporación de estrategias de atención a pacientes con dichas patologías en la formación profesional?

¿Existen precedentes?

En la atención a pacientes con padecimientos mentales en el área de radiología pueden darse una serie de condicionantes que exceden la formación del personal reflejando la vulnerabilidad de este, como así también determinadas circunstancias que dificultan la realización de estudios, como, por ejemplo; la negativa o la oposición del paciente a realizarse la práctica solicitada y/o agresividad en algunos casos.

Esto puede generar incertidumbre, temor y confusión en los profesionales, motivo por el cual se realiza esta tesis con la finalidad de realizar un relevamiento de las dificultades que puedan presentarse en el área de diagnóstico por imágenes del Hospital de Salud Mental “San Francisco de Asís” durante la realización de las distintas prácticas radiológicas.

Como propuesta en base a este relevamiento, después de analizar las experiencias de los profesionales se elaboraron estrategias de actuación que pretenden servir de soporte y como herramienta útil para el profesional.

Cabe aclarar que en ningún caso se pretende utilizar como normas fijas de actuación, el propósito es mejorar el desempeño en la atención de los pacientes.

Para esto se tomó como marco de referencia el Hospital de Salud Mental “San Francisco de Asís” de la ciudad de Corrientes, el cual atiende aproximadamente a 300 pacientes internados en distintas unidades según su patología, con diagnósticos de trastorno psicótico, esquizofrénico, trastornos neurocognitivos (demencia, retraso), trastorno bipolar, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, de personalidad y personas con problemática de consumo de múltiples sustancias, como así también una amplia demanda de pacientes ambulatorios. Dicho estudio se llevó a cabo en el área de Radiología desde el mes de noviembre del año 2022 hasta el mes De junio del año 2023 a fin de determinar las distintas variables como diagnóstico psicopatológico, comportamiento de los pacientes, pedidos más habituales y estrategias utilizadas para la concreción de prácticas radiológicas.

1.3 Tipo de investigación:

Investigación cualitativa, descriptiva y transversal en la cual se buscó comprender el comportamiento de los pacientes, describir hechos, y tantas cualidades como sean posibles a través de una encuesta analítica de preguntas abiertas y cerradas.

Para recopilar información relevante y necesaria que atañe y comprenda la realidad del problema de investigación se realizó un cuestionario virtual en formato Google forms, el cual se adjunta en el ANEXO único.

1.3.1 Formulario

Este formulario tiene como finalidad la recolección de información relevante acerca del paciente para la post realización de una guía de estrategias de atención a pacientes con padecimientos mentales.

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfnrqHt1ujKqkpTgHGc68hDDhTqh7DWyuonACBqEvb1iJ5HMQ/viewform?usp=sf link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfnrqHt1ujKqkpTgHGc68hDDhTqh7DWyuonACBqEvb1iJ5HMQ/viewform?usp=sf_link)

1.4 Hipótesis

Mediante el relevamiento de atenciones a pacientes con padecimientos mentales es posible diseñar e implementar estrategias de actuación que favorezcan el desempeño laboral de los profesionales involucrados y la concreción de las practicas radiológicas de manera más efectiva.

1.5 Objetivo general:

Elaborar estrategias de actuación que pretendan servir de soporte y como herramienta útil para el desempeño del profesional.

1.6 Objetivos específicos:

- Analizar experiencias de otros profesionales en la atención a pacientes con padecimientos mentales
- Registrar pedidos más frecuentes, características, y estado de los pacientes que requieren prácticas radiológicas.
- Describir y analizar los distintos comportamientos de los pacientes (violento, reticente, temeroso, agresivo, irritable, no cooperativo, impaciente, etc.) en colaboración con especialistas en Salud Mental.
- Organizar las conductas identificadas en una guía de recomendaciones practicas destinada a orientar a los profesionales en la atención radiológica de pacientes con padecimientos mentales.

1.6.1 Justificación

Es importante resaltar que, al realizar la presente tesis, se convierte en un referente y aporte para futuros estudios dentro de la especialidad, ya que la capacitación del personal en atención a pacientes con padecimientos mentales es esencial para garantizar que se brinde una atención adecuada y efectiva.

Son muchas las razones por las cuales es de suma importancia la capacitación del profesional en la atención a este tipo de pacientes entre las cuales están:

El incremento del número de pacientes con padecimientos mentales que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) que asciende a más de 450 millones de personas en todo el mundo.

La contribución del personal capacitado para combatir la estigmatización y/o discriminación hacia los pacientes debido a la falta de conocimiento y la necesidad de mejorar la calidad de atención.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Aunque existen algunas guías para la práctica en Salud Mental en el área de enfermería, como "Planes de cuidados estandarizados de enfermería en Salud Mental: guía para la práctica" Ozakidetza (2002) y otros como "Manejo de paciente psiquiátrico en el ámbito intra y extra hospitalario" (Triana A. *et al*, 2018), no se han encontrado antecedentes del abordaje del paciente con padecimiento mental en el área de Radiología dentro de las búsquedas realizadas en las bases de datos académicas de las siguientes plataformas PubMed, Google Scholar, Scopus y Web of Science.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Atención a pacientes con padecimientos mentales

La atención a pacientes con padecimientos mentales, como cada una de las demás patologías, tiene además de los cuidados básicos, acciones específicas para ayudar a las personas con este tipo de trastornos.

Teniendo en cuenta que no todas las instituciones cuentan con especialistas en Salud Mental para ser consultados al momento de la atención, como así también la necesidad y derechos de los pacientes de obtener los servicios sanitarios adecuados a su circunstancia, se pretende contribuir y plasmar en base a la experiencia obtenida en el servicio de radiología del Hospital de Salud Mental San Francisco de Asís "de la ciudad de Corrientes, un modelo de líneas de actuación adaptado para dicha área y extrapolable a otros servicios que lo requieran, a su vez reflejar las limitaciones que existen en el escenario de atención, tener el conocimiento básico puesto que el manejo inicial y correcto del paciente puede ser beneficioso para concretar cualquier práctica hospitalaria.

Para ello se utilizó como base de datos bibliográficos el plan estratégico de Ozakidetza (2002) que propone introducir en las organizaciones una filosofía y herramientas de gestión eficaces, homogéneas y actualizadas, expresando como plan de actuación la gestión de procesos como una cultura propia para el funcionamiento.

La gestión de procesos constituye una herramienta de gestión que persigue la eficacia a través de organizar, coordinar y gestionar adecuadamente las actividades y personas que intervienen en los principales procesos o flujos de trabajo.

Otra de las referencias de apoyo para este estudio es el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association. (2018). 5ta Edición, utilizado como recurso por los profesionales capacitados en salud mental en el Hospital San Francisco de Asís, el mismo se utiliza para el diagnóstico y clasificación de trastornos mentales en base a una amplia descripción de síntomas y criterios necesarios para el diagnóstico de cada trastorno, así como pautas para el tratamiento.

Además, se utilizó la base de datos PUBMED, especializada en ciencias de la Salud, de la cual se extrajeron artículos sobre la atención del paciente psiquiátrico en el ámbito intra y extrahospitalario de (Triana A. *et al*, 2018). El mismo tiene como objetivo describir la importancia del abordaje y trato específico al paciente psiquiátrico en el ámbito hospitalario, analizando el desarrollo de actividades, el manejo, eficiencia y conocimiento de todas aquellas limitaciones que existan en el escenario de atención.

La atención a pacientes con padecimientos mentales es una tarea compleja que requiere un enfoque multidisciplinario para proporcionar un tratamiento integral y de calidad. Los pacientes con trastornos mentales a menudo enfrentan estigmas y barreras para recibir atención médica, lo que puede hacer que se sientan excluidos y marginados. Para abordar estas barreras, se necesita educación y sensibilidad para cambiar las actitudes negativas hacia los trastornos mentales y aumentar la conciencia sobre la importancia de una atención médica adecuada.

2.3 Base conceptual

2.3.1 Salud según la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”

Esta definición amplia de la salud reconoce que el bienestar de una persona no depende solo de su estado físico, **sino también de su bienestar mental y emocional**, y de su capacidad para relacionarse y participar en la sociedad.

2.3.2 La salud mental componente integral y esencial de la salud.

La Constitución de la OMS dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

Partiendo de esta base si nos referimos a la salud mental la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental 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.

La salud mental abarca no solo la ausencia de trastornos mentales, sino también la capacidad de una persona para disfrutar de la vida, lograr un equilibrio entre las actividades diarias, tener relaciones saludables y hacer frente a los desafíos y obstáculos que se presentan en la vida.

La OMS considera que la salud mental es un componente integral de la salud en general y el bienestar de una persona, y que es esencial para el desarrollo humano y el funcionamiento adecuado de la sociedad en su conjunto.

2.3.3 Determinantes de la salud mental

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo.

La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

Existen factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales, también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

Se observa que existe una confusión entre las definiciones de salud y enfermedad mental. Podemos afirmar que una no implica la ausencia de la otra. Los estudios sobre salud mental

consideran a ésta como un continuo en el que se reflejan diferentes grados de bienestar o deterioro psicológico. Además, la salud y la enfermedad mentales son dos aspectos inseparables de la salud y el bienestar de una persona por lo que importante tratar a ambos de manera integral.

2.3.4 Enfermedad mental

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionada con la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) define a las enfermedades mentales como un conjunto de trastornos que varían sustancialmente pero que se caracterizan en términos generales por una anomalía en los procesos del pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones de las personas con los demás. Estos trastornos pueden ser causados por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y que afectan notoriamente la salud mental.

Los trastornos mentales pueden variar en su gravedad y duración, y pueden afectar a personas de todas las edades, géneros, razas y culturas.

Bajo la denominación de enfermedades mentales se incluye una amplia gama de enfermedades que presentan diferentes grados de compromiso mental. La categorización social que se realiza de las enfermedades mentales lleva a diferentes actitudes de aceptación social según los estudios.

Los estudios refieren que entre las patologías que se identifican como de mayor gravedad se encuentran la psicosis y el trastorno bipolar, presentando además una menor aceptación social que otras patologías como por ejemplo los trastornos de ansiedad.

El estigma ocasionado por las enfermedades mentales es un fenómeno complejo y la mayor parte de los estudios aportan información sobre poblaciones de adultos, especialmente aquellas personas que presentan enfermedades mentales graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, detectando que el estigma que estas presentan tiene consecuencias psicosociales de importancia.

Es importante destacar que las enfermedades mentales son trastornos médicos reales que requieren tratamientos adecuados y pueden afectar seriamente la calidad de vida de las personas que las padecen. Con el tratamiento adecuado muchas personas pueden recuperarse o aprender a manejar su enfermedad y llevar una vida plena y satisfactoria.

2.3.5 Trastorno mental

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental.

2.3.6 Factores que influyen en la salud mental

Hay muchos factores que pueden influir en la salud mental de una persona, incluyendo:

1. Factores biológicos: La genética, la química del cerebro y otros factores biológicos pueden influir en la salud mental de una persona y pueden aumentar el riesgo de trastornos mentales.
2. Factores psicológicos: las experiencias de vida, el manejo del estrés, la capacidad de afrontar problemas y otras habilidades psicológicas pueden influir en la salud mental de una persona
3. Factores sociales: el apoyo social, la calidad de las relaciones, la pertenencia a una comunidad y otros factores sociales pueden afectar la salud mental de una persona
4. Factores ambientales: los factores ambientales como la calidad del aire y el agua, la exposición a toxinas, la inseguridad económica y la violencia pueden afectar la salud mental de una persona.
5. Estilos de vida: el ejercicio, la alimentación, el consumo de alcohol, drogas y otros hábitos de estilo de vida pueden influir en la salud mental de una persona.

Es importante recordar que cada persona es única y puede responder de manera diferente a estos factores, además estos pueden interactuar entre sí de maneras complejas, lo que hace que el mantenimiento de la salud mental sea un desafío continuo, este mantenimiento va a depender del acceso a la atención y el tratamiento adecuado.

Uno de los principales problemas para que esto ocurra es el estigma asociado a la salud mental, ya que puede obstaculizar este acceso.

Es de gran importancia hablar sobre la estigmatización de los pacientes con trastornos mentales ya que de esta manera se puede promover la igualdad de derechos, facilitar el acceso

a la atención, mejorar el bienestar, educar y generar conciencia buscando la manera de crear cambios sociales positivos, Organización Panamericana de la Salud (2004).

2.3.7 Estigma hacia los pacientes con padecimientos mentales

El término “estigma” se refiere a un conjunto de prejuicios, actitudes y creencias negativas que rodean a ciertos grupos o individuos y que los hacen sentir excluidos o marginados. En el caso de los pacientes con enfermedades mentales, el estigma puede ser particularmente perjudicial, ya que puede tener un impacto negativo en su autoestima, dificultar las relaciones basadas en la confianza, interferir con el tratamiento médico y dificultar su integración a la sociedad. Martínez-Castillo A., y Rosas S. (2021).

La estigmatización de pacientes con padecimientos mentales es un problema común en muchas sociedades y puede manifestarse de diversas maneras, como el aislamiento social, la discriminación laboral, la exclusión de la comunidad y la negación del acceso a la atención médica adecuada. La estigmatización puede ser perpetuada por la falta de educación y conciencia pública sobre la salud mental, así como por la representación negativa de las personas con trastornos mentales en los medios de comunicación y en la cultura popular. Además, la falta de recursos y la calidad deficiente de la atención en la salud mental también pueden contribuir a la estigmatización.

Abordar la estigmatización de pacientes con padecimientos mentales requiere un enfoque multifacético, que incluya una educación adecuada sobre salud mental, la promoción de políticas y leyes que protejan los derechos de las personas con trastornos mentales, así como la mejora de la atención médica y la inclusión social.

La enfermedad mental soporta más estigma que cualquier otra enfermedad, y quienes la padecen son discriminados con más frecuencia y de manera más significativa que quienes padecen otras enfermedades. El estigma combina la falta de conocimientos precisos, las actitudes prejuiciosas y negativas y los comportamientos excluyentes o discriminatorios.

Las actitudes negativas y de estigma hacia los enfermos mentales, por tanto, tienen implicaciones directas en la prevención, tratamiento, rehabilitación y calidad de vida de los afectados.

Algunos de los tipos de estigma que pueden afectar a los pacientes con este tipo de padecimientos son:

1. Estigma social: este tipo de estigma se refiere a la percepción negativa que la sociedad tiene de las personas con trastornos mentales. Los pacientes psiquiátricos pueden ser vistos como peligrosos, impredecibles o inestables emocionalmente, lo que puede llevar a la discriminación o el rechazo.
2. Estigma autoimpuesto: algunos pacientes pueden sentir vergüenza o culpa por tener un trastorno mental, lo que puede llevar a evitar el tratamiento o a ocultar su condición a los demás.
3. Estigma institucional: este tipo de estigma se refiere a las barreras que existen en las instituciones de salud mental, como en los hospitales psiquiátricos, que pueden reforzar el estigma social y hacer que los pacientes se sientan aún más marginados.
4. Estigma familiar: los miembros de la familia de estos pacientes también pueden experimentar estigma, ya sea por asociación con la condición del paciente o por su propia ignorancia o prejuicio hacia los trastornos mentales.

Es importante recordar que el estigma es un problema social complejo que afecta a muchos aspectos de la vida de los pacientes con enfermedades mentales. Para reducir el estigma es necesario abordar los prejuicios y las actitudes negativas que lo perpetúan, así como proporcionar información precisa y educación sobre los trastornos mentales y su tratamiento.

Para brindar atención de manera efectiva, las actitudes de los profesionales de la salud hacia los pacientes con enfermedades mentales son importantes y deben evaluarse y mejorarse a través de constantes capacitaciones.

2.3.8 Principales comportamientos de pacientes con padecimientos mentales

Es importante tener en cuenta que los comportamientos de los pacientes con padecimientos mentales pueden variar ampliamente según el diagnóstico, la gravedad de la enfermedad y el tratamiento recibido. Sin embargo, algunos comportamientos comunes entre este tipo de pacientes incluyen:

1. Cambios de humor y emociones: pueden experimentar cambios de humores bruscos e intensos, que van desde la euforia hasta la depresión.
2. Comportamiento impulsivo: algunos pacientes pueden tener dificultades para controlar sus impulsos, lo que puede manifestarse en comportamientos agresivos, impulsivos, imprudentes o peligrosos.

3. Delirio y alucinaciones: los pacientes con padecimientos mentales como la esquizofrenia pueden experimentar delirios y alucinaciones que pueden ser desorientadores y aterradores.
4. Problemas de relación interpersonal: este tipo de pacientes puede tener dificultades para relacionarse con los demás y para mantener relaciones saludables y duraderas.
5. Autolesiones: algunos pacientes pueden experimentar pensamientos o impulsos suicidas, o pueden autolesionarse como forma de manejar el dolor emocional.

Es importante destacar que estos comportamientos no son exclusivos de este tipo de pacientes y que no todos los pacientes con padecimientos mentales experimentan todos estos comportamientos a la vez.

Cada paciente es único y debe ser tratado de manera individualizada y adaptada a sus necesidades y diagnóstico específico.

2.3.9 Principales trastornos incluidos en el manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales.

A continuación, y mediante la utilización de la clasificación del Manual de diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales American Psychiatric Association (2018), utilizada por profesionales de la salud mental, se describen algunas de las patologías causales de internación con el fin de no generalizar y conocer síntomas característicos de cada una de ellas:

TRASTORNO PSICÓTICO

El Trastorno psicótico es una condición mental caracterizada por síntomas psicóticos significativos y persistentes, como delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, pensamiento desorganizado o comportamiento catatónico. Estos síntomas deben estar presentes durante al menos un mes y causar un deterioro significativo en el funcionamiento social, laboral o personal del individuo para ser considerado como tal.

Los delirios son creencias falsas y sostenidas que no son compartidas por otras personas de la misma cultura o grupo social, mientras que las alucinaciones son percepciones sensoriales que no están basadas en estímulos reales, siendo las auditivas las más comunes.

Es relevante señalar que el trastorno psicótico puede tener diferentes subtipos, como el trastorno esquizofrénico, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante, entre otros, cada uno con sus características particulares.

TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO

El trastorno esquizofrénico también conocido como esquizofrenia es una afección mental crónica y grave que afecta la forma de pensar, sentir y comportarse de una persona. Se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos, como delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, pensamiento desorganizado, comportamiento catatónico o grave disminución de la actividad motora, y síntomas negativos como afecto embotado y disminución de la motivación.

Los criterios de diagnóstico incluyen:

- a) Síntomas característicos
- b) Deterioro significativo
- c) Duración de al menos 6 meses, con al menos 1 mes de síntomas activos
- d) Exclusión de otros trastornos y sustancias como causa de esos síntomas.

Existen diferentes subtipos de trastornos esquizofrénicos, como el paranoide, desorganizado, catatónico, desorganizado, catatónico, indiferenciado, y residual, basados en los síntomas predominantes, que pueden proporcionar información adicional para la comprensión y tratamiento del trastorno.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

El trastorno esquizoafectivo combina síntomas de esquizofrenia, como delirios, alucinaciones y pensamiento desorganizado, con síntomas de un trastorno del estado de ánimo, como la depresión o el trastorno bipolar. Para su diagnóstico, se rigen por los siguientes criterios:

- 1) Episodios maníacos, depresivos o mixtos junto con síntomas de esquizofrenia
- 2) Delirios o alucinaciones sin síntomas de un estado de ánimo importante,
- 3) Síntomas del estado de ánimo presentes durante la mayor parte del tiempo
- 4) Exclusión de sustancias y otras condiciones médicas.
- 5) Duración de los síntomas del trastorno del estado de ánimo durante la mayoría del tiempo del periodo activo de la enfermedad.

Existen dos tipos de trastorno esquizoafectivos: tipo bipolar, cuando se presentan episodios maníacos o mixtos junto con síntomas de esquizofrenia y tipo depresivo, cuando se presentan episodios depresivos junto con síntomas de esquizofrenia.

TRASTORNO DELIRANTE

El trastorno delirante, también conocido como trastorno delirante persistente, es un trastorno mental caracterizado por la presencia de delirios persistentes y no extraños, centrados en un tema específico, que suelen durar al menos un mes. Para su diagnóstico se basa en los siguientes criterios:

- 1) Presencia de uno o más delirios no extraños, que podrían ocurrir en la vida real, como ser perseguido, engañado, infectado, amado en secreto o tener una habilidad especial.
- 2) Ausencia de otros síntomas psicóticos prominentes, como alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico, aparte de los delirios.
- 3) Funcionamiento relativamente normal en otras áreas de la vida, aunque pueden estar presentes cambios en el comportamiento relacionados con los delirios.
- 4) Exclusión de otros trastornos mentales, como esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, o el trastorno depresivo mayor con características psicóticas.

Es importante destacar que el trastorno delirante puede tener diferentes subtipos, como el erotomaniaco, celotípico, persecutorio, somático, grandioso, entre otros, basados en el contenido específico de los delirios

TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Es un trastorno de estado de ánimo caracterizado por cambios cíclicos en el estado de ánimo, la energía y la actividad. Se divide en diferentes tipos:

1. Trastorno bipolar tipo I: se caracteriza por episodios maniacos o mixtos que pueden ser precedidos o seguidos por episodios depresivos mayores.
2. Trastorno bipolar tipo II: se caracteriza por episodios depresivos mayores y episodios hipomaniacos, menos graves que los del trastorno bipolar I.
3. Ciclotimia: involucra periodos recurrentes de síntomas hipomaniacos y síntomas depresivos que no cumplen con criterios para un episodio depresivo mayor o hipomaniaco.

También existen otros trastornos relacionados que comparten características debido a otras condiciones médicas, sustancias o medicación. Estos trastornos pueden generar dificultades en el funcionamiento laboral y en las relaciones personales.

TRASTORNO DEPRESIVO

El trastorno depresivo, también conocido como trastorno depresivo mayor o depresión clínica, es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de episodios depresivos persistentes y significativos. Para su diagnóstico, se requiere:

1. Presencia de al menos uno o más episodios depresivos mayores, que incluyen cinco o más síntomas durante un periodo de dos semanas. Estos síntomas pueden incluir estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en actividades, cambios en peso y apetito, problemas de sueño, agitación o lentitud psicomotora, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio.
2. Los síntomas depresivos deben causar un deterioro significativo en el funcionamiento social, laboral o personal del individuo.
3. Exclusión de otros trastornos que podrían explicar los síntomas, como efectos de sustancias o condiciones médicas.

Además, se reconocen especificaciones y subtipos dentro de los trastornos depresivos, como la presencia de características psicóticas, el patrón estacional, el trastorno depresivo persistente (distimia) y los trastornos disfóricos premenstruales.

TRASTORNO DE ANSIEDAD

El trastorno de ansiedad es una condición caracterizada por ansiedad y miedos intensos, persistentes y difíciles de controlar, lo cual causa malestar significativo y afecta la vida diaria de una persona. Hay varios tipos de trastorno de ansiedad, que se distinguen por la presencia de síntomas ansiosos significativos. Algunos de ellos son:

1. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): Se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente que abarca diversas áreas de la vida, durante al menos seis meses.
2. Trastorno de pánico: se caracteriza por ataques de pánico recurrentes e inesperados, que implican un miedo intenso y síntomas físicos.
3. Agorafobia: Se caracteriza por un miedo o ansiedad intensa a situaciones donde escapar o recibir ayuda podría ser difícil o embarazoso, lo que lleva a evitar espacios abiertos, transporte público o multitudes.
4. Trastorno de ansiedad social (fobia social): Se caracteriza por un miedo intenso en situaciones sociales o de actuación, donde el individuo teme ser juzgado o avergonzado.

5. Trastorno de ansiedad por separación: se caracteriza por un miedo excesivo e inapropiado a la separación de figuras de apego como padres o cuidadores, que puede dar lugar a conductas de evitación o resistencia a estar lejos de ellos.

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO

Los trastornos neurocognitivos afectan el funcionamiento cognitivo, como la memoria, el lenguaje, la percepción y la atención. Estos son algunos:

1. Trastorno neurocognitivo mayor (demencia): Este se caracteriza por un deterioro cognitivo significativo que interfiere con las actividades diarias, como cambios en la memoria, lenguaje, percepción y atención. Ejemplos incluyen las enfermedades de Alzheimer, la demencia vascular y la demencia con cuerpos de Lewy.
2. Trastorno neurocognitivo leve: presenta un deterioro cognitivo leve que no cumple los criterios para el diagnóstico de demencia, pero permite que las personas funcionen de manera independiente en la vida diaria.
3. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Aunque no se considera un trastorno exclusivamente neurocognitivo, se reconoce que puede presentar dificultades en las funciones ejecutivas y el control de la atención, lo que afecta el rendimiento cognitivo.
4. Trastorno por consumo de alcohol relacionado con trastorno neurocognitivo: Se aplica a personas con un trastorno neurocognitivo causado por el consumo crónico y excesivo de alcohol.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

El trastorno de la personalidad se refiere a patrones persistentes de pensamiento, comportamiento e interacción que se desvían de las normas culturales. Estos patrones suelen comenzar en la adolescencia o edad adulta temprana y afectan la percepción del mundo y las relaciones. Aquí hay una descripción breve de los principales tipos:

Trastorno de personalidad paranoide: Desconfianza generalizada en otros, interpretando maliciosidad y explotación sin pruebas suficientes.

Trastorno de personalidad esquizoide: Falta de interés en relaciones sociales, preferencia por la soledad y restricción emocional.

Trastorno de personalidad esquizotípico: Patrones excéntricos de pensamiento y comportamiento, dificultades en relaciones, creencias y percepciones inusuales.

Trastorno de personalidad antisocial: Falta de respeto por los derechos de los demás, impulsividad y falta de remordimiento por dañar a otros.

Trastorno de personalidad límite: Inestabilidad emocional, impulsividad, relaciones caóticas, sensación de vacío, comportamiento autolesivo y pensamientos suicidas.

Trastorno de personalidad narcisista: Autoimagen grandiosa, necesidad constante de admiración, falta de empatía y búsqueda de atención.

Estos trastornos afectan profundamente cómo las personas se relacionan consigo mismas y con los demás.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y TRASTORNOS ADICTIVOS

Los trastornos relacionados con sustancias y adicciones están ligados al consumo y la dependencia de diversas sustancias. Esta categoría abarca:

Trastorno por consumo de alcohol: Implica un consumo problemático que causa malestar y deterioro, con síntomas como falta de control, tolerancia y síndrome de abstinencia.

Trastorno por consumo de sustancias estimulantes: Incluye el uso problemático de estimulantes como cocaína o anfetaminas, con síntomas de pérdida de control y consumo a pesar de las consecuencias.

Trastorno por consumo de opiáceos: Se refiere al consumo problemático de opiáceos como heroína, con síntomas de incapacidad para detener el consumo y tolerancia.

Trastorno por consumo de cannabis: Implica un consumo problemático de cannabis, con falta de control y aumento de la tolerancia.

Trastorno por consumo de alucinógenos: Involucra el uso de alucinógenos como LSD, con síntomas de falta de control y tolerancia.

Trastorno por consumo de tabaco: Caracterizado por la dependencia a la nicotina y dificultad para dejarla a pesar de los problemas de salud.

En estos trastornos, el consumo problemático y la dependencia tienen un impacto significativo en la vida de las personas, causando malestar y deterioro en varios aspectos.

Salud mental, un derecho humano fundamental

“Si no hay salud mental, no hay salud real”. La salud mental es necesaria para ejercer los derechos Humanos Fundamentales, las personas con discapacidad mental tienen los mismos derechos y libertades fundamentales que el resto de la población. (OMS)

ANÁLISIS DE LEY DE SALUD MENTAL 26.657

La Ley de Salud Mental en Argentina, también conocida como Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, es una legislación crucial que surge como respuesta a las problemáticas históricas en el sistema de atención de la salud mental en el país. Antes de su promulgación en 2010 con el número 26.657, el enfoque predominante estaba centrado en la internación compulsiva en hospitales psiquiátricos, lo cual resultaba en violaciones de derechos y abusos contra las personas con trastornos mentales.

La lucha por la reforma en el sistema de salud mental comenzó en la década de 1980 y fue liderada por organizaciones de derechos humanos, profesionales de la salud mental, familiares de pacientes y otros defensores. Era imperativo cambiar hacia un enfoque más humano, inclusivo y respetuoso de los derechos humanos.

Los objetivos fundamentales de esta ley son diversos y trascendentales. En primer lugar, busca la promoción de la salud mental en la población, con un enfoque en la prevención de trastornos mentales y la promoción del bienestar psicológico. Además, se establece la atención integral y comunitaria como piedra angular del sistema, evitando la internación en hospitales psiquiátricos siempre que sea posible y fomentando la creación de servicios de salud mental en la comunidad.

Uno de los aspectos más destacados es el enfoque en los derechos humanos y la no discriminación. La ley garantiza la protección de los derechos y la inclusión en la sociedad de las personas con trastornos mentales. Respaldar la autonomía y la toma de decisiones autónomas, evitando tratamientos y procedimientos forzados.

Dentro de esta ley se destaca el artículo 7 ya que establece medidas para prevenir la tortura y los malos tratos en contextos de atención de la salud mental. Esto refleja un compromiso claro con el respeto a la dignidad y los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad. Además, la ley promueve la desinstitutionalización, es decir, la eliminación gradual de los hospitales psiquiátricos en favor de servicios comunitarios de atención.

En resumen, la Ley de Salud Mental en Argentina representa un cambio significativo en la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales y adicciones. Su enfoque en

la promoción de la salud mental, la atención comunitaria y el respeto a los derechos humanos es un paso fundamental hacia un sistema de salud mental más humano y equitativo. El artículo séptimo, al prevenir la tortura y los malos tratos, subraya el compromiso con la dignidad y la integridad de todas las personas.

2.4 Marco referencial

El Hospital de Salud Mental (Imagen 1) “San Francisco de Asís” es un hospital público ubicado en la ciudad de Corrientes capital. Fue fundado en el año 1957 por iniciativa de la comunidad religiosa franciscana, con el objetivo de brindar atención y tratamiento a personas con trastornos mentales graves. En el año 1970 abre sus puertas y se inaugura como Hospital Psiquiátrico.

Con el tiempo fue evolucionando hacia un modelo más moderno de atención comunitaria, que se enfoca en brindar servicios ambulatorios y de apoyo y contención en los hogares para ayudar a las personas con padecimientos mentales a mantener su independencia y calidad de vida en la comunidad. Y a partir del año 2017 brinda asistencia a todo usuario de salud mental que desarrolle patologías orgánicas asociadas a la salud mental.



Imagen 1: Gentileza del Hospital de Salud Mental “San Francisco de Asís”, donde se observa su fachada (a) y áreas internas (c). Captura de Google Maps donde se observa la ubicación del centro hospitalario en la ciudad de Corrientes Capital (b).

En la actualidad el Hospital de Salud Mental “San Francisco de Asís” es un importante centro de referencia en la región para el tratamiento de trastornos mentales, emocionales, y cuenta con un equipo de profesionales altamente capacitados que desarrolla atención de forma interdisciplinaria en sus guardias diarias, el mismo se conforma por psiquiatras, psicólogos, médicos clínico y asistentes sociales, además un equipo de profesionales de guardia en forma pasiva: neurólogo, cardiólogo, radiólogo y asistencia jurídica. En dicho nosocomio se realizan también distintas prácticas médicas para usuarios internados y ambulatorios tales como, laboratorio, servicio de radiología, tomografía, ecografía, electrocardiograma, electroencefalograma, odontología y nutrición entre otras, brindando de esta manera una amplia cobertura.



Imagen 2: Acceso, admisión e informes del Hospital de Salud Mental “San Francisco de Asís”



Imagen 3: Pasillo de ingreso al sector de prácticas Hospitalarias

Al ser un centro de referencia en la región, ofrece servicios ambulatorios y de internación para personas con diferentes tipos de trastornos, como trastornos de estado de ánimo, de ansiedad, de alimentación, trastornos psicóticos, adicciones y demás trastornos mentales

Los servicios específicos que ofrece el hospital incluyen evaluaciones psiquiátricas, terapia individual y grupal, tratamiento farmacológico, terapia ocupacional, apoyo psicosocial, programas de rehabilitación y otros servicios especializados según las necesidades de los pacientes.

El número de internados es aproximadamente de 300 pacientes, los cuales están distribuidos en distintas unidades según determinadas características y necesidades como edad, sexo, diagnóstico psicopatológico, con o sin cobertura médica y avances y retrocesos de las distintas enfermedades de salud mental.

UNIDAD 1: Pacientes agudos, en su mayoría con diagnóstico de psicosis

UNIDAD 2: Pacientes crónicos (masculinos), con diagnóstico de esquizofrenia.

UNIDAD 3: Pacientes con distintos diagnósticos como psicosis, demencia, deterioro cognitivo, retraso, todos con cobertura social.

a) Pacientes agudos

b) Pacientes crónicos

c) Pacientes agudos

d) Pacientes con deterioro cognitivo (demencia).

UNIDAD 4: Pacientes crónicos (femenino), con diagnóstico de psicosis.

UNIDAD 5: Pacientes con problemática de consumo de sustancias (adicciones)

a) Corta estadía: Pacientes que necesitan internación inmediata para recibir un tratamiento individualizado que le permita al paciente estabilizarse y comenzar un camino hacia la recuperación.

b) Comunidad terapéutica: Pacientes que siguen en tratamiento para deshabituación de sustancias y requieren de un enfoque de tratamiento que les proporcione apoyo terapéutico. Participando de actividades diseñadas para promover su recuperación y bienestar.

UNIDAD 6: Clínica médica: Pacientes con alguna patología clínica además de algún tipo de trastorno mental

UNIDAD 7: Pacientes en crisis (adolescencia), con diagnósticos de psicosis, crisis vital, depresión.

UNIDAD 12: Psicogeriatría, pacientes con deterioro cognitivo conductual severo, síndrome demencial.

UNIDAD DE SOPORTE VITAL: Donde se encuentran internados aquellos pacientes que necesitan una vigilancia y asistencia médica más intensiva que la que se proporciona en otras unidades de cuidados generales, es decir un nivel intermedio de atención.

CENTRO DE DÍA: Pacientes con trastornos mentales complejos que requieren distintos tratamientos terapéuticos menos restrictivos que la hospitalización completa para mantenerse estables y reintegrarse en la comunidad.

HOSPITAL DE DÍA: Pacientes en tratamiento que no requieren hospitalización (adictos) y realizan diferente tipo de terapias individuales, grupales, seguimiento y coordinación de tratamientos

CASA ASISTIDA: Brinda apoyo a Pacientes con trastornos mentales crónicos con el objetivo de que las personas puedan trabajar en su recuperación, aprender habilidades de auto cuidado y vivir de manera independiente mientras reciben el apoyo necesario por parte del personal especializado para manejar sus desafíos de salud mental.

Además, el Hospital colabora con otras instituciones de salud mental en la región para mejorar la calidad de atención y el acceso a los servicios de salud mental para la población.

2.4.1 Servicio de radiología del hospital de salud mental

El servicio de radiología del Hospital de Salud Mental “San Francisco de Asís” fue inaugurado en el año 2013 con la finalidad de contribuir en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. El mismo cuenta con tecnología de radiología digital y trabaja con un sistema PACS (Picture Archiving and Communication System) que permite la gestión y visualización de las imágenes de forma inmediata y precisa.

La importancia de contar con este servicio dentro del hospital radica en el complemento diagnóstico que puede proporcionar, información objetiva y visual de patologías orgánicas, evaluación de lesiones para la posterior toma de decisiones, evitar diagnósticos erróneos y facilitar la planificación de tratamientos.

El equipo de trabajo del dicho servicio está formado por tres técnicas radiólogas y un médico especialista en diagnóstico por imágenes, quienes brindan una atención especializada y sensible a las necesidades de los pacientes.

La metodología de trabajo diaria consiste en solicitudes de estudios radiológicos a través de un sistema informatizado electrónico que incluye los datos relevantes del paciente y la especificación del tipo de estudio que se solicita.

Una vez recibidos los pedidos de forma electrónica el técnico revisa la lista, la imprime y se notifica al departamento de enfermería donde el personal designado se ocupa de llamar a las distintas unidades donde se encuentran los pacientes internados con pedido de estudio, priorizando los de urgencia para su posterior traslado al servicio de radiología, a excepción de los pacientes internados en la unidad de soporte vital en donde las practicas radiológicas se realizan con equipos rodantes. Una vez adquiridas las imágenes es el médico especialista quien se encarga de informar y cargar esos informes al sistema.

Esta sistemática ofrece una forma eficiente y organizada de gestionar estudios radiológicos, facilitando la comunicación y el seguimiento de los pacientes entre los profesionales del equipo multidisciplinario.



Imagen 4: Ingreso al servicio de Radiología del Hospital de Salud Mental "San Francisco de Asís"



Imagen 5: Pasillo interno que conduce a la sala de Rayos X



Imagen 6: Sala de Rayos X

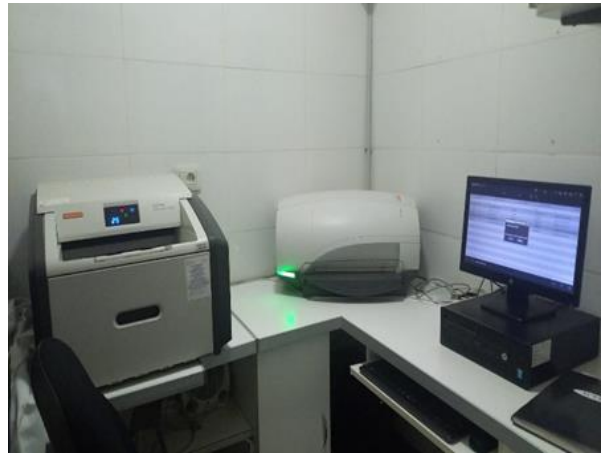


Imagen 7: Sala de procesamiento de imagen digital

3. METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo y transversal sobre las características y comportamientos de la población de pacientes con enfermedades de Salud Mental en el Hospital “San Francisco de Asís”, el cual atiende aproximadamente 300 pacientes internados como así también una amplia demanda de ambulatorios.

Dicho estudio se llevó a cabo más precisamente en el área de Radiología desde el mes de octubre del año 2022 a junio del año 2023 a fin de determinar las distintas variables como diagnóstico psicopatológico, comportamiento, pedidos más habituales y estrategias utilizadas para la concreción de prácticas radiológicas. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, seleccionados aleatoriamente.

3.1 Población y muestra:

La población de estudio está conformada por la totalidad de atenciones realizadas en el servicio de radiología del Hospital de Salud Mental “San Francisco de Asís” durante el periodo comprendido entre el mes de noviembre del 2022 y el mes de junio del 2023.

Para la realización de este se utilizó un muestreo aleatorio de atenciones a pacientes con padecimientos mentales. La muestra está compuesta por 200 atenciones ($n=200$) en las cuales se

busca estudiar y registrar los comportamientos de los pacientes y si esto condiciona la realización de las practicas radiológicas

3.2 Procedimiento y técnica:

Se inicio el estudio y la recolección de datos con la colaboración de profesionales del servicio de radiología, técnicas en Diagnóstico por imágenes.

Para ello se emplea un formulario con preguntas semiestructuradas que debe responder el profesional después de la atención a pacientes con padecimientos mentales, donde se evaluaron diversas variables que contribuyeron a esta investigación.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se trabajo siguiendo las normas éticas de investigación con pacientes, reservando principalmente su identidad, manteniendo la confidencialidad y sobre todo codificando los datos en el uso exclusivo para el estudio. Ley de Salud Mental N. ° 26657 artículo 7º/ Derechos de las personas con padecimientos mentales.

5. RELEVANCIA

La importancia de esta investigación reviste en orientar acciones y generar futuras investigaciones que pudieran tener impacto positivo en la atención apacientes con padecimientos mentales, como así también en el desempeño de los profesionales para poder actuar con eficacia y eficiencia, tanto en la modalidad de internación como en la atención ambulatoria pretendiendo ser una herramienta practica no solo dentro de las instituciones especializadas en Salud mental si no también extrapolable a otras áreas.

6. VIABILIDAD

Se considera este estudio viable, ya que pudo llevarse a cabo con los recursos disponibles, la muestra fue representativa y suficiente para obtener las conclusiones confiables, los métodos utilizados fueron apropiados para la recolección de datos y los resultados son significativos para responder las preguntas de investigación.

7. RESULTADOS

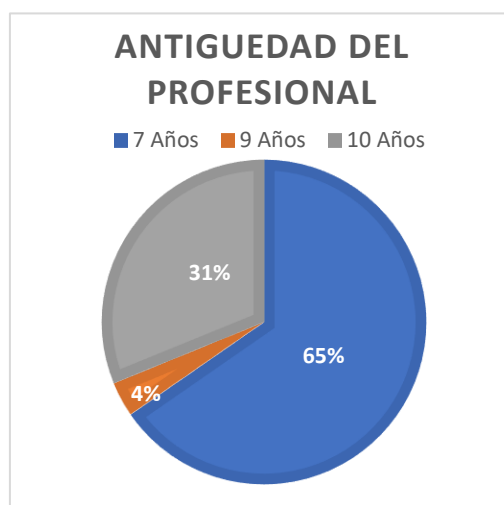
La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario virtual en formato Google forms, en el cual respondieron y participaron como personal interviniente en la realización de las

prácticas radiológicas profesionales técnicas Radiólogas, que desempeñan su función en el servicio de radiología del Hospital de Salud Mental “San Francisco de Asís”

1- PERSONAL INTERVINIENTE EN LA REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS:

Como respuesta a la pregunta inicial que hace referencia al personal interviniente en la realización de las practicas radiológicas se destaca como protagonista principal al técnico ya que juega un papel fundamental. El 100% de las prácticas fueron realizadas por los mismos, esto subraya la importancia de su experiencia y conocimiento en la atención de estos pacientes, contribuyendo significativamente con la calidad y seguridad del proceso diagnóstico.

2- ANTIGÜEDAD DEL PERSONAL INTERVINIENTE:

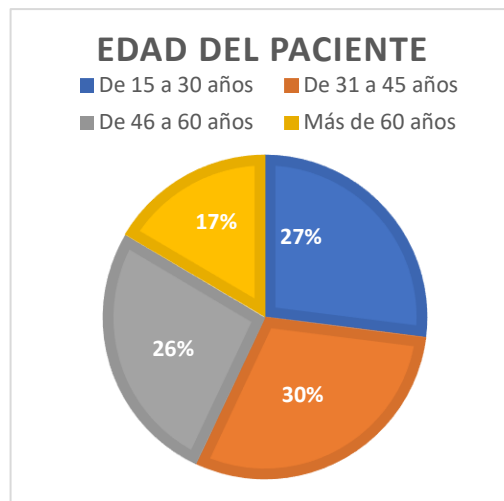


La antigüedad del profesional interviniente en las prácticas radiológicas destinadas a pacientes con padecimientos mentales demuestra una sólida trayectoria en el ámbito de la atención a estos pacientes. Los datos muestran que el 65% de estas prácticas fueron lideradas por el profesional con 7 años de experiencia, este grupo representa la mayoría. Además, el 31% de las prácticas se realizaron con el profesional con una larga experiencia de 10 años y el 4 % restante por el profesional con 9 años de antigüedad.

3- NÚMERO DE PACIENTES REGISTRADOS:

Se registró a los pacientes con un número de orden para preservar su identidad. El número total de registros fue de n=200 pacientes.

4- EDAD DEL PACIENTE



Al momento del relevamiento la distribución de la edad de los pacientes con padecimientos mentales en este estudio representa un panorama de la población atendida. El grupo más numeroso, con un 30%, corresponde a pacientes entre 31 y 45 años de edad. El siguiente grupo, con un 27%, abarca pacientes con edades de 15 a 30 años, lo que sugiere una necesidad de atención temprana y cuidados específicos para esta población más joven. El 26% de pacientes con edades entre 46 y 60 años destaca la relevancia de la atención en el grupo de mediana edad. Por último, un 17% de pacientes mayores de 60 años resalta la importancia de cuidados especializados para una población que a menudo enfrenta desafíos de salud específicos.

Esta diversidad en la distribución de edades refleja la amplitud de la atención que se proporciona y pone de manifiesto la necesidad de una perspectiva integral en el proceso de diagnóstico radiológico.

5- UNIDAD DONDE SE ENCUENTRABA INTERNADO EL PACIENTE AL MOMENTO DE REALIZARSE LA PRÁCTICA RADIOLÓGICA Y COMPLETAR EL CUESTIONARIO



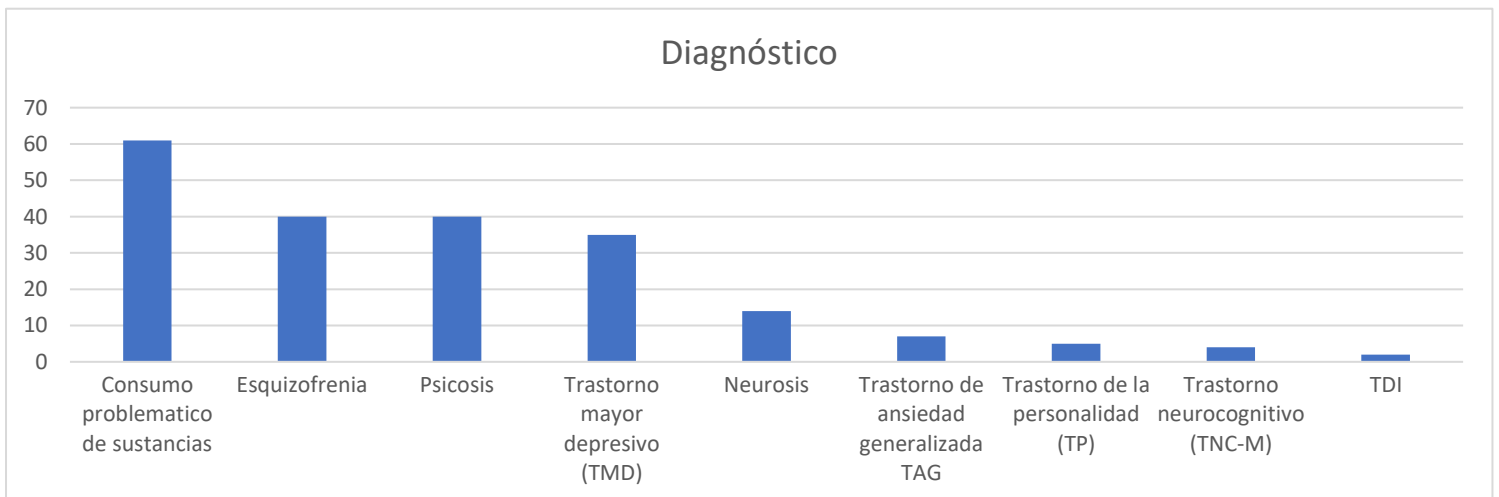
La representación visual de grafico de barras nos ofrece una valiosa perspectiva sobre la distribución de pacientes en las diferentes unidades al momento de realizarse la practica radiológica y completar el cuestionario. Se observa una variación significativa en la ocupación, lo que refleja las diferentes demandas. La unidad con mayor número de pacientes relevados según la demanda es la unidad 5 A, que alcanza un máximo de 42 pacientes, seguida por la unidad 1, clasificada como aguda, con 33 pacientes y la Unidad de soporte Vital (Unidad de paso para pacientes que necesitan una atención más personalizada) con el paso de 26 pacientes de los que se relevaron datos.

De la unidad 3 A se recolectaron datos a 20 pacientes. En un número menor y de forma decreciente siguen la unidad 2 y 7 con un número aproximado de 12 pacientes. Posterior a esta sigue la unidad 5B con 11 pacientes.

Con números similares la unidad 4 (agudos) con el relevamiento de 8 pacientes. Las unidades 3B, 3C, 12 Y 6 comparten el número de pacientes relevados (6 pacientes).

Es crucial destacar que estos relevamientos se llevaron a cabo de manera estratégica respondiendo directamente a las necesidades de la demanda.

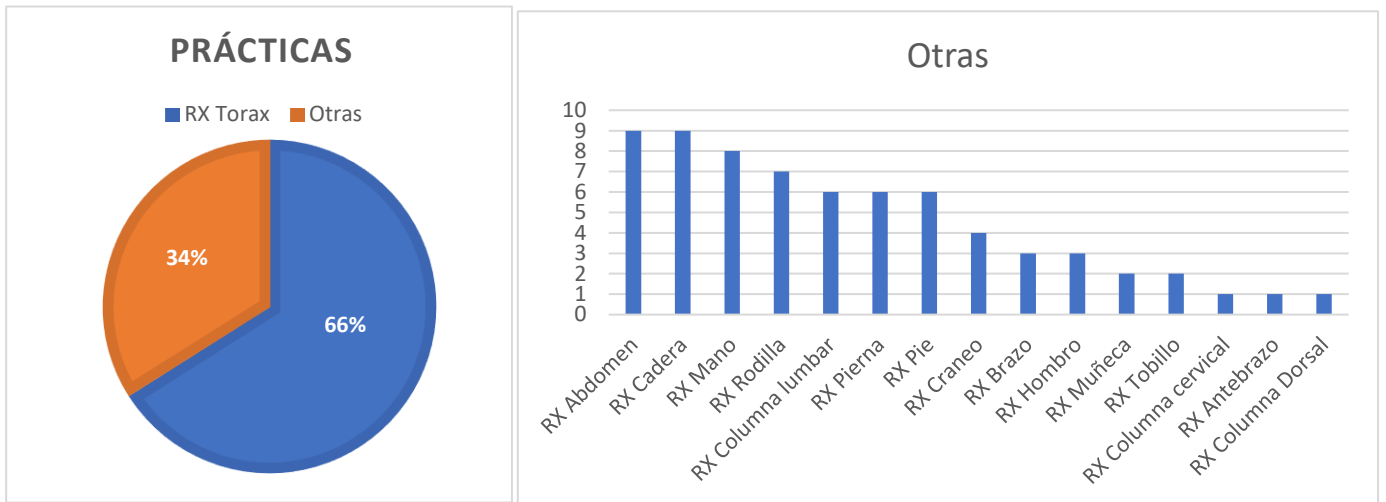
6- DIAGNÓSTICO PSICOPATOLÓGICO DE LOS PACIENTES



Las cantidades para los diagnósticos de los pacientes con padecimientos mentales que requirieron prácticas radiológicas son los siguientes: Problemática de consumo de sustancias 61 pacientes , Esquizofrenia 40 pacientes, psicosis 40 pacientes, trastorno mayor depresivo 35 pacientes, neurosis 14 pacientes, Trastorno de ansiedad generalizado 7 pacientes, Trastorno

neurocognitivo 4 pacientes, Trastorno de la personalidad 5 pacientes, Trastorno de desarrollo intelectual con la menor cantidad, 2 pacientes.

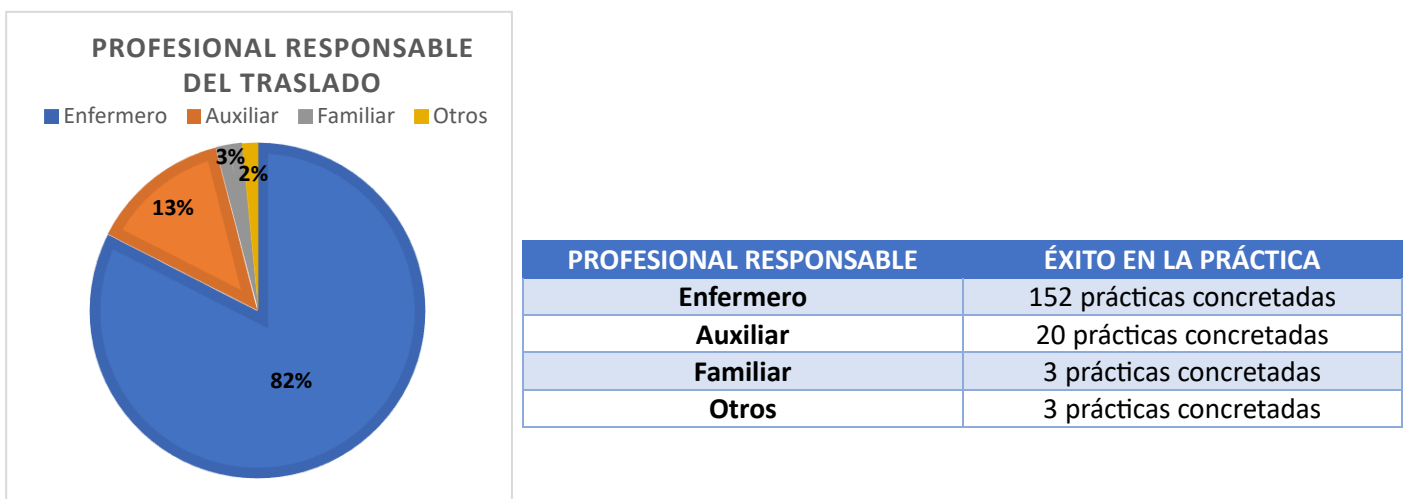
7- PRÁCTICAS RADIOLÓGICAS REALIZADAS



El análisis de las practicas radiológicas solicitadas revela un enfoque importante en la obtención de imágenes de RX de tórax, lo cual constituye un 66% del total de las prácticas. Esta alta proporción refleja su relevancia en el proceso de diagnóstico para los pacientes, proporcionando una visión detallada de las condiciones pulmonares y cardiovasculares.

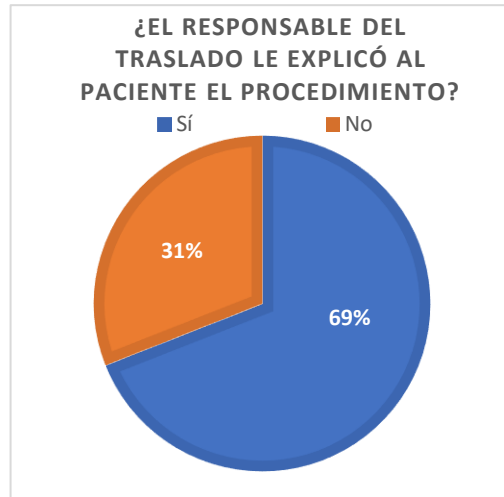
El 34% restante se distribuye en otro tipo de prácticas radiológicas, las cuales representan una diversidad de enfoques en la atención a estos pacientes asegurando una cobertura amplia según las necesidades médicas específicas de cada paciente.

8- PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRASLADO



Para la realización de las diferentes practicas radiológicas quienes trasladaron a los pacientes hasta el servicio de radiología fueron en su mayoría los enfermeros de cada unidad donde se encontraban los pacientes; el 82 % de los traslados estuvo a cargo de los enfermeros, un 13 % a cargo de los auxiliares de enfermería, un 3% se trasladó en compañía de un familiar y el 2 % restante se realizó en la unidad de soporte vital (USV) con equipo portátil.

9- ¿EL RESPONSABLE DEL TRASLADO LE EXPLICÓ AL PACIENTE EL PROCEDIMIENTO?

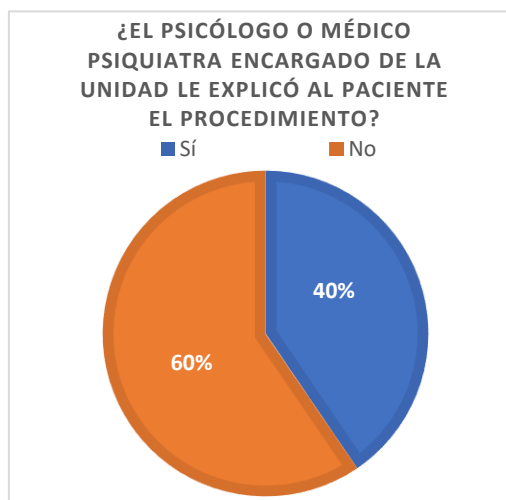


El procedimiento que se le realizó a cada paciente fue explicado por parte del responsable del traslado en la mayoría de los casos. Los porcentajes arrojaron que en un 69 % de un total de 200 prácticas realizadas, se le explicó el procedimiento al paciente y al 31 % restante no se le explicó.

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	ÉXITO EN LA PRÁCTICA
Sí	133 prácticas concretadas
No	45 prácticas concretadas

De la totalidad de atenciones en las que se brindó una explicación del procedimiento, lo que representa un 69% y corresponde a 138 casos, se lograron concretar con éxito 133 practicas radiologicas. Del 31% restante, que equivale a 45 practicas y en las cuales no se explico el procedimiento, sorprendentemente, tambien se lograron concretar las practicas. Esto sugiere que, de un total de 22 pacientes para los cuales la practica no pudo realizarse, cinco de ellos habian recibido la explicacion del procedimiento previamente, mientras que los restantes 17 pacientes no habian sido informados al respecto.

10- ¿EL PSICÓLOGO O MÉDICO PSIQUIATRA ENCARGADO DE LA UNIDAD LE EXPLICÓ AL PACIENTE EL PROCEDIMIENTO?



En cuanto a la explicación de la práctica radiológica que se debe realizar antes de trasladar al paciente hasta el servicio de Radiología por parte del psicólogo o psiquiatra a cargo de la unidad donde este se encuentra internado, el gráfico refleja la frecuencia con la que el encargado de cada unidad explica el procedimiento al paciente. El 60% de las veces no se les explicó el procedimiento, mientras que al 40% restante si recibió explicación.

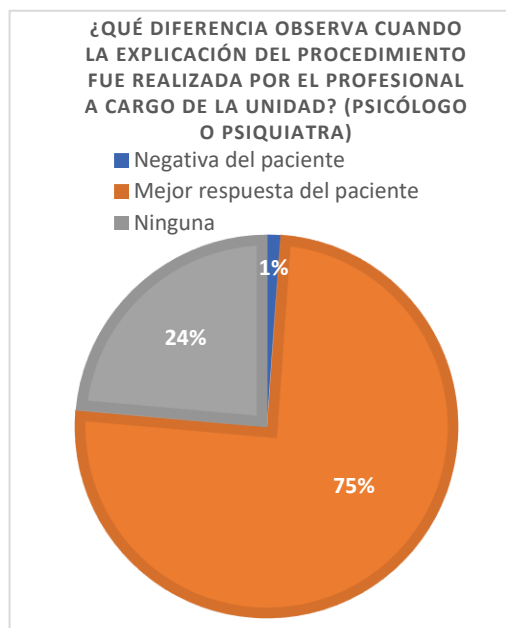
EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	ÉXITO EN LA PRÁCTICA
Sí	77 prácticas concretadas
No	101 prácticas concretadas

En el contexto de 200 atenciones realizadas, el procedimiento fue explicado por los psicólogos o psiquiatras encargados de cada unidad en 81 de estos casos. De estos 81 casos en los que se brindó explicación 77 prácticas fueron exitosamente concretadas.

De los otros 119 casos en los que se proporcionó información al paciente con respecto a la práctica que se le iba a realizar, 101 se lograron concretar con éxito.

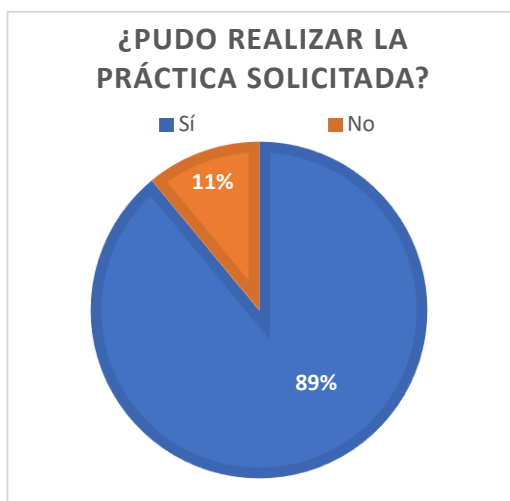
Es interesante destacar que de las 22 prácticas que no se concretaron, en solo 4 casos los pacientes habían recibido la explicación del procedimiento previamente. Esto sugiere que, a pesar de la explicación, estas prácticas no pudieron llevarse a cabo. Las restantes 18 prácticas que no fueron concretadas corresponden a pacientes que no se les explicó el procedimiento.

10. A. ¿QUÉ DIFERENCIA OBSERVA CUANDO LA EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO FUE REALIZADA POR EL PROFESIONAL A CARGO DE LA UNIDAD? (PSICÓLOGO O PSIQUIATRA)



Al corroborar que se le explicó al paciente el procedimiento se registran los siguientes resultados: mejor respuesta del paciente (75%), ninguna respuesta por parte del paciente (24%) y negativa del paciente (1%).

11- ¿PUDO REALIZAR LA PRACTICA SOLICITADA?



Motivo por el cual no se pudo llevar a cabo la practica	
Comportamiento reticente	11 veces
Comportamiento temeroso	3 veces
Comportamiento violento	9 veces
Comportamiento angustiado	8 veces
Paciente que no comprendía las indicaciones	7 veces

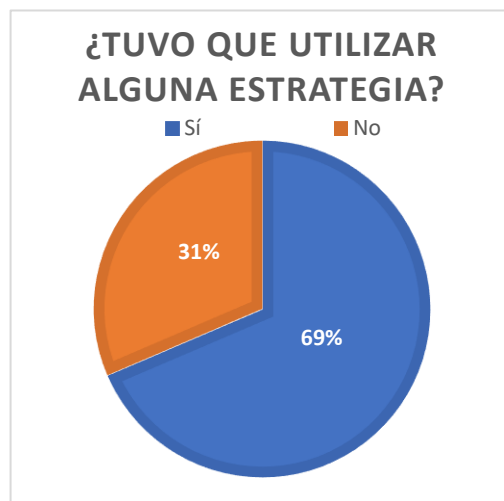
Los resultados de la concreción de la práctica arrojan que de un total de 200 pacientes relevados en el 89 % de los casos (178 pacientes) se pudo concretar la práctica y el 11% restante es decir a 22 pacientes no se logró realizar la práctica.

La tabla que presenta los motivos por los cuales no se pudieron llevar a cabo algunas prácticas revela una variedad de comportamientos por parte de los pacientes. Entre los obstáculos mas frecuentes se encuentra el comportamiento reticente (11 veces), el comportamiento violento (9 veces), se mostró angustiado (8 veces) y aquellos que no comprendían las indicaciones (7 veces). Además, se observaron casos en los que varios comportamientos se presentaron al mismo tiempo en una misma atención, como el comportamiento reticente y temeroso, así como el comportamiento violento y angustiado.

Es importante señalar que el total de números en la tabla puede no coincidir debido a la reiteración de ciertos comportamientos en distintas atenciones.

Esto sugiere que los pacientes en ocasiones presentaron una combinación de comportamientos que contribuyeron a la imposibilidad de llevar a cabo la práctica solicitada.

11. A. SI LOGRÓ REALIZAR LA PRÁCTICA, RESPONDER:



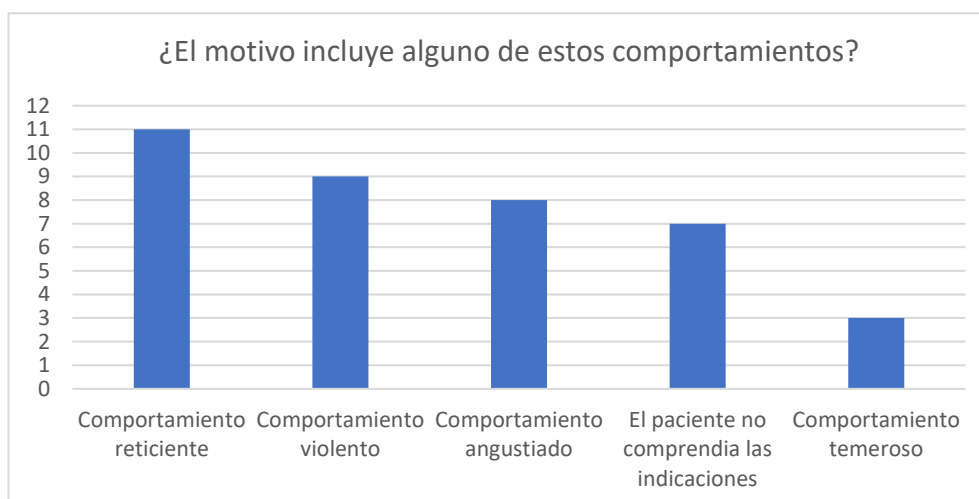
En el 69% de los casos se utilizaron estrategias para lograr las distintas prácticas radiológicas, en un 31% no fue necesario.

¿QUÉ ESTRATEGIA UTILIZÓ? BREVE DESCRIPCIÓN

A continuación, se describen algunas de las estrategias que se utilizaron para la concreción de la práctica

ESTRATEGIAS UTILIZADAS	
Explicación del procedimiento	49 veces
Colaboración del enfermero	44 veces
Ninguna	35 veces
Alternativa para posicionar al paciente	30 veces
Colaboración del psicólogo	14 veces
Colaboración del auxiliar	6 veces
Colaboración del acompañante terapéutico	3 veces
Colaboración del médico psiquiatra	2 veces
Colaboración del personal de seguridad	2 veces

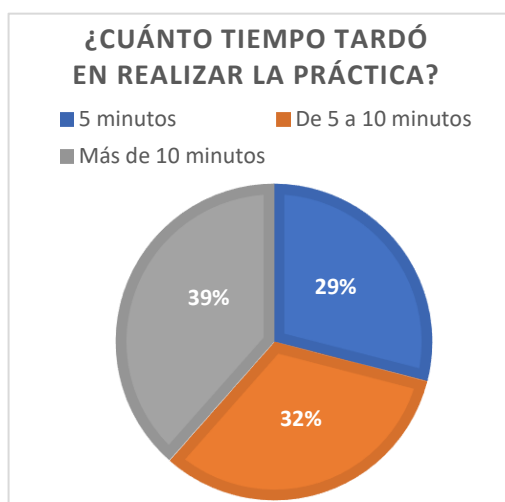
11. B. Si no logró realizar la práctica, responder:



El gráfico de barras representa información sobre las circunstancias o comportamientos que afectaron la realización de algunas prácticas radiológicas e indica lo siguiente: comportamiento reticente por parte de los pacientes 11 veces, comportamiento violento en 9 ocasiones, el paciente se mostraba angustiado en 8 ocasiones, el paciente no comprendía las indicaciones en 7 ocasiones, comportamiento temeroso en 3 ocasiones lo que impidió la realización de la práctica.

Este gráfico proporciona una visión de cómo diferentes comportamientos influyeron en el proceso, permitiendo una comprensión más profunda de los desafíos enfrentados en la realización de las prácticas radiológicas.

12- ¿CUÁNTO TIEMPO TARDÓ EN REALIZAR LA PRÁCTICA?



El tiempo de realización de la práctica fue variable según la condición de cada paciente, en el 32 % de los casos se tardó entre 5 y 10 minutos, un 29% el tiempo fue de 5 minutos, el 39 % de los casos restantes el tiempo fue de más de 10 minutos.

13-OBSERVACIONES O DIFICULTADES:

Estas son algunas de las observaciones o dificultades que se registraron, las cuales fueron ordenadas de forma decreciente por número reiterado de veces que se presentaron:

OBSERVACIONES O DIFICULTADES	
Ninguna	62 veces
Negativa u oposición del paciente	46 veces
Paciente somnoliento	19 veces
Paciente con dificultades motrices	17 veces
Paciente inquieto	14 veces
Limitaciones cognitivas para comprender indicaciones	11 veces
Paciente que manifiesta dolor	8 veces
Paciente intranquilo	7 veces
Dificultad para posicionar al paciente	6 veces
Paciente medicado	5 veces
Paciente bajo medidas de contención	5 veces
Paciente inconsciente	5 veces
Paciente sedado	4 veces
Paciente impaciente	3 veces
Se requirió la ayuda de un enfermero	2 veces
Repetición del estudio	2 veces
Paciente violento	1 veces
Paciente en USV	1 veces

8. DISCUSIÓN:

La presente investigación tuvo como objetivo principal elaborar estrategias de actuación que sirvan de soporte y como herramienta útil para el desempeño del profesional con pacientes con padecimientos mentales, para ello se analizaron datos relevados a través de un cuestionario virtual en formato Google forms, el cual incluyó tres participantes, técnicas radiólogas con diferentes años de experiencia que desempeñan su función en el Hospital de Salud Mental “San Francisco de Asís” de la ciudad de corrientes capital.

La hipótesis planteada sostenía que la implementación de dichas estrategias no solo contribuiría al rendimiento laboral, sino que también facilitaría la realización de prácticas radiológicas. Los resultados obtenidos en este estudio respaldan esta hipótesis al destacar los efectos positivos de la aplicación de estrategias de actuación en la atención a esta población.

En cuanto a la composición del personal interviniente en las prácticas radiológicas, se observó que los técnicos radiólogos desempeñaron un papel fundamental, llevando a cabo el 100% de las prácticas. Esto subraya la importancia de su experiencia y conocimiento en la atención a pacientes con padecimientos mentales, lo que, a su vez, contribuye a la calidad y seguridad del proceso diagnóstico.

Los resultados también revelaron una distribución diversa de pacientes según su diagnóstico psicopatológico y su edad. Este panorama subraya la importancia de un enfoque integral en el proceso de diagnóstico radiológico, ya que diferentes grupos de pacientes requieren atención especializada en función de su edad y diagnóstico.

La comunicación efectiva y la colaboración entre los diferentes profesionales involucrados, como enfermeros, psicólogos y psiquiatras, fueron factores clave para el éxito de las prácticas radiológicas. La explicación del procedimiento por parte de los responsables del traslado y del equipo médico influyó en la realización exitosa de la mayoría de las prácticas.

Sin embargo, se observaron desafíos en la realización de prácticas en algunos casos, debido a comportamientos reticentes, violentos o angustiados por parte de los pacientes. A pesar de la explicación del procedimiento, en ciertos casos, las prácticas no pudieron llevarse a cabo. Esto destaca la necesidad de abordar de manera integral la atención a pacientes con padecimientos mentales, considerando sus comportamientos individuales y adaptando las estrategias de actuación según sea necesario.

En resumen, este estudio proporciona evidencia sólida de que la implementación de estrategias de actuación en la atención a pacientes con padecimientos mentales en el área de

radiología es crucial para mejorar el desempeño profesional y asegurar la realización exitosa de las prácticas radiológicas. La comunicación efectiva, la colaboración interdisciplinaria y la adaptación a las necesidades individuales de los pacientes son elementos esenciales para garantizar un enfoque integral y de calidad en esta área de la salud.

9. RECOMENDACIONES:

La salud mental es de origen multifactorial e influye directamente en la salud general de la población. El rol de la radiología en el abordaje a pacientes con padecimientos mentales es multifacético y desempeña diversas funciones importantes.

Uno de los aspectos de importancia en la valoración del paciente es el que se refiere a la evaluación de la conducta, especialmente cuando se trata de pacientes con padecimientos mentales.

En muchos casos cuando el paciente comienza a desarrollar una serie de conductas incoherentes, inesperadas o incomprensibles para la mayoría del personal, este no sabe cómo actuar, lo que implica la solicitud o pedido de ayuda a un enfermero, familiar o quien fuere el responsable del traslado.

El paciente que enfrenta esta situación a veces ve reducida su capacidad de adaptación a tal punto que se opone a la realización de cualquier práctica que se indique. Los estudios acerca de las características de la conducta de los pacientes con padecimientos mentales se han orientado a la evaluación de los cambios de conducta ante diversas situaciones.

En base a lo observado en el transcurso de esta investigación y después de analizar los resultados se proponen algunas estrategias que contribuyeron en la concreción de las distintas prácticas radiológicas, las cuales se plasman a continuación:

Estrategias Generales Básicas

1. Empatía y respeto:

- Establecer una relación de confianza desde el principio (Desde que ingresa al servicio de radiología),
- Escuchar al paciente con atención, demostrar empatía y respeto
- Adaptar la comunicación, evitando hablar de manera condescendiente

2. Comunicación clara:

- Explicar de manera sencilla el procedimiento
- Responder a preguntas e inquietudes utilizando un lenguaje accesible

3. Paciencia y tranquilidad:

- Reconocer que los pacientes pueden tener dificultad para seguir instrucciones
- Ser paciente y tranquilo, brindando el tiempo necesario para que el paciente se sienta cómodo.

4. Enfoque en el paciente:

- Observar las reacciones del paciente ante las distintas indicaciones.
- Solicitar ayuda al responsable del traslado o profesional especialista si el paciente no conecta.

Estrategias Específicas del Servicio de Radiología

1. Preparación anticipada:

- Antes del procedimiento, comunicarse con el responsable del traslado para solicitar que se le explique el procedimiento al paciente.
- Una vez que el paciente ingrese al servicio de Radiología corroborar que se le haya explicado el procedimiento, de lo contrario hacerlo en ese momento.
- Proporcionar información sobre el equipo involucrado, los sonidos que puedan escucharse y las sensaciones que puedan experimentar.
- Brindar opciones para que el paciente pueda expresar cualquier preocupación y abordarlas antes de comenzar.

2. Posicionamiento Alternativo:

- Ofrecer posiciones alternativas, considerando la comodidad del paciente.
- Adaptar la posición de acuerdo a la necesidad diagnóstica y la capacidad del paciente.

3. Refuerzo positivo:

- Utilizar técnicas de refuerzo positivo durante el proceso.
- Elogiar al paciente por su cooperación, incluso si es parcial.
- Esto puede ayudar a establecer una asociación positiva con la experiencia radiológica y aumentar la colaboración en futuras ocasiones.

4. Ambiente Tranquilo y Seguro:

- Mantener la sala de radiología limpia, ordenada y libre de distracciones.
- Garantizar un entorno tranquilo y seguro para el paciente.

5. Evaluación de Riesgos:

- Evaluar los riesgos antes de iniciar cualquier práctica.
- Comunicarse con el responsable del traslado para obtener información relevante acerca del paciente.

6. Colaboración con el Equipo de Salud Mental:

- Trabajar en colaboración con el equipo de Salud Mental.
- Obtener información sobre el estado emocional del paciente para adaptar enfoques.

7. Consideraciones de seguridad:

- Tomar en cuenta restricciones y consideraciones de seguridad.
- Colaborar con el equipo de seguridad del Hospital o Centro de Salud para garantizar seguridad.

8. Medicación y trabajo en equipo:

- Evaluar la necesidad de medicación con el psiquiatra.
- Trabajar en conjunto con el Equipo de Salud Mental y considerar evaluación riesgo-beneficio.

9. Sujeción (solo si es indispensable)

- Considerar la sujeción como última opción y solo en casos que el especialista así lo decidiera.
- Recordar que una imagen en movimiento no será útil para el diagnóstico.

10. Individualización de la Atención:

- Recordar que cada paciente es único y requiere atención individualizada.

10.CONCLUSIÓN:

En conclusión, el presente estudio ha abordado de manera integral el desafío que implica la atención radiológica a pacientes con padecimientos mentales en el entorno de la Salud Mental. La investigación ha demostrado que la implementación de estrategias de actuación específicas puede desempeñar un papel fundamental en el proceso de obtención de imágenes radiológicas, garantizando tanto la calidad diagnóstica como la seguridad del paciente y del equipo de salud.

Partiendo de la hipótesis planteada, que sostenía que la implementación de estrategias de actuación en la atención a pacientes con padecimientos mentales favorecía el desempeño laboral y contribuiría a la concreción de las prácticas radiológicas, los resultados obtenidos han confirmado esta afirmación. La variedad de estrategias desarrolladas a lo largo de esta investigación ha demostrado ser eficaz en la mejora de la cooperación y en la realización exitosa de las prácticas radiológicas, incluso en pacientes con conductas incoherentes y situaciones complejas.

El problema que plantea la atención a pacientes con padecimientos mentales se ha abordado desde una perspectiva multidisciplinaria, incorporando la colaboración de profesionales de la salud mental y del equipo de radiología. Los datos recopilados revelan la diversidad de diagnósticos psicopatológicos y comportamientos que pueden influir en el proceso de obtención de imágenes, lo que resalta la necesidad de enfoques individualizados y adaptados a las características únicas de cada paciente.

Este estudio también ha destacado la importancia de la comunicación clara, la empatía y el trabajo en equipo como pilares fundamentales para el éxito en la atención radiológica a estos pacientes. La preparación anticipada, el refuerzo positivo, y la colaboración estrecha con el equipo de salud mental han demostrado ser estrategias efectivas para superar los desafíos presentados y lograr la colaboración del paciente en el proceso diagnóstico.

En última instancia, esta investigación ha proporcionado una guía de actuación sólida y basada en evidencia para enfrentar los retos que implica la atención radiológica a pacientes con padecimientos mentales. Las estrategias propuestas no solo tienen el potencial de mejorar la calidad de la atención, sino también de promover un ambiente de confianza y seguridad que contribuye al bienestar integral de los pacientes y al desarrollo profesional de los técnicos radiólogos.

En síntesis, los resultados obtenidos respaldan la importancia de la implementación de estrategias de actuación específicas en la atención radiológica a pacientes con padecimientos mentales. Este estudio no solo contribuye al campo de la radiología, sino que también resalta la necesidad de una atención multidisciplinaria y centrada en el paciente en el ámbito de la salud mental. A medida que avanza la práctica radiológica y la comprensión de la salud mental, estas estrategias continuarán evolucionando, enriqueciendo así la calidad de la atención proporcionada a esta población vulnerable.

11. BIBLIOGRAFÍA:

- American Psychiatric Association. (2018). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. 5ta Edición.
- Martínez-Castillo A., y Rosas S. El estigma hacia los pacientes psiquiátricos: una revisión bibliográfica. (2021)
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado. Ginebra: OMS. 2004
- Stolkiner A., Solitario R. Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira, D. (2007) Atención Primaria en Salud Enfoques interdisciplinarios. Buenos Aires, Ed. Paidós
- Knapp M, Mcdaid D, Mossialos E, Thornicroft G. (2007) Salud Mental en Europa: políticas y prácticas.
- Samaja J.8 (2004) Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Angenot M. (2010) El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Stolkiner A. (1988) Prácticas en Salud Mental. Revista Investigación y Educación en Enfermería, VI (1)
- Menéndez, E.L. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia & Saude Colectiva.
- Stolkiner A. (2010) Derechos Humanos y Derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. Social Medicine/ Medicina Social.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo 2001- Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, OMS, 2001
- Laboratorios Gádor (2003/2004) VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf>; XIV (54).
- Licenciada Stolkiner A. Solitario R., Garbus, P. (2007) Universidad de Buenos Aires. Bahía Blanca. *Atención primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental* <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006839>
- Triana A., Corchuelo R. A., Sierra C. L., (2018). *La atención y manejo primario del paciente psiquiátrico en el ámbito intra y extrahospitalario* <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/3758>
- Darpon S. J. (2002) *Planes de cuidados estandarizados en salud mental. Guía para la práctica* https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/CuidadosAPsaludMental.pdf
- Caminero L.P., Castelo S. C., (2010-2011) *Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica*. Http
- Argentina. Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial Año CXVIII, No. 32.041, 3 de diciembre de 2010.
- Ardila S., Stolkiner A. (2010) Los Derechos Humanos: Categoría central para la evaluación de programas y servicios de salud mental. En: Trimboli A, Fantin J C, Raggi S, Fridman P, Grande E, Bertrán G. Trauma, Historia y Subjetividad.

ANEXO I:

Formulario de relevamiento de datos

Este formulario tiene como finalidad la recolección de datos por parte del profesional acerca de la atención de pacientes con padecimientos mentales en el área de Radiología



*Obligatorio

1. Profesional interviniente

- Técnico
- Médico
- Enfermero

2. Antigüedad del profesional *

Elegir

3. Paciente N° *

Tu respuesta

4. Edad del paciente

- De 15 a 30 años
- De 31 a 45
- De 46 a 60
- Mas de 60

5. Unidad donde se encuentra internado según diagnostico

Elegir

6. Diagnóstico

Elegir

7. Práctica a realizar

Elegir

8. Profesional responsable del traslado

- Enfermero
- Auxiliar
- Familiar
- Otros: _____

9. ¿El responsable del traslado le explicó al paciente el procedimiento?

- Sí
- No

10. ¿El psicólogo o médico psiquiatra encargado de la unidad le explicó el procedimiento? *

- Sí
- No

11. ¿Pudo realizar la práctica solicitada?

- Sí
- No
- Otros: _____

12. ¿Cuánto tiempo tardó en realizar la práctica? *

- 5 minutos
- De 5 a 10 minutos
- Mas de 10 minutos

13. Observaciones o dificultades

Tu respuesta _____

10. A. ¿Qué diferencia observa cuando la explicación del procedimiento fue realizada por el profesional a cargo de la unidad? (psicólogo o psiquiatra)

*

Elegir

Ninguna

Mejor respuesta del paciente

Negativa del paciente

Google Formularios

11. A. Si logró realizar la práctica, responder:

¿Tuvo que utilizar alguna estrategia?

- Sí
- No

¿Qué estrategia utilizó? Breve descripción *

Tu respuesta _____

11. B. Si no logró realizar la práctica, responder:

¿El motivo incluye alguno de estos comportamientos? *

- Reticente
- Temeroso
- Violento
- Angustiado
- No comprendía las indicaciones
- Otros: _____

ANEXO II

SALUD PUBLICA

Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derogase la Ley N.º 22.914.

Sancionada: noviembre 25 de 2010

Promulgada: diciembre 2 de 2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

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

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

Capítulo II

Definición

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

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

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

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

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

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

Capítulo III

Ámbito de aplicación

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

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

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

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V

Modalidad de abordaje

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

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

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

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

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

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

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

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

Capítulo VII

Internaciones

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

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

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

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

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

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

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

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

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

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

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

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

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

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

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

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

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

en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

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

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

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

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

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

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

ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII

Derivaciones

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción sociolaboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de

organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X

Organo de Revisión

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 39. — El Organo de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;

- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorporase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTICULO 43. — Sustituyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES,
A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.