



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD
“LUIS FELIPE MONCADA”**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS**

Seminario de Graduación para optar al título de Lic. En Enfermería en Cuidados Críticos.

Tema: Eficacia de una intervención educativa al personal de enfermería del Centro de salud Edgard Lang Sacaza, sobre la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos, basado en la normativa 122 y guía mhGAP, II semestre 2019.

Autores:

- ✓ **Ervin Santiago Martínez Torrez.**
Enfermero profesional UNAN-Jinotepe.
- ✓ **Itzel Genisset Lacayo Budier.**
Enfermero profesional BICU-BILWI.

Tutor:

- ✓ Msc. Wilber Delgado Rocha.
- ✓ Msc. William Barquero.

Managua, Nicaragua 03 de febrero del 2020.

Tema delimitado: Eficacia de una intervención educativa al personal de enfermería del Centro de salud Edgard Lang Sacaza, sobre la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos, basado en la normativa 122 y guía mhGAP, II semestre 2019.

DEDICATORIA

A Dios.

Por su infinito amor y misericordia, por guiar mi vida por el sendero de la verdad a fin de poder honrar a mi familia con los conocimientos adquiridos.

A mi familia.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi madre, **MARIBEL TORREZ MIRANDA** pues sin escatimar esfuerzo alguno sacrificaste gran parte de tu vida para educarme y guiarme hasta llegar a la realización de mis más grandes metas en la vida

A mi esposa **JESSICA ROJAS REYES** y mi amada hija **BRITTHANY LUCIA MARTINEZ** por su apoyo incondicional, por comprenderme en los momentos que por mis estudios o trabajo me he ausentado de su lado. Gracias por ayudarme a cruzar con firmeza el camino de superación haciendo de este triunfo más suyo que mío. Para ustedes estas líneas de dedicatoria con amor y respeto infinito.

Ervin Santiago Martínez Torrez

DEDICATORIA.

A Dios

Quien me dio aliento de vida y me mostro mi camino y vocación a esta carrera de servicio y por haberme permitido culminar con mi investigación y mi estudio universitario.

A mi familia

Les agradezco a mis padres **SANTA BUDIER y RAFAEL LACAYO**, al igual que a mis tíos (as) por haberme dado el apoyo, soporte emocional y económico durante mi carrera y por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

Itzel Genisset Lacayo Budier.

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor en medio de todas las adversidades.

¡TODO LO PUEDO EN CRISTO QUE ME FORTALECE!!

Cuerpo Docente

A mis profesores por guiarme, a mis tutores Msc. Wilber Delgado y Msc. William Barquero por haberme inspirado, motivado e instruirme en la dirección adecuada para culminar mi formación.

A mis Amigos

Queremos dejarles la legacía de seguir avanzando sin detenerse aun en contra de las dificultades que siempre están presentes, y que el logro de este triunfo les sirva como ejemplo de lo que la voluntad, la responsabilidad, el esfuerzo y el sacrificio son capaces de lograr.

A todos en general gracias por confiar en nosotros y considerarnos ejemplo de superación.

❖ **Ervin Santiago Martínez Torrez**

❖ **Itzel Genisset Lacayo Budier.**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud “Luis Felipe Moncada”

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Aval para entrega de ejemplares de seminario de graduación.

En calidad de tutores del presente trabajo, consideramos que se han integrado las recomendaciones oportunas, emitidas por los miembros del honorable tribunal examinador en la presentación y defensa de **Seminario de Graduación**. Se extiende el presente, que les acredita para la entrega de los ejemplares, según orientaciones del Departamento de Enfermería.

CARRERA: Lic. Enfermería en cuidados críticos.

Tema: Eficacia de una intervención educativa al personal de enfermería del Centro de salud Edgard Lang Sacaza, sobre la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos, basado en la normativa 122 y guía mhGAP, II semestre 2019.

Autores:

- ✓ **Ervin Santiago Martínez Torrez.**
Enfermero profesional UNAN-Jinotepe.
- ✓ **Itzel Genisset Lacayo Budier.**
Enfermero profesional BICU-BILWI.

Sin más a que hacer referencia.

Dado en la Ciudad de Managua, a los 10 días del mes de marzo del 2020.

MSc. William Henderson Barquero Morales
Departamento de Enfermería
POLISAL, UNAN – Managua

MSc. Wilber A. Delgado Rocha.
Departamento de Enfermería
POLISAL, UNAN - Managua

RESUMEN

Se realizó un estudio cuyo propósito fue evaluar la intervención educativa dirigida al personal de enfermería del Centro de salud Edgard Lang Sacaza sede, sobre la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos se aplicó un diseño Pre Experimental, en el cual participaron 23 recursos de enfermería entre once auxiliares de enfermería general, tres enfermeras generales y nueve Lic. En enfermería prueba piloto se realizó en 11 recursos del centro de salud Altagracia, Se utilizó como instrumento una encuesta auto administrada para medir conocimientos y una escala de Likert para medir actitud, los resultados evidencian que existe diferencias entre el pre y post test del grupo experimental, confirmado por prueba de rangos de Wilcoxon, con un P-valor < 0.05 , se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que indica que la media de la nota de antes de la intervención es diferente que la media de la nota después de la intervención. por lo tanto, se concluye que la intervención educativa tuvo una influencia positiva al mejorar la actitud del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, en la práctica y cuidado del paciente con trastorno psiquiátrico y aumentar el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería de esta unidad sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP, **Al ministerio de salud MINSA**, recomendamos Establecer programa de salud mental en el centro de salud Edgard Lang en las que el paciente psiquiátrico pueda sentirse cómodo, satisfecho y sea atendido con calidad y calidez humana, **a los profesionales de enfermería** Promover actividades de promoción y prevención enfocadas en la atención de este tipo de pacientes con: murales educativos, charlas brindadas en colegios, mercados, ferias de salud, puestos médicos, sala de espera de la unidad, visitas domiciliarias, entre otras, a **UNAN – MANAGUA (POLISAL)** Fomentar investigaciones científicas multi y transdisciplinarias que permita valorar la situación de la salud mental y psiquiatría en nuestro país.

Palabras claves: conocimientos, actitud, pre experimental, personal de enfermería, pre prueba, intervención educativa, pilotaje, post prueba.

I. Tabla de contenido	
1	INTRODUCCIÓN 1
1.1	ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN 2
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
2	JUSTIFICACIÓN 5
3	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN 6
4	OBJETIVOS..... 7
4.1	Objetivo General: 7
4.2	Objetivos Específicos:..... 7
5	DESARROLLO DEL SUBTEMA 8
5.1	DISEÑO METODOLÓGICO 8
5.2	MARCO TEÓRICO 26
5.3	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS 50
6	CONCLUSIONES 60
7	RECOMENDACIONES 61
8	Bibliografía..... 62
9	Anexos..... 64
9.1	Anexo. A. CRONOGRAMA 65
9.2	Anexo. B. PRESUPUESTO..... 66
9.3	Anexo. C. INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS..... 67
9.4	anexo. D. TABLAS DE FRECUENCIA 75
9.5	Anexo E. CARTAS FIRMADAS POR EL SILAIS MANAGUA. 81
9.6	Anexo F. CARTAS FIRMADAS POR LOS EXPERTOS. 82
9.7	Anexo. G. FOTOGRAFÍAS TOMADAS 83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1 Edad sexo del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacasa. _____	50
Figura 2 Nivel académico según años laborados del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacasa. _____	51
Figura 3 Actitud del personal de Enfermería antes y después de la intervención educativa. _____	52
Figura 4 Conocimientos del personal de enfermería centro de salud Edgard Lang Sacasa antes y después de la intervención educativa. _____	54
Figura 5 Personal de enfermería que contesta correctamente las preguntas sobre normativa 122, guía clínica para el manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz. _____	56
Figura 6 Personal de enfermería que contesta correctamente generalidades sobre Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado. _____	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad según sexo del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacasa.....	75
Tabla 2 Nivel académico según Años laborados personal de enfermería Centro de salud Edgard Lang Sacasa.....	75
Tabla 3 Actitud del personal de enfermería antes y después de la intervención educativa.	76
Tabla 4 conocimientos del personal de enfermería antes y después de la intervención educativa centro de salud Edgard Lang Sacasa.....	77
Tabla 5 Recursos que respondieron correctamente generalidades sobre Normativa 122.....	78
Tabla 6 Personal de enfermería que contesta correctamente generalidades sobre Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.	78

1 INTRODUCCIÓN

La salud Mental es un aspecto específico, pero inseparable de la salud general de las personas, familias y comunidades. El sistema de salud se organiza a través de dos estructuras o niveles que se consideran interdependientes: la atención primaria en salud (primer nivel de atención) y la atención especializada (segundo nivel de atención), entendiéndose esta última como estructura de apoyo del nivel primario. Los profesionales sanitarios del primer nivel de atención, y las enfermeras en particular, detectan con frecuencia necesidad y problemas relacionados con aspectos psiquiátricos y psicológicos de familias y pacientes que atienden diariamente en las consultas y domicilios. El abordaje de dichas situaciones, así como la intervención en crisis, requieren de conocimientos y habilidades específicas. Para conseguir una atención integral es precisa la coordinación entre los dos niveles asistenciales compartiendo la responsabilidad de los cuidados enfermeros.

El Ministerio de Salud de Nicaragua MINSA, en el año 2013 publica la normativa 122 guía clínica para el manejo hospitalario inicial de la agitación psicomotriz en el paciente adulto lo que nos enseña la manera más adecuada y profesional de brindar atención médica a este tipo de pacientes, respetando lo que establece la Constitución Política de Nicaragua mediante la Ley N° 650, Ley de protección de los derechos de personas con enfermedades mentales aprobada el 27 de febrero del año 2008 y publicada en la gaceta N° 190 del 03 de octubre del año 2008.

El tema de investigación seleccionado se encuentra relacionado con la línea de investigación salud mental de Nicaragua. En el cual se pretende mejorar el conocimiento del personal de enfermería al brindar cuidados especializados a personas con trastornos psiquiátricos. Así mismo con la política de salud: artículo 392 y 402, que en ella se aborda el mejoramiento de aprendizaje del personal de enfermería, para lograr la transformación del sistema nacional de salud, se garantiza el acceso universal y gratuito a los servicios de Calidad ampliando la cobertura de los servicios. Además, promueve el desarrollo integral del personal de salud para brindar una atención de calidad con cariño y calidez. (MINSA, Normativa 122: guía clínica para el manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz (vol.1), 2013).

1.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Martin, García, Gonzales, García, Rivera, en el año 2009 realizaron un estudio en Valencia, España en el penitenciario de Valencia con un Estudio experimental de un único grupo con medida pre – post tratamiento con el objetivo de medir con eficacia la intervención de enfermería, sus principales objetivos fueron: Mejorar la calidad de vida de los internos con trastorno mental aumentando su autonomía personal y adaptación al médico y Evaluar la eficacia de un programa de intervención precoz de enfermería dirigidos a detectar diagnosticar y tratar la alteración de un patrón funcional en concreto el patrón de tolerancia y adaptación al estrés los instrumentos utilizados fueron: Entrevista, ficha de valoración, evaluación cuantitativa de intervenciones realizadas, los resultados de dicho trabajo fue que las intervenciones de enfermería dan resultado bastante efectivas para reducir la ansiedad en los reclusos.

En la revisión bibliográfica, no se encontraron antecedentes enfocados en el tema de investigación, a nivel nacional hay evaluaciones que han estado dirigidas al trato que se brinda a los pacientes psiquiátricos y a sus condiciones de vida con dicha enfermedad, a nivel extranjero se encuentran estudios que en su mayoría abarcan la calidad de atención de enfermería en urgencias psiquiátricas y los modelos y teorías de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica pero no existen intervenciones educativas sobre la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos dirigida al personal de enfermería de unidades de atención primaria, por lo cual el tema de investigación es un estudio único.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización del problema:

Las enfermedades o trastornos mentales son afecciones que impactan el pensamiento, sentimientos y estado de ánimo pueden ser ocasionales o duraderas (crónicas). Según datos estadísticos de la OMS publicados en la revista Washington, DC del 09 de octubre del 2012, los trastornos mentales afectan a más de 500 millones de personas en el mundo, y todas corren el riesgo de sufrirlos debido a los cambios sociales a estilos de vida poco saludables, a las relaciones familiares disfuncionales y prácticas sociales y políticas adversas, a la pobreza, el abandono, la intolerancia, el estigma y la discriminación.

Según la Dra. Manzanares (jefa del servicio de emergencias del hospital psicosocial), En Nicaragua no existen enfermeros especialistas en salud mental, “hace muchos años eran capacitados constantemente, pero de un tiempo para acá no se ha capacitado a las nuevas generaciones de enfermería que son los que laboran actualmente; a pesar de contar con la normativa 122 para el abordaje de estos pacientes el Ministerio de Salud le ha tomado poca importancia a los trastornos mentales los que representarían la segunda causa de muerte para el año 2020.”

Delimitación del problema:

El centro de salud familiar y comunitario Edgard Lang Sacaza está ubicado en el distrito tres de la ciudad de Managua, en él se atienden muchos programas de salud en cuyas consultas de morbilidad más del 80 % tiene implícitos problemas relacionados con la salud mental, a pesar de ello existe poco conocimiento del personal de salud en especial del personal de enfermería sobre el manejo de estos pacientes. No hay una capacitación continua de los recursos de enfermería y nadie conoce sobre la normativa 122 “guía clínica para el manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz”, publicada en la página oficial del Ministerio de Salud en el mes de septiembre del año 2013. A lo anterior, se puede agregar que una de las principales críticas que realiza la sociedad a la universidad, es que siempre los utilizan para realizar sus investigaciones, pero estas tienen como principal objetivo medir o comprender el problema, más no hacen nada por cambiar la realidad, por ello se plantea la necesidad de realizar una intervención

educativa que contribuya a mejorar la atención integral e individualizada del paciente, así como el desempeño eficaz del trabajador de la salud.

Formulación del problema:

¿Cuál es la eficacia de la intervención educativa al personal de enfermería del Centro de Salud Edgard Lang Sacaza, sobre la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos basado en la normativa 122 y guía mhGAP, II Semestre 2019?

Sistematización del problema:

¿Cuáles son las características sociodemográficas del personal de Enfermería del centro de Salud Edgard Lang Sacaza?

¿Cuál es la actitud del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang en la práctica y cuidado del paciente con trastornos psiquiátricos?

¿Qué conocimiento posee el personal de enfermería sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP, para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado?

¿Cuál es el resultado de la intervención educativa al personal de enfermería en el manejo de la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP, para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada?

2 JUSTIFICACIÓN

La Ley N° 650. Ley de protección a los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales aprobada el 27 de febrero del año 2008 y publicada en la gaceta N° 190 del 03 de octubre del 2008. La Ley N° 763, Ley de las personas con discapacidad aprobada en el año 2011 y la aprobación universal de los derechos humanos nos brinda la ordenanza de garantizar y promover el respeto y la protección efectiva de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.

La salud mental es un aspecto específico, pero inseparable, de la salud general de las personas, familias y comunidades. Los profesionales sanitarios de la atención primaria de Salud en general, y las enfermeras en particular, detectan con frecuencia necesidades y problemas relacionados con aspectos psiquiátricos y psicológicos de pacientes y familiares que atienden diariamente en las consultas, domicilios y grupos de terapia. El abordaje de dichas situaciones, así como la intervención en crisis, requieren de conocimientos y habilidades específicas.

En base a lo anterior surge la motivación de iniciar un trabajo de intervención educativa dirigido al personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, para mejorar la calidad de atención que se les brinda a los pacientes que padecen algún trastorno psiquiátrico.

El conocimiento adecuado y profesional de enfermería para el abordaje del paciente psiquiátrico es de vital importancia para la sociedad en general ya que permitirá brindar una atención de calidad y calidez a la población. Por otro lado, el presente estudio brinda un gran aporte teórico ya que en nuestro país no existen enfermeras especialistas en psiquiatría y será una fuente metodológica y de información para la realización de futuros trabajos con el mismo enfoque y línea investigativa.

3 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

La intervención educativa que se le impartirá al personal de Enfermería del Centro de Salud Edgar Lang mejorará el conocimiento y actitud que tienen sobre la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

Evaluar la eficacia de una intervención educativa al personal de enfermería del Centro de salud Edgard Lang Sacaza, sobre la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos, basado en la normativa 122 y guía mhGAP II semestre 2019.

4.2 Objetivos Específicos:

Caracterizar socio demográficamente al personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang.

Identificar la actitud del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, en la práctica y cuidado del paciente con trastorno psiquiátrico.

Verificar el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.

Implementar intervenciones educativas al personal de enfermería en el manejo de la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada.

5 DESARROLLO DEL SUBTEMA

5.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Paradigma y enfoque de la investigación

El paradigma positivista mantiene que todo conocimiento científico se basa sobre la experiencia de los sentidos, solo puede avanzarse mediante la observación y los experimentos asociados al método científico (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Este estudio está bajo el enfoque positivista porque desde este se pretende realizar el cambio, donde los investigadores intervienen en los conocimientos y pretenden probar la hipótesis de diferencia de medias de un mismo grupo.

Diseño

Pre Experimental: desde el termino experimento se le dan dos acepciones que son particular y general: “elegir o realizar una acción” y después observar consecuencias esta concepción se basa en la manipulación intencional de una acción para analizar sus posibles resultados.

(Causa - efecto) X_____Y
X= Causa independiente.
Y= Efecto dependiente.

Lo principal es la intencionalidad de una o más variables independientes, son el principal requisito del experimento y se analiza si una o más variables independientes afectan una o más variables dependientes (Y), en las variables independientes (X) se deben de cumplir tres requisitos para ser consideradas:

- ✓ Que anteceda la dependiente.
- ✓ Que varié o sea manipulada.
- ✓ Que la variación pueda controlarse.

Según el Dr. Piura con su diseño de pre prueba – post prueba con un solo grupo

G-----O1-----X-----O2.

A un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo.

En ciertas ocasiones los diseños pre experimentales sirven como estudios exploratorios, pero sus resultados deben observarse con precaución. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Pre experimental: se llama así porque su grado de control es mínimo.

Diseño de pre test y post test en un solo grupo

De acuerdo a Hernández, Fernández, & Baptista (2014), “se utiliza para medir conocimientos y verificar ventajas obtenidas en la formación académica”. En este estudio se realizará pre test para evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería en la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos, luego la intervención educativa para producir cambios en el conocimiento de los enfermeros y posterior pos test para verificar ventajas producidas por la intervención educativa en este grupo de enfermeros.

Área de estudio.

Ubicación

El Centro de Salud “Edgard Lang Sacaza” actualmente funciona en las nuevas instalaciones, cuenta con tres pabellones de una sola planta, ubicado en el Centro Comunitario “Roger Deshón Arguello”, en el Barrio San Judas, zona Sur-Occidental de Managua, Distrito III. El edificio antiguo funciona como oficinas administrativas.

Extensión Territorial y límites

El área de salud, con una extensión territorial de 78.9 Km², limita:

Este: Colinas de memorial Sandino, semáforos del Memorial, Memorial Sandino, Oscar Turcios hasta la plaza julio Martínez, Colonia del Periodista, Distrito I.

Oeste: Carretera vieja a León, hasta el Km. 16, limitando con la faja Norte del Municipio Ciudad Sandino y al Norte-Este, con el Municipio Villa Carlos Fonseca.

Norte: Desde Metro centro hasta el Km. 7, carretera Sur, limitando con Altagracia y el Municipio de Ciudad Sandino.

Sur: En general abarca toda la zona Sur del distrito III, limitando con el municipio El Crucero (hasta las haciendas).

Oferta de servicios: el tipo de servicios de salud se ofertados son brindados por personal de salud capacitado para sus funciones, brindan una atención integral a la Mujer, Atención Integral al Adolescente, Atención Integral al Niño, Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Morbilidad de Adultos, con atenciones especializadas de Pediatría , Ginecología y Psiquiatría , Psicología , Inmunizaciones, Salud Bucal, Emergencia, Higiene del Medio y Zoonosis, Salud Ambiental, Enfermedades Transmitidas por Vectores, Rehabilitación, Laboratorio Clínico, en el servicio de Emergencia y UAF se brinda atención las veinticuatro horas del día los 7 días de la semana.

Universo muestra muestreo: por conveniencia

Universo

El universo lo componen 23 recursos de Enfermería: entre 04 técnicos, 09 auxiliar y 11 licenciados. En este estudio no se calcula muestra ni se realiza técnica de muestreo, porque se trabajará con el total del universo.

Criterios de inclusión:

- ✓ Todo personal de enfermería.
- ✓ Trabajador activo.

Criterios de exclusión:

- ✓ Que no acepte participar en el estudio.
- ✓ Que este de vacaciones durante la fase de campo del estudio.
- ✓ Que se encuentre de subsidio por enfermedad.

Matriz de obtención de información

<i>Objetivos específicos</i>	<i>Fuente</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Instrumento a crear</i>
<i>Identificar las características sociodemográficas del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang sede.</i>	Recurso de enfermería.	Encuesta	ENCUESTA
<i>Documentar la actitud del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, en la práctica y cuidado del paciente con trastorno psiquiátrico.</i>	Recurso de enfermería.	Encuesta	ESCALA DE LIKERT
<i>Verificar el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.</i>	Recurso de enfermería, normativa 122.	Encuesta	ENCUESTA
<i>Implementar intervenciones educativas al personal de enfermería en el manejo de la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada.</i>	Recurso de enfermería.	Encuesta	ENCUESTA

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE #1: Identificar las características sociodemográficas del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang sede.

DIMENSIÓN	INDICADORES	VALORES	CRITERIO	INSTRUMENTO
Características sociodemográficas del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang sede.	P.1 Edad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 20 años 2. 20 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 a 49 años 5. Mayor de 50 años. 	Personal	Encuesta
	P.2 Sexo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer 	Personal	Encuesta
	P.3 Nivel académico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliares de enfermería general. 2. Enfermeras profesionales. 3. Licenciado en enfermería. 	Personal	Encuesta
	P.4 Años laborados.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 a 3 años. 2. 4 a 10 años. 3. 11 a 16 años. 4. Mayor de 17 años. 	Personal	Encuesta

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE #2: Documentar la actitud del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, en la práctica y cuidado del paciente con trastorno psiquiátrico.

DIMENSIÓN	INDICADORES	VALORES	CRITERIO	INSTRUMENTO
Actitud del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, en la práctica y cuidado del paciente con trastorno psiquiátrico.	P.5-El adquirir nuevos conocimientos en el cuidado de la salud mental propicia el desarrollo de mi autonomía profesional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo. 	Personal	Escala de Likert
	P.6-Considero que mi trabajo con la comunidad y en mi unidad de salud debería ser lo suficientemente valorado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo. 	Personal	Escala de Likert
	P.7-Me gusta proponer cambios y alternativas de solución frente a los problemas de la comunidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo. 	Personal	Escala de Likert



	<p>P.8-Considero que el cuidado a los pacientes con trastornos psiquiátricos favorece mi desarrollo humano y el de la comunidad en general.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo. 	<p>Personal</p>	<p>Escala de Likert</p>
	<p>P.9-Considero que mi trabajo en el área de promoción y prevención a este sector vulnerable de la sociedad, me ha brindado la oportunidad de desarrollar mis capacidades como persona y como profesional</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo. 	<p>Personal</p>	<p>Escala de Likert</p>
	<p>P.10-Creo que trabajar con este tipo de pacientes poco contribuye al desarrollo de mi profesión.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo. 	<p>Personal</p>	<p>Escala de Likert</p>
	<p>P.11-La atención de pacientes con trastornos psiquiátricos debe ser brindada por médicos especialistas ya que posee mayor conocimiento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo 4. De acuerdo. 	<p>Personal</p>	<p>Escala de Likert</p>

		5. Totalmente de acuerdo.		
	P.12 -Considero que como enfermera no puedo involucrarme directamente en la atención y cuidados a pacientes con trastornos psiquiátricos.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	Personal	Escala de Likert
	P.13 -Aún me faltan los conocimientos necesarios para desarrollarme en programas y proyectos de salud mental.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	Personal	Escala de Likert
	P.14 -Siento entusiasmo por realizar mi práctica profesional en programas y proyectos de salud mental.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	Personal	Escala de Likert
	P.15 -no siento entusiasmo ni me intereso por realizar mi práctica profesional en programas y proyectos de salud mental.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo	Personal	Escala de Likert

		4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.		
	P.16- En la institución a la que pertenezco, planteo pocas propuestas de cambio referentes a mi práctica	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	Personal	Escala de Likert

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE #3: Verificar el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.

DIMENSIÓN	INDICADORES	VALORES	CRITERIO	INSTRUMENTO
Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.	P.17 ¿Qué es agitación psicomotriz?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de agitación motora. 2. Descoordinación de movimientos. 3. Estado de marcada excitación mental en el cual el paciente se vuelve potencialmente agresivo. 	3.	Encuesta
	P.18 El diagnóstico de la agitación psicomotriz es clínico y debe ser dado en base a la presencia en la entrevista de los siguientes síntomas y signos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ira explosiva no explicada, irritabilidad, Conducta, Intimidadora gestos de amenazas. 2. Hiperactividad física y mental repetitiva y sin propósito alguno. 3. Todas las anteriores. 	3.	Encuesta
	P.19 El principal factor de riesgo para presentar un cuadro clínico de agitación psicomotriz	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedente de Violencia 2. Familias disfuncionales. 3. La existencia de una etiología orgánica o psiquiátrica descrita anteriormente. 	3.	Encuesta.
	P.20 El manejo inicial de la enfermera debe tomar en cuenta lo siguiente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examen físico en la medida que el paciente lo permita, Tomar y anotar signos vitales. 2. Identificación y registro de los signos y síntomas que el paciente agitado presenta, principalmente señales de 	3.	Encuesta.



		violencia, heridas, contusiones, otro, Registro del consentimiento informado. 3. Todas las anteriores.		
P.21 El tratamiento del paciente adulto con agitación psicomotriz es la implementación de medidas de contención, estos son		1. Métodos de intervención para controlar la conducta de excitación psicomotriz en el paciente agitado. 2. Métodos que permiten una evaluación diagnóstica y la aplicación de un tratamiento adecuado. 3. Todas las anteriores.	3.	Encuesta.
P.22 La normativa usada para el manejo de agitación psicomotriz es:		1. 122. 2. 004. 3. 017.	1.	Encuesta.
P.23 Las medidas de contención son tres.		1. Contención verbal, farmacológica y física. 2. Contención mecánica verbal y traumatológica. 3. Contención mecánica eléctrica y de choque.	1.	Encuesta.
P.24 El orden profesional adecuado según contención.		1. Verbal, física y farmacológica. 2. Farmacológica, física y verbal. 3. Verbal farmacológica y física.	3.	Encuesta.
P.25 Los Medicamentos antipsicóticos más utilizados en la contención farmacológica son.		1. HALOPERIDOL. 2. CLORPROMAZINA. 3. a y b son correctas.	3.	Encuesta.
P.26 Resuelta la crisis de agitación psicomotriz y tratada la causa que la		1. 24 a 28 horas. 2. 60 a 65 horas. 3. 48 a 72 horas para su alta.	3.	Encuesta.



	desencadenadas el paciente debe mantenerse bajo observación por.			
	P.27 ¿Qué entiende por la guía mhGAP?.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Este módulo abarca la evaluación y el manejo de los trastornos del desarrollo, trastornos conductuales y trastornos emocionales. 2. Es una guía modelo y es esencial que sea adaptada a la situación nacional o específica pueden seleccionar parte de los trastornos. 3. Ninguna de las anteriores. 	2.	Encuesta.
	P.28 ¿Qué tipo de trastorno se usa en la guía de mhGAP?.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno de demencia, psicosis, trastorno bipolar. 2. Epilepsia, esquizofrenia, trastorno de la conducta, trastorno del desarrollo. 3. Todas las anteriores. 	3.	Encuesta.
	P.29 ¿Qué es depresión?.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es un síndrome crónico y progresivo debido a cambios en el cerebro. 2. Es un estado de ánimo deprimido persistente o pérdida de interés y placer durante al menos dos semanas. 3. Ninguna de las anteriores. 	2.	Encuesta.
	P.30 ¿Cuáles son los signos y síntomas de una depresión?.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de atención o distracción excesiva, cambios repentinos de conductas en relaciones con los compañeros. 2. Conducta anormal o desorganizada, ideas delirantes. 3. Poca energía, fatiga, problema de sueño, estado de ánimo triste. 	3.	Encuesta.

	<p>P.31 ¿Qué entiende por psicosis?.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Está caracterizada por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como también por un conjunto de emociones ilógicos. 2. Es un síndrome crónico y progresivo debido a cambios en el cerebro, pueden presentarse a cualquier edad. 3. Ninguna de las anteriores. 	<p>1.</p>	<p>Encuesta.</p>
	<p>P.32 ¿Qué entiende por el trastorno bipolar?.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se caracteriza por episodios en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona están significativamente alterados. 2. Es una enfermedad crónica caracterizada por convulsiones recurrentes no probadas. 3. Es un trastorno de ánimo deprimido, pérdida de interés y de placer bajo nivel de energía. 	<p>1.</p>	<p>Encuesta.</p>
	<p>P.33 ¿Qué tratamiento se utiliza en el trastorno bipolar?.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoina. 2. Diazepam, lorazepam, Olanzapina. 3. Olanzapina, risperidona, litio, ácido valproico. 	<p>3.</p>	<p>Encuesta.</p>
	<p>P.34 ¿Cuáles son los signos y síntomas de la epilepsia?.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retraso del desarrollo, aprendizaje más lento, sentirse bien, hablar., leer y escribir. 2. Alucinaciones, ideas delirantes. 3. Pérdida o alteración de la conciencia, rigidez, entumecimiento. 	<p>3.</p>	<p>Encuesta.</p>
	<p>P.35 ¿Cuáles son los tratamientos que se da en</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Haloperidol, risperidona, clorpromazina, flufenazina. 	<p>3.</p>	<p>Encuesta.</p>



	un paciente con epilepsia?.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Carbamazepina, Fenitoina, fenobarbital, valproato sódico. 3. Litio, valproato sódico, Carbamazepina. 		
	P.36 ¿Qué entiende por el trastorno del desarrollo?.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es un término amplio que cubre trastorno tales como la discapacidad intelectual / retraso mental, así como los trastorno generalizados del desarrollo incluyendo el autismo. 2. Es un síndrome crónico y progresivo debido a cambios en el cerebro. 3. Ninguna de las anteriores. 	1.	Encuesta.
	P.37 ¿Cuáles son los síntomas del trastorno del desarrollo?.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida o alteración de la conciencia, rigidez, entumecimiento. 2. Retraso del desarrollo: aprendizaje mucho más lento que el de los niños de la misma edad en actividades tales como: reír, sentarse, permanecer de pie, caminar, hablar y otras áreas del desarrollo tales como escribir y leer. 3. Ninguna de las anteriores. 	2.	Encuesta.
	P.38 ¿Qué entiende por demencia?.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es un trastorno de ánimo deprimido, pérdida de interés y de placer bajo nivel de energía. 2. Es un síndrome crónico y progresivo debido a cambios en el cerebro, pueden presentarse a cualquier edad. 3. Es un síndrome provocado por una enfermedad del cerebro generalmente de naturaleza crónica y progresiva. Las condiciones que causan la demencia producen cambios en la capacidad 	3.	Encuesta.



		mental, la personalidad y la conducta de la persona.		
	P.39 ¿Qué es esquizofrenia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es un síndrome crónico y progresivo debido a cambios en el cerebro, pueden presentarse a cualquier edad. 2. Es una enfermedad mental grave que afecta algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta. 3. Ninguna de las anteriores. 	2.	Encuesta.
	P.40 ¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Delirios, alucinaciones, trastorno del pensamiento, alteración de la sensación sobre sí mismo. 2. Alucinaciones, ideas delirantes. 3. Ninguna de las anteriores. 	1.	Encuesta.
	P.41 ¿Cuáles son los tratamientos de la esquizofrenia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Haloperidol, risperidona, clorpromazina, flufenazina. 2. Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoina. 3. Olanzapina, asenapina, quetiapina, risperidona, clozapina, ziprasidona. 	3.	Encuesta.

Métodos e instrumentos de recolección de datos

Encuesta de auto respuesta mediante la realización de cuestionario que permita el fácil análisis e interpretación de resultados obtenidos.

Cuestionario auto administrado

Es una técnica que sirve para obtener la información deseada, sobre todo a escala masiva, está destinado a obtener respuestas a las preguntas previamente elaboradas, que son significativas para la investigación, se conoce las opiniones, las actitudes, valores, hechos, datos respecto a lo que se está estudiando. (Massuh, 2013). Se elaboró encuesta con datos sociodemográficos como: edad, sexo años laborados, nivel académico, la encuesta cuenta con 20 preguntas evaluativas para medir el nivel de conocimiento del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, a cada pregunta se le asignó un valor cuantitativo de 5 puntos para una suma total de 100 puntos.

FORMATO DE EVALUACIÓN	
Menor de 50 puntos	Deficiente
60 – 70 puntos	Regular
70 – 80 puntos	Bueno
80 – 90 puntos	Muy bueno
90 – 100 puntos	Excelencia

FUENTE: pedagogía, MINED (2001).

La validación del instrumento se efectuó mediante la prueba de jueces por cual se presentó el cuestionario a un experto que tiene dominio del tema abordado en este estudio, por lo que participo como juez: Dra. Manzanares (psiquiatra), quien hizo observaciones con el objetivo de mejorar dicho instrumento para que al momento de aplicar el test fuese un lenguaje sencillo y apropiado para los sujetos de estudio. Ver en anexos las cartas firmadas por los expertos.

Aspectos éticos

Al realizar la investigación, se realizó una carta de parte de los investigadores en la que se pidió el consentimiento informado de la Dra. Gilma Arias para realizar el estudio en la institución, por lo que se le planteó en qué consistiría el trabajo a realizar la interacción que habría entre los sujetos de estudio y los investigadores, el uso de fotos con fines investigativos. Posterior a esto se presentó una carta al Dr. Lester López con los días y fechas en que se llegaría a realizar trabajo de campo en conjunto con ellos. Asimismo, se presentó un consentimiento informado a

cada uno de los integrantes del estudio, en el que se permite la toma de fotos de ellos en el transcurso de las clases teórico prácticas, así como la realización del pre test, intervención educativa y post test.

Plan de tabulación y análisis

Plan de tabulación y análisis (Canales, Pineda y Alvarado, 2008, p.159)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	PLAN DE TABULACIÓN
1. Caracterizar socio demográficamente al del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang.	La intervención educativa que se le impartirá al personal de Enfermería del Centro de Salud Edgar Lang, mejorará el conocimiento y la actitud que tienen sobre la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos.	Características sociodemográficas del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad ➤ Sexo ➤ Nivel académico ➤ Años laborados
2. Identificar la actitud del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, en la práctica y cuidado del paciente con trastorno psiquiátrico.		Actitud del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, en la práctica y cuidado del paciente con trastorno psiquiátrico.	
3. Verificar el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.		Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.	<p>Prueba de Shapiro Wilk para probar la normalidad de la variable dependiente.</p> <p>Prueba de rangos de Wilconxon para prueba de hipótesis estadística.</p>
4. Implementar intervenciones educativas al personal de enfermería en el manejo de la normativa 122 y la guía de		Intervenciones educativas al personal de enfermería en el manejo de la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los	

<p>intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada.</p>		<p>trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada.</p>	
--	--	--	--

5.2 MARCO TEÓRICO

Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas son el conjunto de características biológicas socioeconómicas, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles, útiles para la determinación de las necesidades de salud y de los servicios, tomando en cuenta la edad, escolaridad, sexo, años laborados.

Edad: del latín aeta, es el término que se utiliza para hacer la mención al tiempo que ha vivido un ser vivo, o tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo cualquier de los periodos que se considera dividida la vida de una persona o cualquiera de dichos periodos por sí solo.

Sexo: es una característica de referencia biológica y fisiológica que definen a un hombre y una mujer macho y hembra son categorías sexuales.

Nivel académico: los grados académicos son los niveles de preparación profesional por los que podés optar una vez que salís del colegio. Se pueden dividir según el nivel de conocimiento y las experiencias que vas obteniendo a lo largo de los años y la especialización en la universidad. Entre los que existen tres grandes divisiones pregrados, grados y posgrados.

Años laborados: periodo de tiempo contado en años a partir del primer día de trabajo en una determinada empresa.

La enfermería en psiquiatría ha venido evolucionando a la par que otras áreas de enfermería, de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos aportados por las ciencias sociales, biomédicas y de la conducta. Se ha fortalecido además con teorías propias, hoy reconocida como tales dentro de las cuales se destacan la teoría de la “relación interpersonal enfermera paciente” de Hildegart peplau, la teoría de “las necesidades humanas “ de Virginia Henderson, la aplicación de la teoría de “adaptación” de la hermana Calixta Roy, y otras teorías que han aportado elementos importantes no solo al trabajo de la enfermera en el área de psiquiatría, sino además que han contribuido con sus aportes al manejo integral de la

persona enferma sea cual sea el lugar donde se encuentre y el problema que tenga. (Cardenas, 199|).

Si hoy les preguntará a cada uno de ustedes ¿Cuál es el papel de la enfermera en el área de psiquiatría, y que es lo que la hace diferente a las demás?, obtendría múltiples respuestas, algunas cercanas al quehacer profesional de enfermería en estas áreas y otras un poco alejadas de la realidad, generalmente influenciadas por creencias culturales por percepciones distorsionadas relacionadas con experiencias negativas en el manejo de enfermos mentales y por la actitud o disposición del personal para interactuar con este tipo de personas. (Cardenas, 199|).

La enfermería en salud mental es un área que emplea teoría del comportamiento humano, para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas y para fomentar una salud mental óptima del individuo.

Agitación psicomotriz

La agitación psicomotriz es un síndrome inespecífico, con signos y síntomas de variada etiología, caracterizado por una elevación del comportamiento motor, consiste en un aumento desproporcionado, excesivo y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis etc.), e intensos estados emocionales. (MINSA, 2013).

La agitación psicomotriz es un estado de marcada excitación mental acompañada de un aumento inadecuado de actividad motora, este aumento es en grado variable desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado (MINSA, 2013).

Representa un grave problema para el mismo paciente, para sus familiares, el personal médico y el entorno en general debido a su potencial agresivo, pero no todo paciente con agitación psicomotriz es un violento por sí mismo, ya que este último tiene una razón definida. (MINSA, 2013).

Para poder lograr realizar la definición de agitación psicomotriz se debe tomar en cuenta que:

- ✓ Es una urgencia médica y una urgencia psiquiátrica.
- ✓ Se caracteriza por una hiperactividad física y mental sin propósito alguno.
- ✓ Existe tensión psicológica asociada a una actividad motora – fisiológica.
- ✓ La lesión a otros no se deriva del deseo propio de causar daño, sino que es una expresión más de su patología.
- ✓ Existen sentimientos de confusión íntima.
- ✓ Representa una amenaza para la integridad física del paciente y los que se encuentran a su alrededor ya que antecede a la violencia.
- ✓ En el paciente con agitación psicomotriz de tipo psicótico es más evidente la agresividad verbal y física. (SALUD, 2013).
- ✓ En un primer momento se hace demasiado difícil brindar la atención de los profesionales a este tipo de pacientes ya que pueden intervenir muchos factores que dificultan la actuación profesional en momentos de agitación como por ejemplo la presión que ejercen los familiares o acompañantes o cualquier componente emocional que es generado por este tipo.
- ✓ Por tal razón es necesario el entrenamiento continuo del personal de enfermería que intervienen en este tipo de situaciones para lograr una mayor efectividad en el manejo de todos estos pacientes.

El diagnóstico de la agitación psicomotriz es clínico y debe ser dado en base a la presencia en la entrevista de los siguientes síntomas y signos:

- ✓ Ira explosiva no explicada, irritabilidad.
- ✓ Conducta intimidadora y gestos de amenazas.
- ✓ Hiperactividad física y mental repetitiva y sin propósito alguno.
- ✓ Inquietud, (aumento repetitivo o excesivo de movimientos, caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, los vestidos e incapacidad para mantenerse sentado.
- ✓ Uso de lenguaje demandante o degradante o una conducta hostil.
- ✓ Falta de cooperación (con resistencia a la atención).

- ✓ Conducta impulsiva o impaciente.
- ✓ Baja tolerancia al dolor o la frustración.
- ✓ Respuesta desproporcionada a estímulos externos
- ✓ Sensación de pérdidas de control.
- ✓ Agresividad contra otros o contra sí mismo. (MINSA, 2013).

El principal factor de riesgo para presentar un cuadro clínico de agitación psicomotriz es la existencia de una etiología orgánica o psiquiátrica descrita anteriormente, sumado al estado de agitación psicomotriz que presente el paciente adulto debemos tomar en cuenta su AGRESIVIDAD, es decir el potencial lesivo que puede ser intencionado o no y la VIOLENCIA, la cual hace mención de un comportamiento humano intencionado de dominar y/o dañar a otro de forma psíquica, física, cultural o estructura; es una forma extrema y diferenciada de agresividad y destrucción. (MINSA, 2013).

El manejo inicial de la enfermera debe tomar en cuenta lo siguiente:

- ✓ Examen físico en la medida que el paciente lo permita.
- ✓ Tomar y anotar signos vitales.
- ✓ Identificación y registro de los signos y síntomas que el paciente agitado presenta, principalmente señales de violencia, heridas, contusiones, otros
- ✓ Registro del consentimiento informado (MINSA, 2013).

Tratamiento:

El tratamiento del paciente adulto con agitación psicomotriz es la implementación de medidas de Contención, estos son métodos de intervención para controlar la conducta de excitación psicomotriz en el paciente agitado, a su vez permite una evaluación diagnóstica y la aplicación de un tratamiento adecuado esta intervención debe ser estructurada en tres niveles:

- ✓ Contención verbal.
- ✓ Contención farmacológica y
- ✓ Contención física. (MINSA, 2013)

En general debemos de tomar en cuenta que es imprescindible resolver la causa somática subyacente si existe, ya que mientras esta persista la agitación no se solucionará realmente y el tratamiento será únicamente sintomático.

Los tres tipos de contenciones deben ser utilizados por todo el personal de salud en el manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz, para esto el personal estará debidamente orientado y entrenado.

El contacto inicial del paciente es con el personal de seguridad en el acceso principal a la unidad de salud, estos deben de comprobar que no se porte arma alguna, ni material inflamable, esta información puede ser obtenida de los acompañantes, en caso de que esto no haya sido comprobado se debe de realizar el registro y proceder a requisar todo tipo de objetos que pueden resultar peligrosos y que potencialmente puedan ser un arma.

Ante la emergencia comportamental de un paciente agitado cuando se presente a un servicio de emergencias el equipo de salud (médicos, enfermeras, de seguridad) debe estar dispuesto a tomar e implementar lo siguiente con relación a su seguridad:

El lugar donde se realiza la entrevista debe ser amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes, o afilados con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida sin cerrar las puertas de acceso.

Se debe de intentar respetar la privacidad de la entrevista, pero es prioritario salvaguardar la seguridad de todos, esto va a determinar las condiciones en que se desarrolla la entrevista inicial.

Si la situación lo permite la entrevista se realizará a solas con el paciente, el médico se situará más próximo a la salida y con suficiente distancia fuera del espacio personal del paciente y de su lado no dominante, se evitará que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.

En el lugar debe permanecer un familiar o persona de confianza del paciente siempre y cuando no sea este la causa del conflicto o lo potencie, investigar con ellos sobre antecedentes psiquiátricos, médicos y situaciones previas que puedan estar relacionadas con el inicio de la agitación psicomotriz.

Valorar la cantidad de personas que puedan estar presentes en el momento inicial del abordaje; si es preciso orientar que sean desplazadas otras personas a otro sitio ya que irritan al paciente es mejor hacerlo y tomar medidas para garantizar la seguridad del paciente y de los demás.

El acompañante podrá estar presente si actúa como elemento tranquilizador, se invitará a otras personas a abandonar la sala en que se encuentran si irritan al paciente.

Examen visual breve identificando posibles riesgos para el paciente y otros tomando en cuenta su potencial, agresividad y violencia.

Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con puerta abierta y con otras personas de pie y presentes en la habitación manteniendo al paciente dentro del campo visual.

No debemos exponernos a riesgos innecesarios no se debe de intervenir individualmente, ni quedar a solas ante el paciente agitado; la presencia de personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador, en casos extremos no debemos esperar a ser agredidos para avisar al personal paramédico, de seguridad o policía.

Si el paciente amenaza con armas: interrumpiremos la entrevista ya que esta situación excluye al personal sanitario, no discutiremos y avisaremos al personal de seguridad o la policía. (MINSAL, 2013).

En este manejo inicial debe ser tomado en cuenta lo siguiente:

- ✓ Examen físico a la medida que el paciente lo permita.
- ✓ Tomar y anotar signos vitales.
- ✓ Identificación y registro de los signos y síntomas que el paciente agitado presenta, principalmente señales de violencia, heridas, contusiones, otros.
- ✓ El registro del consentimiento informado.

Contención verbal:

La entrevista inicial es por sí misma una contención verbal, se debe contener la agitación del paciente sin usar fármacos para su sedación en primera instancia si no utilizando la vía del diálogo y la conversación, la contención verbal es sugerida por diferentes expertos como el primer paso a dar ante un paciente agitado, los pasos a tomar en cuenta para lograr que la contención verbal sea exitosa son las siguientes:

- ✓ Identificarse e inicial la conversación con un tema neutro, es decir evitar comentarios o acusaciones referentes a su estado de agitación.
- ✓ Advertir al paciente que la violencia no es aceptable hablándole de una forma clara, calmada y repetida. Transmitir al paciente agitado que nuestra intención es de protección.
- ✓ Fomentar la verbalización de sus síntomas, de los problemas psicosociales, conflictos personales, familiares, etc., con preguntas directas y cortas.
- ✓ Escucha atenta, empática que facilite la verbalización de problemas. No interrumpir discurso.
- ✓ Evitar mostrar miedo y expresar seguridad de lo que hacemos, se debe tener control de la situación con firmeza.
- ✓ Responder de forma tranquila, con un tono de voz suave, utilizando frases cortas y sencillas.
- ✓ Evitar la confrontación dialéctica sin que haya necesariamente que dar la razón al paciente.
- ✓ Si existen ideas delirantes o alucinaciones no es momento para realizar una crítica directa o confrontadora con los mismos.
- ✓ Se debe de centrar en la resolución de problemas más que en los síntomas.
- ✓ Hacerle saber el carácter transitorio de la crisis y potenciar su autoestima.
- ✓ Proponer soluciones mediante el diálogo y la búsqueda de alianzas.
- ✓ Desviar su atención hacia otros intereses (lúdicos, comida, bebida) sobre todo si aumenta el grado de irritabilidad a medida que pasa la entrevista.
- ✓ Promover que el paciente se conecte a su realidad estimulando su atención.

- ✓ Promover la reorientación temporal y espacial. (MINSa, 2013) Además del lenguaje verbal hay intervenciones no verbales paralelas:
- ✓ Nunca darle la espalda.
- ✓ Mantener nuestras manos a la vista del paciente.
- ✓ Evitar movimientos bruscos o súbitos.
- ✓ No intentar tocar al paciente.
- ✓ No mirar fijamente a los ojos ni permanecer a un nivel más alto. La mirada no hay que dirigirla de forma directa ni continua al paciente.
- ✓ La postura ha de ser abierta, tranquila, que invite al dialogo y a la privacidad siempre y cuando hay evidencias de que es un paciente colaborador. (MINSa, 2013).

Contención farmacológica:

La etapa de contención farmacológica inicia en dependencia de diversos factores del contexto y de falta de respuesta a la contención verbal, cuando ha resultado inútil para disminuir la agitación, en muchas situaciones la evaluación inicial nos determina una potencial agresividad y violencia y que la agitación este dado por el consumo de sustancias psicoactivas.

El objeto de la contención farmacológica es lograr una sedación leve en la mayor parte de los casos con la finalidad de controlar la conducta y evitar lesiones; una sedación profunda seria indicada por ejemplo en síndromes de abstinencia a sustancias (MINSa, 2013).

La conducta a seguir en la contención farmacológica será

El tratamiento (PO) deberá ser siempre ofrecido al paciente.

Si por falta de cooperación esta no es posible se optará por la vía intramuscular (IM), aunque es menos rápida para alcanzar los efectos terapéuticos es segura, la más utilizada y de fácil aplicación.

En la práctica tanto en la vía oral como intravenosa son difíciles d aplicar por las características de estos pacientes, la vía IV presenta mayores riesgos cardio respiratorios.

La elección del fármaco y de la vía dependerán del grado de agitación. El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, que sea disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas y con mínimos efectos secundarios.

Actualmente sigue siendo tema de debate que fármacos utilizar solos o en combinación, o que vías o dosis es la más efectiva, esto se expresa en la variabilidad de las recomendaciones, entre autores y guías de otros países.

Las recomendaciones de uso de fármacos de nombre genérico son de dos tipos los antipsicóticos clásicos, antipsicóticos atípicos y los benzodiazepinas.

En los antipsicóticos típicos comparten las características de provocar una neurolepsia, definida como un entecimiento psicomotor, indiferencia efectiva y quietud emocional.

Los medicamentos antipsicóticos más utilizados son el **HALOPERIDOL**, ha mostrado mayor efectividad, considerado el medicamento estándar para la tranquilización rápida seguido por la **CLORPROMAZINA**, de menor potencia con relación al haloperidol pero que causa mayor sedación debido al bloqueo histaminérgico, su principal desventaja es que provoca hipotensión; no se recomienda en el delirio por el efecto anticolinérgico, ya que agrava la confusión, en cardiopatas y en intoxicados por alcohol por su efecto hipotensor y en epilépticos dado que baja el umbral convulsivo.

Los medicamentos antipsicóticos atípicos tienen menores riesgos de afectar los signos vitales por lo que son más seguros, en este grupo están recomendados la **RISPERIDONA** y **OLANZAPINA**, pero tienen riesgo metabólico de aumento de peso, hiperglicemia, hiperprolactinemia, e hipertrigliceridemia.

Los medicamentos denominados benzodiazepinas (BZD) son tanto hipnóticos como ansiolíticos propiedades relacionadas con el efecto terapéutico en la agitación, se prefieren cuando no existe un diagnóstico claro del cuadro clínico, cuando no existe una farmacoterapia específica para la condición (trastorno de personalidad, por ejemplo) o cuando el diagnóstico lo amerita especialmente en este grupo tenemos el **LORAZEPAM** y **DIAZEPAM** como las principales alternativas.

El LORAZEPAM es la única **BZD** con una absorción IM consistente, completa y rápida al contrario que el Diazepam que es errática por esta vía, se recomienda su uso PO o IM como medicación de primera línea para tranquilizar a un paciente agitado sin la suficiente información clínica del cuadro ante la emergencia, tiene la ventaja que en su uso combinado se puede administrar en la misma jeringa que el haloperidol.

El uso combinados d antipsicóticos clásico y una BZD puede producir un efecto anti agitación superior otras drogas cuando se utilizan por si solas, principalmente en el uso combinado de haloperidol y Lorazepam en donde se encuentra mayor evidencia clínica. En la administración IM debemos tomar en cuenta la absorción errática del Diazepam. (MINSA, 2013).

El manejo en sala de urgencia u hospitalización debe contener las siguientes indicaciones

- ✓ Dieta general o hipo sódica según condición del paciente.
- ✓ Esquema de medicamento elegido.
- ✓ Una vez lograda la sedación continuar con el esquema de tratamiento PO si esta se acepta y tolera, en caso contrario:
- ✓ Opción 1. Haloperidol 5mg / IM cada 12 Hrs por 48 a 72 Hrs.
- ✓ Opción 2. Lorazepam 4mg / IM cada 8 a 12 Hrs por 48 a 72 Hrs hasta lograr la sedación y luego continuar con medicación PO.
- ✓ Exámenes de dependencia de la anamnesis: BHC, EGO, glicemia, creatinina, VIH y toxicología si fuese el caso.
- ✓ Signos vitales enfatizando la toma de los mismos por complicaciones cada 4 horas y PRN.
- ✓ Vigilar y reportar por presencia de sedación excesiva, fiebre, dificultad respiratoria o reacciones adversas medicamentosas entre ellas la distonia aguda que es una contractura muscular involuntaria principalmente de los músculos del cuello y cara.
- ✓ Ubicación del paciente cerca de la estación de enfermería.
- ✓ Reporte de enfermería ala, medico si continua agitación o agresividad.
- ✓ Vigilancia médica cada 8 Hrs y PRN. (MINSA, 2013) Situaciones especiales.

- ✓ Las personas de la tercera edad suelen ser más sensibles a los efectos secundarios de los antipsicóticos presentando con más frecuencia sedación, hipotensión y efectos anti colinérgicos por tal razón se debe disminuir la dosis a la mitad del esquema del medicamento elegido.
- ✓ Personas con insuficiencia hepática o renal disminuir dosis a mitad de esquema del medicamento elegido.
- ✓ Uso en embarazadas mayores a 10 semanas, se debe priorizar la contención verbal. Se pueden utilizar antipsicóticos (haloperidol, clorpromazina) y BZD solos o combinados en menor dosis y periodos breves.
- ✓ El haloperidol posee el nivel de evidencia más alto en delirium, pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva ICC, insuficiencia renal crónica IRC, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. (MINSa, 2013).
- ✓ Una vez controlada la agitación es importante determinar la etiología y tratar según la misma.

Contención física o mecánica:

Llamada también contención mecánica o sujeción, es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo, con sujeción a una cama; se utiliza ante el fracaso de la contención verbal o química y siempre tendrá como objeto la seguridad del paciente.

La contención física supone un enfrentamiento ético entre la libertad, la autonomía del paciente y la inmovilización de forma involuntaria llevada a cabo con fines de beneficencia para protección del paciente por lo que es fundamental seguir estrictamente el protocolo de actuación, la indicación de contención mecánica la hará siempre el médico. (MINSa, 2013).

La contención mecánica tiene las siguientes indicaciones:

- ✓ Prevenir lesiones en el propio paciente y terceros.
- ✓ Para evitar interferencias en los programas terapéuticos.
- ✓ Destrucción incontrolada del mobiliario y otros elementos del entorno.
- ✓ Reducir estímulos sensoriales.

- ✓ Desinhibición sexual y persecución reiterada con intenciones sexuales sobre personas del entorno no controlada por otros medios.
- ✓ Evitar la fuga del paciente. (MINSa, 2013).

Las situaciones en las que no se debe aplicar la restricción de movimientos son las siguientes:

- ✓ Que no exista indicación médica para hacerlo.
- ✓ La agitación ha sido resuelta por medidas verbales o farmacológicas.
- ✓ Utilizarla como castigo o pena.
- ✓ Cuando está condicionada por antipatía hacia el paciente.
- ✓ Para el descanso del personal sanitario.
- ✓ Cuando no exista suficiente personal. (MINSa, 2013).

En el procedimiento de la contención mecánica es necesario tomar en cuenta:

- ✓ Que el médico es el responsable de la indicación, este debe registrarla en el expediente clínico.
- ✓ Actuar de manera rápida y sin vacilaciones una vez indicado, eliminar de su alcance cualquier objeto peligroso.
- ✓ En la ejecución explicar al paciente la necesidad de sujeción, que es transitoria y de beneficio, el personal que va a intervenir en la contención no llevara objetos que puedan producir daño (gafas, cadenas, lapiceros, lápices).
- ✓ Durante la ejecución la actitud del equipo debe ser evitar en la medida de lo posible hablar con el paciente, no mostrar cólera, ser firme y amable, respetuoso, evitar golpear, no se debe utilizar violencia física ni verbal y evitar responder a las provocaciones del paciente.
- ✓ El personal que realiza la sujeción es de cinco personas (cada uno sujetando una extremidad y el quinto la cabeza), uno de ellos debe ser designado como responsable del procedimiento.
- ✓ Se sugiere que cada una de las personas implicadas debe sujetar cada uno de los miembros dejando libre las articulaciones, quien da las instrucciones es el responsable del procedimiento.

- ✓ Para trasladar al paciente que no colabore se realiza sujetándolo por las piernas a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo el hombro.
- ✓ Se deben utilizar sujeciones estandarizadas: juego de correas compuesto por cinturón ancho abdominal, muñequeras, tobilleras, estas correas se diferencian por el sistema de cierre, se debe evitar sujetar al paciente con sábanas, tiras, vendas, cordones y mecates.
- ✓ El cinturón abdominal permite al paciente movimientos de giros a ambos lados, incorporarse parcialmente sin caer de la cama, en su parte inferior está sujeto a la cama y el área de amarre es sobre el abdomen; las muñequeras y tobilleras serán acolchonadas para evitar la fricción.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino con la cama ligeramente inclinada en treinta grados.
- ✓ La sujeción lleva el orden de cintura miembros superiores en muñecas e inferiores en tobillos.
- ✓ Sujetar un mínimo de dos miembros alternos y un máximo de 4 miembros, cuando la agitación ceda parcialmente se pueden realizar sujeciones de dos miembros cruzadas o alternos (miembro superior de un lado y el inferior contra lateral).
- ✓ Revisar cada 30 minutos el estado del paciente y las sujeciones valorando la comprensión vascular y nerviosa a fin de prevenir trombo-embolismo, laceraciones, edemas, pasado este tiempo hay que liberar alternativamente uno de los miembros, permitiendo que estén libres al menos unos 15 minutos.
- ✓ Valorar hidratación, nutrición, higiene, signos vitales. La alimentación se hará en base a evitar los peligros de aspiración que supone la posición y la sedación por fármacos, es preferible que lo haga el paciente liberando uno de los miembros superiores.
- ✓ Asegurar la observación del médico en las 3 horas posteriores a la sujeción y una a las ocho horas reevaluando la necesidad de la continuidad o no de la medida de contención.
- ✓ La des – contención física será progresiva (parcial o total).

- ✓ El personal de enfermería debe anotar la fecha, la hora de inicio y fin de la contención, verificar que se ha explicado la medida, la indicación, el tipo de contención física, el estado del paciente y las medidas empleadas que han fracasado. (MINSAL, 2013).

Una vez controlada la agitación y reducido los riesgos de la misma, se procede a determinar la etiología de la misma si no ha sido lo suficiente investigada; si es de origen orgánico y que amerite mayores estudios diagnósticos y atención por neurología y neurocirugía que debe referir al hospital del tercer nivel indicado, igual si su etiología corresponde a un nivel psicótico que amerite una hospitalización por psiquiatría; no se debe de perder de vista que en determinadas situaciones esta agitación está relacionada con situaciones de violencia o con aspectos medico legales . (MINSAL, 2013).

Resuelta la crisis de agitación psicomotriz y tratada la causa que la desencadena el paciente debe mantenerse bajo observación por 48 a 72 Hrs para su alta, el seguimiento se hará en el nivel respectivo asistiendo a la unidad de salud que le corresponda. (MINSAL, 2013).

para poder diferenciar cada uno de los diferentes trastornos psiquiátricos haremos uso de la guía clínica de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializa de la OMS.

Guía mhGAP

El manual de normas y procedimientos aplicados en la atención de enfermos mentales está destinado a servir de guía para el personal de enfermería o servicios ambulatorios conocido como trabajadores de atención primaria de salud (TAP). Por lo general, el trabajador de atención primaria (TAP) puede atender los casos de trastornos mentales en poblaciones que no dispongan de servicios médicos generales y menos aún, de especialistas. La atención del enfermo mental es una labor que se agrega a los servicios incluidos en la atención primaria de salud. (OMS, 2013).

La problemática de la salud mental de la población y la necesidad de extender la atención de cobertura de atención, en la medida que lo permitan los recursos humanos y físicos existentes,

hacen necesarios establecer ciertas normas que rijan la ejecución de diversas actividades del programa a fin de garantizar su eficacia.

Los propósitos que persigue el programa pueden definirse como sigue:

- ✓ Promover tendencias a logra la prevención de trastornos y desajustes mentales dentro de la zona de cobertura.
- ✓ Promover acciones para satisfacer la demanda de servicios de salud mental de manera más acordes con los requerimientos reales; realizar diagnóstico precoz y evitar, o al menos disminuir, la necesidad de hospitalización.
- ✓ Mantener la continuidad del tratamiento mediante programas de seguimiento. (OMS, 2013).

Aproximadamente cuatro de cada cinco personas que necesitan atención por trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en los países con ingresos bajos y medios – bajos no la reciben. Las intervenciones, aunque estén disponibles, a menudo no se basan en pruebas o en la evidencia, ni son de alta calidad. La OMS lanzo recientemente el programa de acción para superar las brechas en Salud Mental (mhGAP por sus siglas en inglés) dirigido a los países con ingresos bajos y medios – bajos con el objetivo de mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Esta Guía de intervención mhGAP (GI-mhGAP) ha sido elaborada para facilitar la aplicación de aplicación de intervenciones relacionadas con el mhGAP basadas en pruebas en entorno de atención de salud no especializada. (OMS, 2013).

La GI-mhGAP ha sido elaborada para ser aplicada en el nivel de atención de salud no especializada. Esta dirigidas a los personales de atención de salud que trabajan en los establecimientos del primer y de segundo nivel. Estos profesionales pueden estar trabajando en un centro de salud como parte del equipo clínico de un hospital o de un centro a nivel de distrito o área. Incluyen médicos generales, médicos de familia, enfermos y técnicos de salud. Otros profesionales de atención sanitaria no especializada pueden usar la GI-mhGAP con la adaptación necesaria. Los establecimientos del primer nivel incluyen los centros de atención de salud que sirven como primer punto de contacto con un profesional de la salud y proporcionan atención médica ambulatoria y de enfermería. (OMS, 2013).

La **GI-mhGAP** es una guía modelo y es esencial que sea adaptada a las situaciones nacionales locales. Los usuarios podrán seleccionar una parte de las condiciones o intervenciones prioritarias para adaptar e implementar, dependiendo de las diferencias contextuales en cuanto a prevalencia y disponibilidad de recursos. Es necesario garantizar la adaptación de esta guía para que cubra las condiciones que más contribuyen a la carga de enfermedad en un país específico y que sea adecuada para las condiciones locales que afectan a la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias en las instalaciones de salud. (OMS, 2013).

Depresión moderada- grave

En los típicos episodios depresivos, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de placer y bajo nivel de energía, lo que conduce a una disminución en la actividad durante por lo menos 2 semanas. Muchas con depresión también padecen de síntomas de ansiedad y síntomas somáticos sin explicación médica. (OMS, 2013).

Este módulo cubre la depresión moderada- severa a lo largo de la vida, incluyendo infancia, adolescencia y vejez.

Una persona en la categoría de depresión moderada-grave de la Guía GI-mhGAP tiene dificultades para realizar su trabajo usual, sus actividades escolares, domésticas o sociales debido a los síntomas de depresión. (OMS, 2013).

El manejo de los síntomas que no califiquen como depresión moderada-grave está cubierto en el módulo sobre otros síntomas emocionales significativos o padecimiento somático sin explicación médica. (OMS, 2013).

Manifestaciones comunes

- ✓ Poca energía.
- ✓ Fatiga.
- ✓ Problemas de sueño o apetito o estado de ánimo triste o ansioso en forma persistente.
- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Falta de interés o de placer en actividades que solían ser interesante o placenteras.

- ✓ Múltiples síntomas sin causa física definida (por ejemplo, dolores y malestares, palpitaciones, aletargamiento).
- ✓ Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales. (OMS, 2013).

Psicosis

La psicosis está caracterizada por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como también por un conjunto de emociones inapropiadas o limitadas. Puede presentar lenguaje incoherente o ilógico. También se pueden presentar alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen), estado delirante (creencias fijas, falsas e idiosincrásicas) o recelo excesivo e injustificado. Se pueden observar anormalidades graves de conducta, tales como conducta desorganizada, agitación, excitación e inactividad o actividad excesiva. También se pueden detectar alteraciones de las emociones, tales como apatía pronunciada o incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado (por ejemplo, entre las expresiones faciales y el lenguaje corporal). (OMS, 2013).

Manifestaciones comunes

- ✓ Conducta anormal o desorganizada (por ejemplo, lenguaje incoherente o sin sentido, apariencia inusual, abandono de sí mismo, apariencia descuidada).
- ✓ Ideas delirantes (una creencia falsa sostenida con firmeza o sospechas injustificadas).
- ✓ Alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen).
- ✓ Descuido de las responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo, escuela, actividades domésticas o sociales.
- ✓ Síntomas maníacos (varios días de estar anormalmente contento, con demasiada energía, hablando en exceso, muy irritable, con falta de sueño, con comportamiento temerario). (OMS, 2013).

Trastorno bipolar

El trastorno bipolar se caracteriza por episodios en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona están significativamente alterados. Esta alteración consiste, en

algunas ocasiones, en una elevación del estado de ánimo y una reducción de la energía y actividad (depresión). (OMS, 2013)

Manifestaciones comunes

- ✓ Falta de atención o distracción excesiva, suspende las tareas repetitivamente antes de terminarlas y cambia a otras actividades.
- ✓ Actividad excesiva, anda de un lado a otro, dificultad extrema para permanecer sentado, hablar en exceso o inquietud desmedida.
- ✓ Impulsividad excesiva: con frecuencia hace cosas sin previsión o cautela.
- ✓ Conducta repetida y continua que molesta a otros (por ejemplo, rabieta generalmente frecuentes y graves, conducta cruel, desobediencia persistente y grave, robo).
- ✓ Cambios repentinos de conducta o en las relaciones con compañeros, incluyendo aislamiento y enojo. (OMS, 2013)

Tratamiento

- ✓ Estabilizadores del estado de ánimo: litio, al ácido valproico, el divalproato sódico, la Carbamazepina y la lamotrigina.
- ✓ Antipsicóticos: Olanzapina, risperidona, quetiapina, cariprazina o asenapina.
- ✓ Antidepresivo y antipsicótico: el medicamento symbyax combina el antidepresivo fluoxetina y el antipsicótico Olanzapina. Controla como tratamiento para la depresión y como un estabilizador del estado de ánimo.
- ✓ Psicoterapia: como parte clave del tratamiento el proveedor de atención psiquiátrica puede recomendar terapia cognitivo-conductual para identificar comportamientos y creencias negativas y poco saludable.
- ✓ Programas de tratamiento: participar en un programa de tratamiento ambulatorio para el trastorno bipolar puede ser muy beneficioso.
- ✓ Estrategias de autocuidados: además de los medicamentos y otros tratamientos, el control exitoso del trastorno bipolar incluye tener una vida saludable, como dormir lo suficiente, tener una alimentación saludable y estar activo físicamente.

Epilepsia

Es una enfermedad crónica, caracterizada por convulsiones recurrentes no provocadas. Tiene varias causas: puede ser genética o puede presentarse en personas que tienen una historia pasada en trauma del nacer, infecciones cerebrales o lesiones de la cabeza. En algunos casos no se puede identificar una causa específica. Las crisis son causadas por descargas anormales en el cerebro y pueden ser de diferentes formas; las personas con epilepsia pueden tener más de un tipo de crisis. Las dos formas principales de crisis son las convulsivas y las no convulsivas. (OMS, 2013).

La epilepsia no convulsiva tiene características tales como alteraciones de la conciencia de la conducta de las emociones o de los sentidos, (por ejemplo, del gusto, olfato, visión o audición), de modo similar a los trastornos de salud mental de manera que se pueden confundir con ellos. La epilepsia convulsiva se caracteriza por la concentración muscular repentina que provoca que la persona se caiga y permanezca rígida, seguida de episodios en los que se alteran la relajación y rigidez muscular, con o sin pérdida de control intestinal o urinario. Este tipo de epilepsia está asociado con mayor estigma y mayor morbilidad y mortalidad. (OMS, 2013).

1.2.1.1 Manifestaciones comunes

- ✓ Movimientos o ataques / crisis convulsivas.
- ✓ Durante la convulsión: pérdida o alteración de la conciencia, rigidez, entumecimiento, mordedura de lengua, lesiones físicas, incontinencia urinaria o intestinal.
- ✓ Después de la convulsión: fatiga, adormecimiento, somnolencia, confusión, conducta anormal. Cefalea, dolores musculares o debilidad en un lado del cuerpo. (OMS, 2013).

Tratamiento y consejo farmacológico

NIÑO.			ADOLESCENTE/ ADULTO.	
	Dosis inicial.	Dosis de mantenimiento.	Dosis inicial.	Dosis de mantenimiento.
Carbamazepina.	5mg/kg/día.	10-30mg/kg/día.	100-200mg/día.	400-1400mg/día.
Fenobarbital.	2-3mg/kg/día.	2-6mg/kg/día.	60mg/día.	60-180mg/día.
Fenitoina.	3-4mg/kg/día.	3-8mg/kg/día (máximo 300mg diario).	150-200mg/día.	200-400mg/día.
Valproato sódico.	15-20mg/kg/día.	15-30mg/kg/día.	400mg/día.	400-2000mg/día.

Trastorno de desarrollo

Es un término amplio que cubre trastorno tales como la discapacidad intelectual / retraso mental, así como los trastorno generalizados del desarrollo incluyendo el autismo. Generalmente comienzan en la infancia con una alteración o retraso de las funciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso central y tiene un curso constante, a diferencias de las remisiones y recaídas que tienden a caracterizar a muchos otros trastornos mentales. (OMS, 2013).

Trastornos generalizados del desarrollo incluyendo el autismo

Están caracterizados por una atención de la conducta social, la comunicación y el lenguaje y un rango limitado de intereses y actividades que son exclusivos del individuo y que se llevan a cabo en forma repetitiva. Comienzan en los primeros dos años de vida o durante la primera infancia. (OMS, 2013).

Signos y síntomas

- ✓ Retraso del desarrollo: aprendizaje mucho más lento que el de los niños de la misma edad en actividades tales como: reír, sentarse, permanecer de pie, caminar, hablar y otras áreas del desarrollo tales como escribir y leer.
- ✓ Alteraciones en la comunidad, conducta restringida, repetitiva.
- ✓ Dificultades para llevar a cabo las actividades normales diarias que corresponden a su edad. (OMS, 2013).

Trastorno de la conducta

Los trastornos de la conducta representan un término amplio que incluye trastornos más específicos, tales como el trastorno de hiperactividad o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) u otros trastornos conductuales. (OMS, 2013).

Trastorno de hiperactividad/ trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Las características principales con problema de atención y actividad excesiva. Las deficiencias de la atención se manifiestan como una tendencia a suspender las tareas antes de terminarlas y una dificultad para concluir con cualquier actividad. El niño adolescente cambia con frecuencia de una actividad a otra. Este déficit en persistencia y atención se debe diagnosticar como un trastorno solamente si es excesivo para la edad e inteligencia del niño adolescente y si afecta su funcionamiento y aprendizaje normal. (OMS, 2013).

Signos y síntomas

- ✓ Falta de atención o distracción excesiva, suspende las tareas repetitivamente antes de terminarlas y cambia a otras actividades.
- ✓ Actividad excesiva de andar de un lado a otro, dificultad extrema para permanecer sentado, hablar en exceso o inquietud desmedida.
- ✓ Impulsividad excesiva: con frecuencia hace cosas sin previsión.
- ✓ Conducta repetida y continua que molesta a otros como, por ejemplo, rabietas generalmente frecuentes y graves, conducta cruel, desobediencia persistente y grave, robo.
- ✓ Cambios repentinos de conducta o en relaciones con los compañeros, incluyendo aislamiento y enojo. (OMS, 2013)

Intervención farmacológica metilfenidato

- ✓ No use medicamentos en la atención primaria sin consultar primero a un especialista.
- ✓ No use medicinas para los trastornos generales de conducta en niños y adolescentes solo considere el metilfenidato para el trastorno de hiperactividad. Si han fracasado las intervenciones psicosociales, si el niño ha sido minuciosamente evaluado y tiene por lo menos 6 años de edad. (OMS, 2013).

Dosificación y administración

- ✓ Formulación de liberación inmediata.
- ✓ Comience con 5mg (1 o 2 veces al día).
- ✓ Aumentar gradualmente (durante 4-6 semanas) la dosis (en 2-3 dosis divididas) hasta que no se observe más mejoría y los efectos secundarios sean tolerables hasta una máxima dosis diaria recomendada de 60 mg (2-3 divididas). (OMS, 2013) Efecto secundario.
- ✓ Efecto secundario más común: insomnio, disminución del apetito, ansiedad y cambios en el estado de ánimo.
- ✓ Efecto secundario menos comunes: dolor abdominal, cefalea, náusea, retardo temporal del crecimiento y bajo peso, vómitos, tics (monitoree la talla y el peso)
- ✓ considere una pausa en el tratamiento del medicamento en los días libres de la escuela para permitir que se compense el crecimiento). (OMS, 2013).
- ✓ Suspenda la administración de metilfenidato si no hay respuesta después de 1 mes.
- ✓ Obtenga el peso cada 3 meses y talla cada 6 meses si deja de haber un aumento en la talla o en el peso, descontinúe el metilfenidato y consulte a un especialista. (OMS, 2013).

Demencia

Es un síndrome provocado por una enfermedad del cerebro generalmente de naturaleza crónica y progresiva. Las condiciones que causan la demencia producen cambios en la capacidad mental, la personalidad y la conducta de la persona. Las personas con demencia experimentan con frecuencias con problemas relacionados con la memoria y las habilidades necesarias para llevar a cabo las actividades diarias. (OMS, 2013).

Signos y síntomas

- ✓ Deterioro o problemas de memoria y desorientación (conciencia del tiempo, del lugar y de la persona).
- ✓ Problema en el estado de ánimo o de la conducta tales como apatía (parece desinteresado) o irritabilidad.
- ✓ Pérdida de control emocional- se disgusta irrita o llora con facilidad.
- ✓ Dificultad para llevar a cabo su trabajo usual, actividad doméstica o social. (OMS, 2013).

Identificación de la demencia

La identificación de la demencia requiere

- ✓ La evaluación de la memoria y el funcionamiento cognitivo usando pruebas sencillas.
- ✓ La confirmación, mediante entrevistas o familiares o a otra persona que conoce bien a la persona enferma que estos problemas:
- ✓ Se presentaron hace poco.
- ✓ Ha ido empeorando.
- ✓ Están causando dificultad moderada para llevar a cabo el trabajo diario y las actividades domésticas o sociales. (OMS, 2013).

Esquizofrenia

Es una enfermedad mental grave que afecta algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta. Las personas que la padecen pueden escuchar voces que no están allí; ellos pueden pensar que otras personas le quieren hacer daño.

Síntomas

- ✓ Delirios.
- ✓ Alucinaciones.
- ✓ Trastorno de pensamiento.
- ✓ Alteración de la sensación sobre sí mismo.
- ✓ Deterioro de las emociones.
- ✓ Aislamiento.
- ✓ Suicidio.

Tratamiento de esquizofrenia

- ✓ Olanzapina.
- ✓ Asenapina.
- ✓ Quetiapina.
- ✓ Risperidona.
- ✓ Clozapina.
- ✓ Ziprasidona.
- ✓ Terapia individual.
- ✓ Terapia familiar.
- ✓ Rehabilitación vocacional y empleo con apoyo.
- ✓ Psicoterapia.
- ✓ Diazepam.
- ✓ Lorazepam.

5.3 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Características sociodemográficas del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacasa.

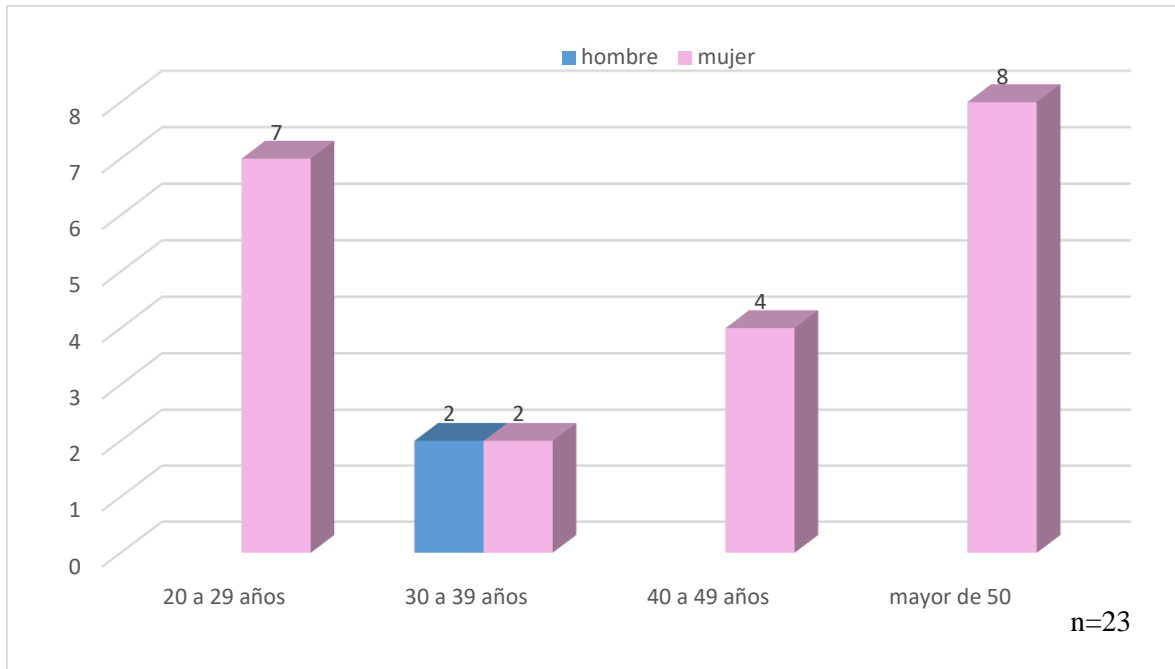


Figura 1 Edad sexo del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacasa.

Fuente: instrumento de recolección de datos. Ver anexo D.

Las edades que predominan en los integrantes del personal de enfermería en estudio son de un mínimo de 20 años y un máximo de más de 50 años, y tanto el sexo masculino como femenino forman parte del estudio, predominando en un 34.7% (8) el sexo femenino, con una edad promedio mayor de 50 años.

De acuerdo a García (2016) los “trastornos de aprendizaje persisten en la adultez, ya que en dicha población son evidentes las dificultades adaptativas en relación con los ámbitos académicos, ocupacional, social, entre otros.”

Por lo tanto, este grupo etario será determinante de la eficacia o ineficacia de esta intervención educativa por su grado de adultez y su baja capacidad de adaptación académica, al dificultarse a esta edad la facilidad de adquirir nuevos conocimientos.

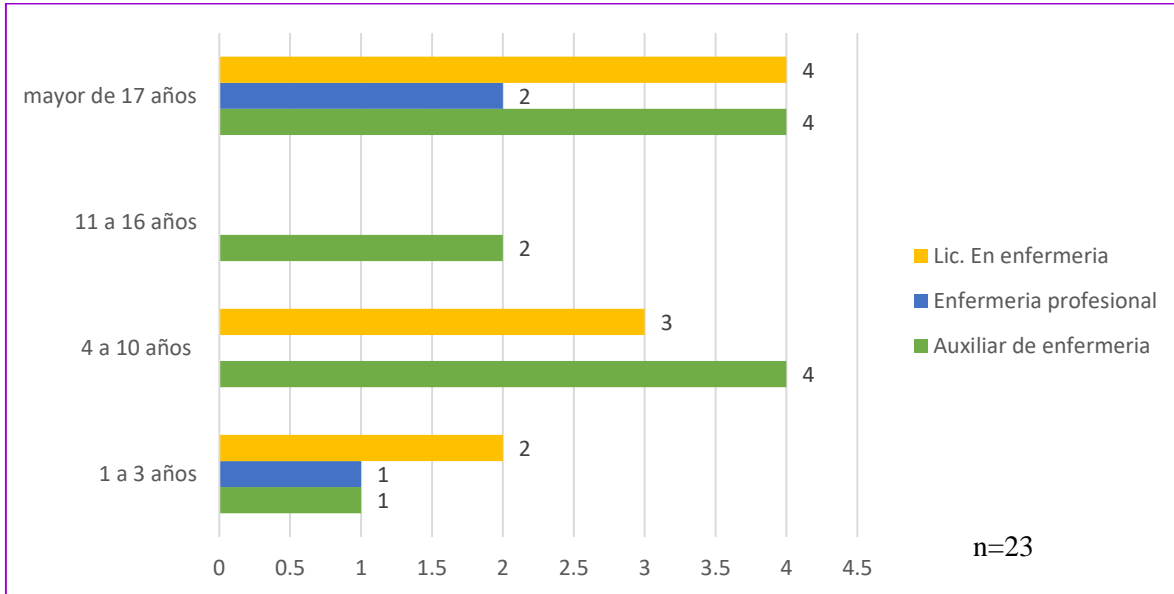


Figura 2 Nivel académico según años laborados del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacasa.

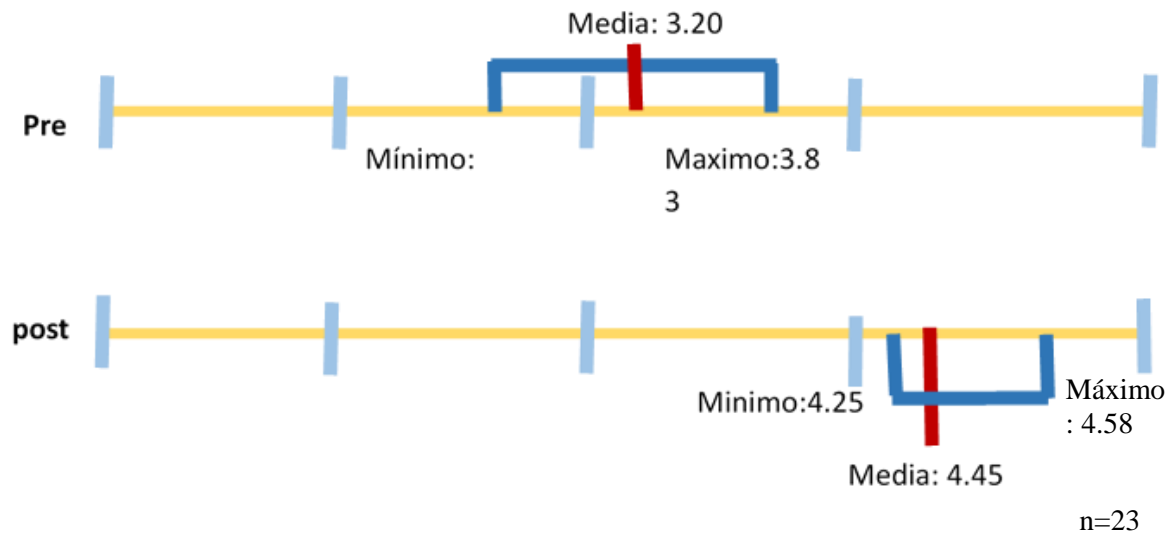
Fuente: instrumento de recolección de datos. Ver anexo D.

El nivel académico del personal en estudio es de auxiliar de enfermería general, enfermería profesional y Lic. en enfermería, predominando en un 34.7% (4) auxiliares de enfermería y (4) Lic. En enfermería con un promedio de años laborados mayor a 17 años, lo que podría interferir en su desempeño laboral con calidad.

Como cita (Gonzalez, 2016) un hospital es uno de los entornos laborales más estresantes, el personal de enfermería debe afrontar el estrés en situaciones de vida o muerte, con grandes sobrecargas de trabajo, lo cual conlleva importantes esfuerzos físicos y mentales.

Por lo tanto, en el estudio predominan recursos de enfermería con gran antigüedad laboral en años que superan los 17, lo que podría reducir su interés en la presente intervención educativa debido al agotamiento físico y sobrecarga laboral.

Actitud del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, en la práctica y cuidado del paciente con trastorno psiquiátrico.



Fuente: instrumento de recolección de datos. Ver anexo D.

Figura 3 Actitud del personal de Enfermería antes y después de la intervención educativa.

La interpretación descriptiva de la figura anterior nos permite decir lo siguiente: en el pre test la actitud hacia la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos **no es favorable**. La **categoría** que más se repitió fue de 3.33(indiferente). Cincuenta por ciento de los individuos está por encima del valor 3.20 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor (mediana). En promedio los participantes se ubican en 3.17 (indiferente). Así mismo se desvían de 3.20, en promedio, 0.22 unidades de la escala. Ninguna persona marco con actitud muy desfavorable (en total desacuerdo). Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores medios.

En cambio, e post test la actitud hacia la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos **es favorable**. La categoría que más se repitió fue de 4.50 (de acuerdo). cincuenta por ciento de los individuos está por encima del valor 4.45 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor (mediana). En promedio los participantes se ubican en 4.50 (de acuerdo). Así mismo se desvían de 4.45, en promedio, 0.11 unidades de la escala. Ninguna persona marco con actitud muy desfavorable (en total desacuerdo). las puntuaciones tienden a ubicarse en valores elevados.

Como cita Calle (2002), hay quienes solo son indiferentes en la apariencia y se sirven de esa máscara para ocultar, precisamente, su labilidad psíquica; otros han incorporado esa actitud a su personalidad y la han asumido de tal modo que frustra sus sentimientos de identificación con los demás y los torna insensibles y fríos ajenos a las necesidades de sus semejantes.

Por lo tanto, es de considerar que al recibir nuevos conocimientos en relación a la importancia de la salud mental hubo un cambio significativamente de actitud y valores acerca de la vida, esto asociado a los contenidos abordados porque comprendieron la necesidad del tema y su intervención dentro de la población y en su quehacer profesional. Es necesario poder revalorar los aspectos actitudinales a futuro para visualizar si estos continúan al igual que post intervención, de igual manera sería importante realizar otra investigación sobre ¿Qué factores condicionan al cambio de actitudes del personal de enfermería en la atención en salud?

Lo antes descrito es necesario tomarlo en consideración ya que la atención al paciente con trastorno psiquiátrico es una responsabilidad compartida de todos los profesionales de salud y no solo de los que tiene atención directa con este tipo de pacientes (psiquiatras y psicólogos), esto para una atención multi y transdisciplinarias, convirtiéndose en una necesidad en la atención al público en general, recayendo esta responsabilidad más en el personal de enfermería ya que este es quien tiene el primer contacto con la persona que requiere servicios de salud y por tanto es quien identifica las necesidades de cuidado y atención con la que llega la persona a las unidades de salud.

Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.

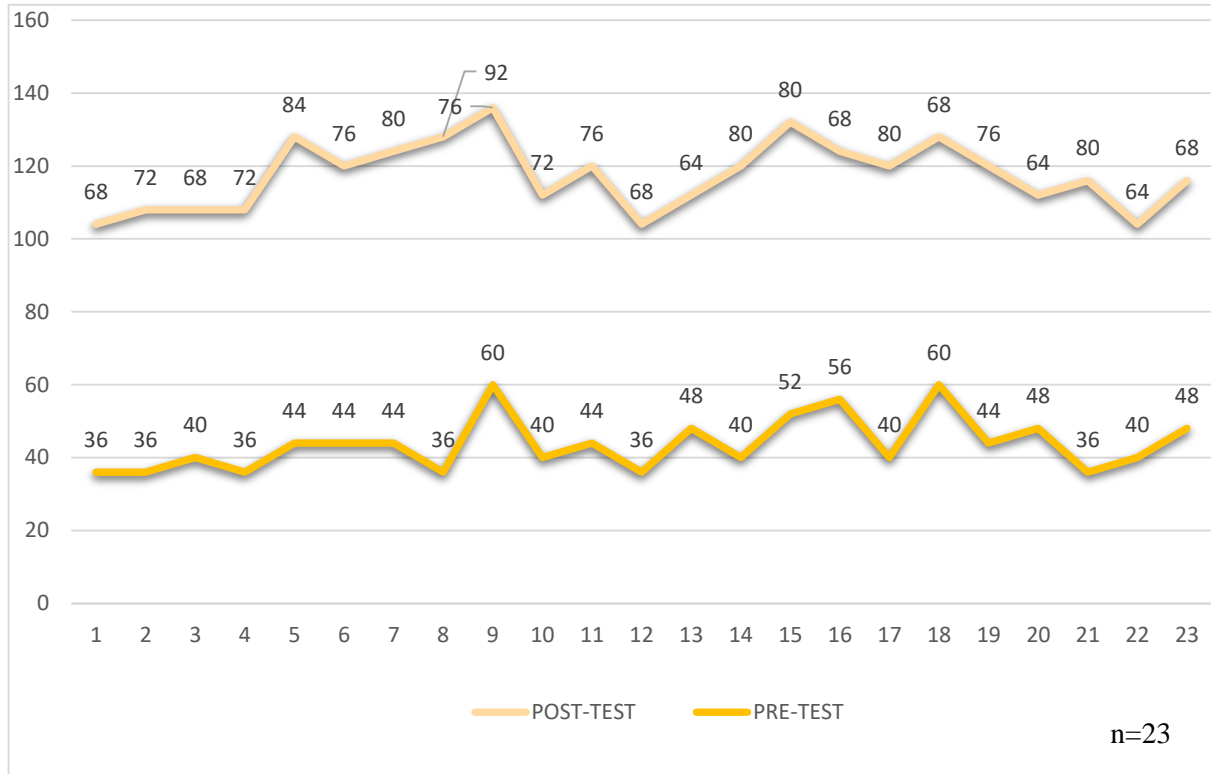


Figura 4 Conocimientos del personal de enfermería centro de salud Edgard Lang Sacasa antes y después de la intervención educativa.

Fuente de información: instrumento de recolección de datos. Ver anexo D.

El nivel de conocimiento antes y después de la intervención se observa que tiene modificaciones notables, en este se observa que no existe ni un solo recurso que haya obtenido la misma nota antes y después de la intervención, la nota antes tuvo una mediana de 44, mientras que la nota después tuvo una mediana de 72 con una diferencia de 32 por lo tanto se puede evidenciar avance significativo obtenido posterior a la intervención.

A su vez, se realizó la prueba de hipótesis para comprobar la significancia estadística de la nota obtenida después de la intervención.

Para probar la hipótesis se aplicó el procedimiento que sirve para comprobar estadísticamente que hubo un cambio significativo en la nota de los integrantes del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza obteniendo los siguientes resultados.

El análisis la prueba de rangos con signo de Wilcoxon realizado para las variables nota del pre-test y nota del post-test, dio un resultado de un P-valor = 0.000, el cual es menor que el nivel crítico de comparación $\alpha = 0.05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula ($H_0: \mu_1 = \mu_2$). Esto quiere decir que el p-valor es evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, por tanto, se acepta la hipótesis alterna que indica que la mediana de la nota de antes de la intervención es diferente que la mediana de la nota después de la intervención.

En conclusión, se puede decir que hay diferencias significativas en las medianas de las notas obtenidas antes y después de la intervención educativa. Por lo tanto, la intervención educativa si tuvo efectos significativos sobre las notas obtenidas por los integrantes del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza sede.

De hecho, los integrantes del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza sede, en promedio subieron su nota de 43.82 puntos a 73.73 Puntos. Por lo cual se plantea de forma descriptiva los resultados obtenidos en la prueba antes y después de la intervención educativa, los cuales se pueden apreciar en la figura 3, donde se muestran los cambios que hubo en las notas de los integrantes antes de dicho estudio.

Además de verificar el cambio en las notas obtenidas se presenta descriptivamente los cambios en conocimiento de las diferentes guías que se evaluaron en la prueba aplicada. A continuación, se presentan respuestas correctas obtenidas por los integrantes del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza sede en el pre prueba y la post prueba.

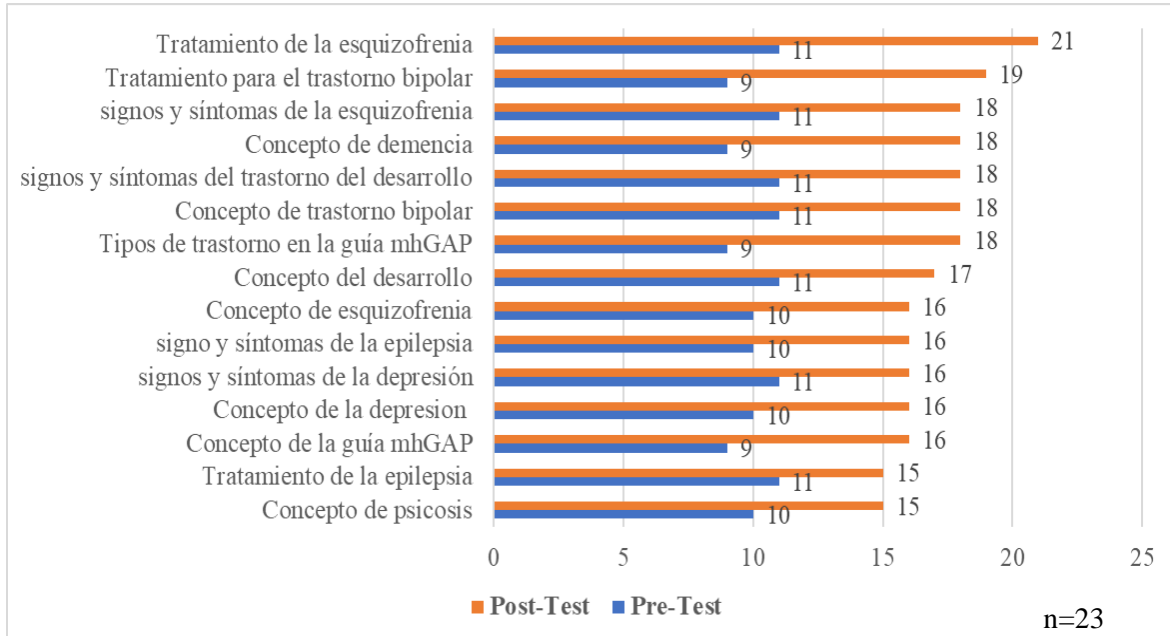


Figura 5 Personal de enfermería que contesta correctamente las preguntas sobre normativa 122, guía clínica para el manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz.

Fuente de información: instrumento de recolección de datos. Ver anexo D.

En la figura 5 se observa modificaciones notables en el conocimiento de la normativa 122, de manera descendente se grafica de mayor a menor cantidad de trabajadores que en post tés contestaron correctamente cada ítems, sin embargo, cabe destacar que hubo cierta debilidad en conocimiento adquirido sobre el manejo inicial que debe tomar en cuenta la enfermera y como realizar el diagnostico de agitación psicomotriz, en post test de ambas preguntas hubo aumento de 4 personas quedando por debajo del valor del pre test.

Como cita cumbreras (2017), debido a la necesidad de atención y asistencia urgente que requiere el paciente agitado, es imprescindible conocer las medidas iniciales de su intervención, así como los cuidados posteriores que debe recibir el paciente para mejorar su estado de salud, todo ello subordinado a preceptos legales que amparan los derechos fundamentales del paciente y a la práctica clínica de los profesionales en esta situación de crisis. Es fundamental la formación teórica y práctica de todos los profesionales sanitarios puesto que la agitación psicomotriz presenta una elevada prevalencia y puede, manifestarse en cualquier contexto sanitario.



De lo planteado anteriormente, el porcentaje bajo puede ser debido a la gran demanda poblacional que tiene el centro de salud, sumado al porcentaje alto de personas adultas que participan en el estudio, se destaca la importancia de involucrar ambos temas en planes de educación continúa dirigida al personal del centro Edgard Lang Sacaza, que permitan ampliar el conocimiento científico técnico de los temas antes mencionados.

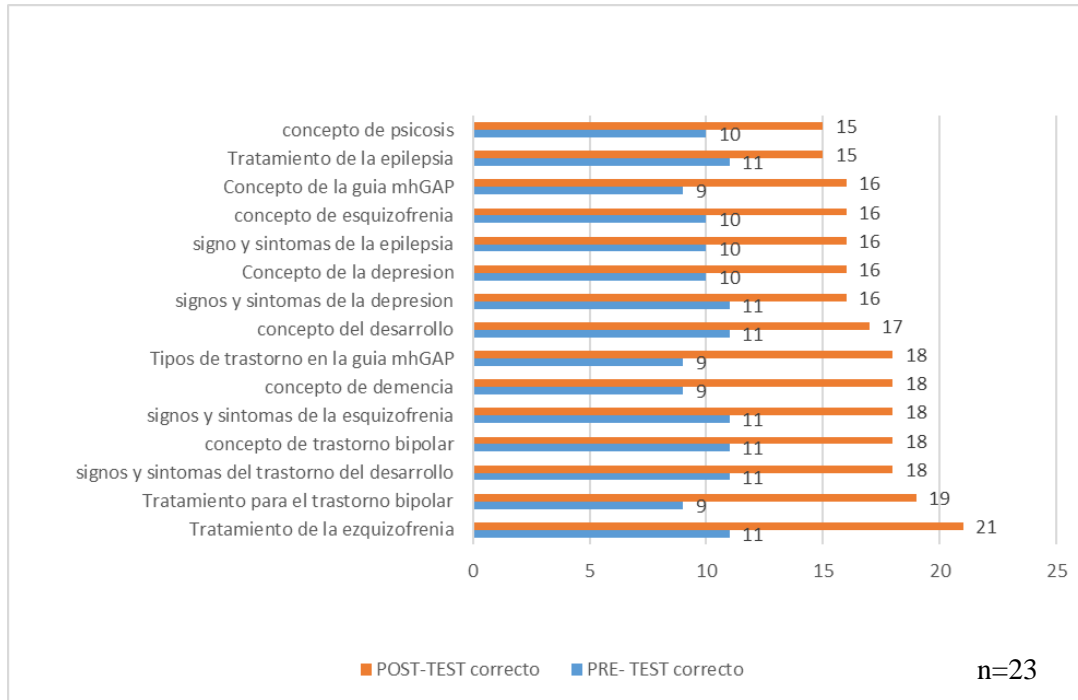


Figura 6 Personal de enfermería que contesta correctamente generalidades sobre Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.

Fuente de información: instrumento de recolección de datos. Ver anexo D.

En la figura 6 se observa modificaciones notables en el conocimiento de la guía de intervención mhGAP, de manera ascendente se grafica de mayor a menor cantidad de trabajadores que en post tés contestaron correctamente cada ítems, sin embargo, sin embargo, cabe destacar que hubo cierta debilidad en conocimiento adquirido sobre, concepto de psicosis, signos y síntomas de depresión, en post test de ambas preguntas hubo aumento de 5 personas, otro acápite valora el tratamiento de epilepsia, alcanzando en post test un aumento de 4 personas, quedando todas por debajo del valor obtenido en pre test.

La OMS (2019), es posible controlar las convulsiones. Con un tratamiento anticonvulsivante adecuado, hasta un 70% de las personas con epilepsia podrían vivir sin convulsiones. OMS (2014), la psicosis es un término genérico utilizado en psicoanálisis y psiquiatría para referirse a un estado mental descrito como pérdida de contacto con la realidad.

Sin embargo, el porcentaje obtenido en dichos acápites fue bajo en relación al porcentaje con el pre test, asociado a que el grupo en estudio mostro poco interés al abordaje de dichos temas ya que estos fueron considerados temas comunes y que eran del conocimiento de los involucrados, sumándose a esto que la población en estudio son personas adultas, con nivel académico que en su mayoría es ocupado por auxiliares de enfermería con más de 17 años laborales, por lo que destacamos la importancia de involucrar los tres temas en planes de educación continua dirigida al personal del centro Edgard Lang Sacaza, que permitan ampliar el conocimiento científico técnico en estas temáticas.

6 CONCLUSIONES

- ✓ Las características sociodemográficas del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang sede, muestran que la mayoría del personal es adulto, con más de 17 años de laborar, predomina el sexo femenino con grado académico de Auxiliar de Enfermería General y Licenciadas en Enfermería.
- ✓ La actitud del personal de enfermería en pre test se situó entre los rangos indiferente y de acuerdo con predominio en indiferente, y en post test se situó entre los rangos de acuerdo y totalmente de acuerdo con predominio en de acuerdo.
- ✓ El conocimiento del personal de enfermería sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado es clasificado en pre test como deficiente y en pos test como bueno, muy bueno y solo un recurso alcanzo la excelencia.
- ✓ Se observó diferencia significativa en el nivel de conocimiento del personal de enfermería, confirmado por prueba de rangos de Wilcoxon, con un P-valor < 0.05 , se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que indica que la media de la nota de antes de la intervención es diferente que la media de la nota después de la intervención.

7 RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud MINSA, centro de salud Edgard Lang Sacaza

- ✓ Promover capacitaciones continuas al personal de enfermería sobre temas referidos a la Salud Mental y psiquiatría.
- ✓ Capacitar al personal sobre normativa 122 y otras normativas publicadas por el ministerio de salud MINSA.
- ✓ Elaborar murales informativos claros y precisos sobre el abordaje clínico adecuado de cada uno de los trastornos psiquiátricos.
- ✓ Establecer programa de salud mental en el centro de salud Edgard Lang en las que el paciente psiquiátrico pueda sentirse cómodo, satisfecho y sea atendido con calidad y calidez humana.

A los profesionales de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza

- ✓ Mejorar la actitud en la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles que acuden a su unidad de salud; a través de incentivos y reconocimientos al buen desempeño laboral tales como: Reconocimiento público, becas para capacitación, entre otros.
- ✓ Auto estudio de manera constante sobre cada uno de los diferentes trastornos psiquiátricos, cuidados de enfermería y tratamiento preventivo para este tipo de pacientes.
- ✓ Promover actividades de promoción y prevención enfocadas en la atención de este tipo de pacientes con: murales educativos, charlas brindadas en colegios, mercados, ferias de salud, puestos médicos, sala de espera de la unidad, visitas domiciliarias, entre otras.

A la universidad nacional autónoma de Nicaragua UNAN – MANAGUA (POLISAL)

- ✓ Promover futuras especialidades en enfermería con perfil en Salud Mental y psiquiatría.
- ✓ Realizar prácticas en áreas relacionadas a la salud mental que permitan fortalecer las capacidades de los estudiantes en la atención en salud.
- ✓ Fomentar investigaciones científicas multi y transdisciplinarias que permita valorar la situación de la salud mental y psiquiatría en nuestro país.

8 Bibliografía

- Cardenas, i. E. (199). *ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA* . santo thomas .
- Garcia, N. B. (13 de julio de 2016). *adultos con trastornos del aprendizaje: dificultades adaptativas* . Obtenido de adultos con trastornos del aprendizaje: dificultades adaptativas: <http://www.researchgate.net>
- Gonzalez, M. d. (2016). *estudio de satisfaccion laboral y estrategias de cambio de las enfermeras en los hospitales publicos de badajoz y caceres* . Caceres : UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA .
- MINSa. (2013). *Normativa 122: guia clinica para el manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitacion psicomotriz (vol.1)*. managua: biblioteca nacional de salud.
- MINSa. (01 de Enero de 2017). *Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud*. Obtenido de Sistema Nacional de Estadísticas Vitales: <http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua/>
- OMS, D. T.-D. (24 de Mayo de 2018). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de Centro de Prensa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- apoyodelaenfermeraespecialistaensaludmental. (01 de septiembre de 2003). Obtenido de apoyo de la enfermera especialista en salud mental: <https://www.medwave.cl>
- charlylazcaz1. (31 de enero de 2013). *hipotesisdediferenciaentregupos*. Obtenido de hipótesis de diferencia entre grupos: <https://es.slideshare.net>
- Hernández, f. b. (2014). *metodología de la investigación*. En f. b. Hernández, *metodología de la investigación* (pág. 5). México: McGraw.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: MC Hill Educatation. Obtenido de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologiade-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Massuh, m. (09 de Octubre de 2013). *metodostecnicaseinstrumentos*. Obtenido de métodos técnicas e instrumentos.: <https://es.slideshare.net>
- MINSa. (2013). *normativa122: guiaclinicaparaelmanejoinicialhospitalariodel pacienteadultoconagitacionpsicomotriz (Vol. 1)*. Managua: biblioteca nacional de salud.
- MINSa. (2013). *plan l de desarrollo humano*.

OMS. (2013). guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales neurológicos y otros trastornos de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializado. GINEBRA suiza: organización mundial de la salud.

SALUD, M. D. (2013). Normativa 122, guía de práctica clínica para el manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz. Managua: biblioteca nacional de salud MINSAL.

Valencia, M. M. (1999). LA TRIANGULACION METODOLOGICA: SUS PRINCIPIOS ALCANCES Y LIMITACIONES. Antioquia: universidad de Antioquia.

9 Anexos

9.1 Anexo. A. CRONOGRAMA

Actividad	Fecha Inicio	Fecha Final
Delimitación del tema	24-04-19	24-04-19
Validación del tema	26-04-19	26-04-19
Redacción de la introducción y antecedentes	08-05-19	08-05-19
Revisión por el docente de la asignatura (1ra entrega)	08-05-19	08-05-19
Planteamiento del problema	22-05-19	22-05-19
Caracterización, delimitación, formulación y sistematización del problema	22-05-19	22-05-19
Justificación	05-06-19	05-06-19
Revisión por el docente de la asignatura (2da entrega)	07-06-19	07-06-19
Objetivos	19-06-19	19-06-19
Revisión por el experto docente	02-07-19	02-07-19
Marco teórico	28-06-19	03-07-19
Revisión por el docente de la asignatura (3ra entrega)	12-07-19	12-07-19
Diseño metodológico	17-07-19	08-08-19
Instrumento creado	29-07-19	08-08-19
Validación del documento	08-08-19	08-08-19
Presentación y defensa de Protocolo	21-08-19	21-08-19
Desarrollo y validación de Encuesta	18-10-19	25-10-19
Solicitud de permiso MINSA	06-11-19	08-11-19
Aplicación de Encuesta pre test	13-12-19	13-12-19
Intervención educativa	16-12-19	18-12-19
Aplicación de Encuesta pos test	16-12-19	18-12-19
Procesamiento de Datos	22-12-19	26-12-19
Análisis de Resultados	03-01-20	07-01-20
Presentación de estudio de Investigación	20-01-20	20-01-20

9.2 Anexo. B. PRESUPUESTO.

	Costo por Unidad C\$	Total C\$	Total \$
Impresiones	3	950	27
Alimento para la capacitación	120	2,760	81
Manual para la capacitación	95 (3)	6,655	196
Horas de internet	15 (400hrs)	6,000	180
Trasporte de ruta	2,50 centavos	1,122.50	34
Papelería	120	6,000	179
Recargas telefónicas	100	8,000	239
Alquiler de computadoras	150	1,500	45
Transporte diario de departamento	120	24,000	1,074
Fotocopias	1	750	23
Empastado	700	2,100	63
TOTAL	1, 426	59,837.50	1,786



9.3 Anexo. C. INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS ENCUESTA

TEMA:

Evaluar la intervención educativa dirigida al personal de enfermería del Centro de salud Edgard Lang Sacaza sede, sobre la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos, II semestre 2019.

Fecha: ____/____/____ No: ____

¡¡Bienvenidos a la encuesta!!

Estimados participantes esta encuesta se enmarca en el conocimiento, uso y manejo de normativa 122, y guía mhGAP de la OMS el cual tiene como propósito obtener información útil, del nivel de conocimiento del personal de enfermería para realizar intervención educativa en esta unidad de salud.

Es de resaltar que el cuestionario es anónimo y el único análisis que se realizará será con fines académicos así mismo que la respuesta de cada pregunta es importante por ello le solicitamos no dejar espacios en blanco. Favor responda con la mayor sinceridad posible, utilice lapicero de tinta azul.

Encierre en un círculo la respuesta correcta, solo tiene una opción.

Objetivo #1: Identificar las características sociodemográficas del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacasa.

P.1-Edad:

1. Menor de 20 años.
2. 20 a 29 años.
3. 30 a 39 años.
4. 40 a 49 años.

5. Mayor de 50 años.

P.2-Sexo

1. Hombre.
2. Mujer.

P.3-Nivel académico:

1. Auxiliar de enfermería general.
2. Enfermería profesional.
3. Licenciada/o en enfermería.

P.4-Años laborados:

1. 1 a 3 años.
2. 4 a 10 años.
3. 11 a 16 años.
4. Mayor de 17 años.

Objetivo #2: Documentar la actitud del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, en la práctica y cuidado del paciente con trastorno psiquiátrico.

VALORES				
(coloque una "X", donde considere su elección)				
1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Afirmaciones	Alternativas de respuestas				
	1	2	3	4	5
P.5- El adquirir nuevos conocimientos en el cuidado de la salud mental propicia el desarrollo de mi autonomía profesional					
P.6- Considero que mi trabajo con la comunidad y en mi unidad de salud debería ser lo suficientemente valorado					
P.7- Me gusta proponer cambios y alternativas de solución frente a los problemas de la comunidad.					
P.8- Considero que el cuidado a los pacientes con trastornos psiquiátricos favorece mi desarrollo humano y el de la comunidad en general.					
P.9- Considero que mi trabajo en el área de promoción y prevención a este sector vulnerable de la sociedad, me ha brindado la oportunidad de desarrollar mis capacidades como persona y como profesional					
P.10- Creo que trabajar con este tipo de pacientes poco contribuye al desarrollo de mi profesión.					

P.11- La atención de pacientes con trastornos psiquiátricos debe ser brindada por médicos especialistas ya que posee mayor conocimiento					
P.12- Considero que como enfermera no puedo involucrarme directamente en la atención y cuidados a pacientes con trastornos psiquiátricos.					
P.13- Aún me faltan los conocimientos necesarios para desarrollarme en programas y proyectos de salud mental.					
P.14- Siento entusiasmo por realizar mi práctica profesional en programas y proyectos de salud mental.					
P.15- No siento entusiasmo ni me intereso por realizar mi práctica profesional en programas y proyectos de salud mental.					
P.16- En la institución a la que pertenezco, planteo pocas propuestas de cambio referentes a mi práctica					

Objetivo #3: Verificar el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.

P. 17 ¿Qué es agitación psicomotriz?

1. Estado de agitación motora.
2. Descoordinación de movimientos.
3. Estado de marcada excitación mental en el cual el paciente se vuelve potencialmente agresivo.

P.18 El diagnóstico de la agitación psicomotriz es clínico y debe ser dado en base a la presencia en la entrevista de los siguientes síntomas y signos:

1. Ira explosiva no explicada, irritabilidad, Conducta, Intimidadora gestos de amenazas.
2. Hiperactividad física y mental repetitiva y sin propósito alguno.
3. Todas las anteriores.

P.19 El principal factor de riesgo para presentar un cuadro clínico de agitación psicomotriz:

1. Antecedente de Violencia.
2. Familias disfuncionales.
3. La existencia de una etiología orgánica o psiquiátrica descrita anteriormente.

P.20 El manejo inicial de la enfermera debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. Examen físico en la medida que el paciente lo permita, Tomar y anotar signos vitales.
2. Identificación y registro de los signos y síntomas que el paciente agitado presenta, principalmente señales de violencia, heridas, contusiones, otro, Registro del consentimiento informado.
3. Todas las anteriores.

P.21 El tratamiento del paciente adulto con agitación psicomotriz es la implementación de medidas de contención, estos son:

1. Métodos de intervención para controlar la conducta de excitación psicomotriz en el paciente agitado.
2. Métodos que permiten una evaluación diagnóstica y la aplicación de un tratamiento adecuado.
3. Todas las anteriores.

P.22 La normativa usada para el manejo de agitación psicomotriz es:

1. 122.
2. 004.
3. 017.

P.23 Las medidas de contención son tres:

1. Contención verbal, farmacológica y física.
2. Contención mecánica verbal y traumatológica.
3. Contención mecánica eléctrica y de choque.

P.24 El orden profesional adecuado según contención:

1. Verbal, física y farmacológica.
2. Farmacológica, física y verbal.
3. Verbal farmacológica y física.

P.25 Los Medicamentos antipsicóticos más utilizados en la contención farmacológica son:

1. HALOPERIDOL.
2. CLORPROMAZINA.
3. 1 y 2 son correctas.

P.26 Resuelta la crisis de agitación psicomotriz y tratada la causa que la desencadenadas el paciente debe mantenerse bajo observación por:

1. 24 a 28 horas.
2. 60 a 65 horas.
3. 48 a 72 horas para su alta

P.27 ¿Qué entiende por la guía mhGAP?

1. Este módulo abarca la evaluación y el manejo de los trastornos del desarrollo trastornos conductuales y trastornos emocionales.
2. Es una guía modelo y es esencial que sea adaptada a la situación nacional o específica pueden seleccionar parte de los trastornos.
3. Ninguna de las anteriores.

P.28 ¿Qué tipo de trastorno se usa en la guía de mhGAP?

1. Trastorno de demencia, psicosis, trastorno bipolar.

2. Epilepsia, esquizofrenia, trastorno de la conducta, trastorno del desarrollo.
3. Todas las anteriores.

P.29 ¿Qué es depresión?

1. Es un síndrome crónico y progresivo debido a cambios en el cerebro.
2. Es un estado de ánimo deprimido persistente o pérdida de interés y placer durante al menos dos semanas.
3. Ninguna de las anteriores.

P.30 ¿Cuáles son los signos y síntomas de una depresión?

1. Falta de atención o distracción excesiva, cambios repentinos de conductas en relaciones con los compañeros.
2. Conducta anormal o desorganizada, ideas delirantes.
3. Poca energía, fatiga, problema de sueño, estado de ánimo triste.

P.31 ¿Qué entiende por psicosis?

1. Está caracterizada por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como también por un conjunto de emociones ilógicas.
2. Es un síndrome crónico y progresivo debido a cambios en el cerebro, pueden presentarse a cualquier edad.
3. Ninguna de las anteriores.

P.32 ¿Qué entiende por el trastorno bipolar?

1. Se caracteriza por episodios en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona están significativamente alterados.
2. Es una enfermedad crónica caracterizada por convulsiones recurrentes no probadas.
3. Es un trastorno de ánimo deprimido, pérdida de interés y de placer bajo nivel de energía.

P.33 ¿Qué tratamiento se utiliza en el trastorno bipolar?

1. Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoina.
2. Diazepam, lorazepam, Olanzapina.
3. Olanzapina, risperidona, litio, ácido valproico.

P.34 ¿Cuáles son los signos y síntomas de la epilepsia?

1. Retraso del desarrollo, aprendizaje más lento, sentarse bien, hablar., leer y escribir.
2. Alucinaciones, ideas delirantes.
3. Pérdida o alteración de la conciencia, rigidez, entumecimiento.

P.35 ¿Cuáles son tratamiento que se da en un paciente con epilepsia?

1. Haloperidol, risperidona, clorpromazina, flufenazina.
2. Carbamazepina, Fenitoina, fenobarbital, valproato sódico.
3. Litio, valproato sódico, Carbamazepina.

P.36 ¿Qué entiende por el trastorno del desarrollo?

1. Es un término amplio que cubre trastorno tales como la discapacidad intelectual / retraso mental, así como los trastorno generalizados del desarrollo incluyendo el autismo.
2. Es un síndrome crónico y progresivo debido a cambios en el cerebro.
3. Ninguna de las anteriores.

P.37 ¿Cuáles son los síntomas del trastorno del desarrollo?

1. Pérdida o alteración de la conciencia, rigidez, entumecimiento.
2. Retraso del desarrollo: aprendizaje mucho más lento que el de los niños de la misma edad en actividades tales como: reír, sentarse, permanecer de pie, caminar, hablar y otras áreas del desarrollo tales como escribir y leer.
3. Ninguna de las anteriores.

P.38 ¿Qué entiende por demencia?

1. Es un trastorno de ánimo deprimido, pérdida de interés y de placer bajo nivel de energía.
2. Es un síndrome crónico y progresivo debido a cambios en el cerebro, pueden presentarse a cualquier edad.
3. Es un síndrome provocado por una enfermedad del cerebro generalmente de naturaleza crónica y progresiva. Las condiciones que causan la demencia producen cambios en la capacidad mental, la personalidad y la conducta de la persona.

P.39 ¿Qué es esquizofrenia?

1. Es un síndrome crónico y progresivo debido a cambios en el cerebro, pueden presentarse a cualquier edad.
2. Es una enfermedad mental grave que afecta algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta.
3. Ninguna de las anteriores.

P.40 ¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia?

1. Delirios, alucinaciones, trastorno del pensamiento, alteración de la sensación sobre sí mismo.
2. Alucinaciones, ideas delirantes.
3. Ninguna de las anteriores.

P.41 ¿Cuáles son los tratamientos de la esquizofrenia?

1. Haloperidol, risperidona, clorpromazina, flufenazina.
2. Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoina.
3. Olanzapina, asenapina, quetiapina, risperidona, clozapina, ziprasidona.



GUÍA DE TRABAJO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Nombre de la unidad de Salud: Centro de salud Edgard Lang Sacaza.

Tema: Evaluar la intervención educativa dirigida al personal de enfermería del Centro de salud Edgard Lang Sacaza sede, sobre la atención a pacientes con trastornos psiquiátricos, II semestre 2019.

Objetivos de la actividad: Implementar intervenciones educativas al personal de enfermería en el manejo de la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada.

Tema en desarrollo:

1. Concepto sobre la normativa 122.
2. Tipos de contención.
3. Medidas que toma enfermería en el tratamiento para brindar al paciente de acuerdo a la normativa 122.
4. Concepto sobre la guía mhGAP.
5. Tipos de trastorno.
6. Signos y síntomas de cada trastorno.
7. Tratamiento para brindar al paciente de acuerdo a la guía mhGAP.

EVALUACIÓN:

Evaluación con el instrumento recolección de datos

DÍA DE ENTREGA:

*Fecha y hora de entrega: 17 de dic del 2019 - 8:00 am -12:00 md.
19 de dic del 2019- 8:00am-12:00 md.*

DESARROLLO:

Tema	Fecha	Duración de hora	Modalidad	Financiamiento	Evaluación
<p>1. Concepto sobre la normativa 122.</p> <p>2. Tipos de contención.</p> <p>3. Medidas que toma enfermería en el tratamiento para brindar al paciente de acuerdo a la normativa 122.</p> <p>4. Concepto sobre la guía mhGAP.</p> <p>5. Tipos de trastorno.</p> <p>6. Signos y síntomas de cada trastorno.</p> <p>7. Tratamiento para brindar al paciente de acuerdo a la guía mhGAP.</p>	<p>Primer encuentro 17/12/19.</p> <p>Segundo encuentro 19/12/19.</p>	<p>1. 4 horas cada encuentro.</p> <p>2. 8:00 am- 9:45 am sobre la normativa 122.</p> <p>3. Receso- 15 min.</p> <p>4. 10:00 am- 12:00 md sobre la guía mhGAP.</p>	<p>Expositiva explicativa</p>	<p>Financiados por fondos propios de estudiantes.</p>	<p>Se realizara post-test con la escala de Likert y con instrumento previamente creado para valorar el nivel de conocimiento de los recursos de enfermería que participan en el estudio de la intervención educativa</p>

9.4 anexo. D. TABLAS DE FRECUENCIA
características sociodemográficas del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacasa.

Cuenta de Sexo	Etiquetas de columna		Total
EDAD	Hombre	Mujer	General
20 a 29 años		7	7
30 a 39 años	2	2	4
40 a 49 años		4	4
mayor de 50		8	8
Total general	2	21	23
	Hombre	Mujer	Total general
20 a 29 años		7	7
30 a 39 años	2	2	4
40 a 49 años		4	4
mayor de 50		8	8
Total general	2	21	23

Tabla 1 Edad según sexo del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacasa.

Fuente: instrumento de recolección de datos. Ver anexo C.

Años Laborados	Cuenta de Nivel académico			
	Auxiliar de enfermería	Enfermería profesional	Lic. En Enfermería	Total General
1 a 3 años	1	1	2	4
11 a 16 años	2			2
2 a 4 años	4		3	7
mayor de 17 años	4	2	4	10
Total general	11	3	9	23

Tabla 2 Nivel académico según Años laborados personal de enfermería Centro de salud Edgard Lang Sacasa.

Fuente: instrumento de recolección de datos. Ver anexo C.

Actitud del personal de enfermería del centro de salud Edgard Lang Sacaza, en la práctica y cuidado del paciente con trastorno psiquiátrico.

pre test		post test
Recursos	Variable compuesta de actitud	Variable compuesta de actitud
1	3.08	4.50
2	3.33	4.50
3	3.17	4.42
4	3.08	4.42
5	3.08	4.58
6	3.33	4.58
7	3.25	4.33
8	3.33	4.33
9	3.17	4.33
10	2.92	4.25
11	3.17	4.33
12	3.33	4.25
13	3.83	4.42
14	3.50	4.58
15	2.92	4.50
16	2.83	4.33
17	2.92	4.50
18	3.33	4.58
19	3.00	4.58
20	3.25	4.50
21	3.17	4.42
22	3.25	4.50
23	3.42	4.58
Pre test		Post test
Actitud desfavorable (indiferente)		Actitud favorable

Tabla 3 Actitud del personal de enfermería antes y después de la intervención educativa.

Fuente: instrumento de recolección de datos. Ver anexo C.

Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la normativa 122 y la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.

Recursos	Nota de Pre test	Nota de Post test
1	36	68
2	36	72
3	40	68
4	36	72
5	44	84
6	44	76
7	44	80
8	36	92
9	60	76
10	40	72
11	44	76
12	36	68
13	48	64
14	40	80
15	52	80
16	56	68
17	40	80
18	60	68
19	44	76
20	48	64
21	36	80
22	40	64
23	48	68

Tabla 4 conocimientos del personal de enfermería antes y después de la intervención educativa centro de salud Edgard Lang Sacasa.

Fuente: instrumento de recolección de datos. Ver anexo C.

Generalidades de la normativa 122	Recursos que respondieron	
	PRE- TEST	POST-TEST
	correcto	correcto
Diagnóstico de la agitación psicomotriz	10	14
Factor de riesgo de la agitación psicomotriz	8	14
Contención adecuado según el orden profesional	9	16
Antipsicótico más utilizado en la contención	10	16
Normativa de la agitación psicomotriz	11	17
Estar bajo observación en crisis de la agitación psicomotriz	8	17
Manejo inicial que debe tomar la enfermera	14	18
Tratamiento del paciente con agitación psicomotriz	11	18
Medidas de contencion	9	18
Concepto de agitación psicomotriz	10	20

Tabla 5 Recursos que respondieron correctamente generalidades sobre Normativa 122.

Fuente: instrumento de recolección de datos. Ver anexo C.

Generalidades sobre la guía clínica mhGAP	Personal que respondió	
	PRE- TEST	POST-TEST
	correcto	correcto
Concepto de psicosis	10	15
Tratamiento de la Epilepsia	11	15
Concepto de la guía mhGAP	9	16
Concepto de la depression	10	16
signos y síntomas de la depresión	11	16
signo y síntomas de la epilepsia	10	16
Concepto de esquizofrenia	10	16
Concepto del desarrollo	11	17
Tipos de trastorno en la guía mhGAP	9	18
Concepto de trastorno bipolar	11	18
signos y síntomas del trastorno del desarrollo	11	18
Concepto de demencia	9	18
signos y síntomas de la esquizofrenia	11	18
Tratamiento para el trastorno bipolar	9	19
Tratamiento de la esquizofrenia	11	21

Tabla 6 Personal de enfermería que contesta correctamente generalidades sobre Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializado.

Fuente: instrumento de recolección de datos. Ver anexo C.

PRUEBAS DE HIPOTESIS

Se realizó el diagnóstico de los supuestos (normalidad, homogeneidad e independencia de los residuos) de las variables aleatorias. Los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk evidencia que la variable es menor que el límite $\alpha = 0.05$, por tanto, se acepta la hipótesis nula de que la variable no sigue la distribución normal.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Nota del pre – test	.186	23	.037	.872	23	.007
Nota del post – test	.178	23	.057	.926	23	.089

a. Corrección de significación de Lilliefors

Ritual de la significancia estadística

Objetivo: comparar grupos

Tipo de estudio: pre experimental

Análisis estadístico: análisis de muestras relacionadas

1. Formular la hipótesis estadística				
H₀: No Existe diferencia significativa en la nota del pre-test y la nota del post-test al desarrollar la intervención educativa sobre la atención a paciente con trastornos psiquiátricos.				
H₁: Existe diferencia significativa en la nota del pre-test y la nota del post-test al desarrollar la intervención educativa sobre la atención a paciente con trastornos psiquiátricos.				
2. Nivel de significancia		$\alpha = 0.05$ (5%)		
3. Dar lectura al p-valor		Prueba de rangos con signo de Wilcoxon		
4.				
Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Nota del post - test - Nota del pre – test	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00
	Rangos positivos	23 ^b	12.00	276.00
	Empates	0 ^c		
	Total	23		

- | |
|---|
| a. Nota del post - test < Nota del pre – test |
| b. Nota del post - test > Nota del pre – test |
| c. Nota del post - test = Nota del pre – test |

Estadísticos de prueba	
	Nota del post - test - Nota del pre - test
Z	-4.209 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	.000
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	
b. Se basa en rangos negativos.	

5. Toma de decisión

El análisis la prueba de rangos con signo de Wilcoxon realizado para las variables nota del pre-test y nota del post-test, dio un resultado de un P-valor = 0.000, el cual es menor que el nivel crítico de comparación $\alpha = 0.05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula ($H_0: \mu_1 = \mu_2$). Esto quiere decir que el p-valor es evidencia estadística para rechazar la hipótesis alternativa, por tanto se acepta la hipótesis alterna que indica que la media de la nota de antes de la intervención es diferente que la media de la nota después de la intervención.



9.5 Anexo E. CARTAS FIRMADAS POR EL SILAIS MANAGUA.



9.6 Anexo F. CARTAS FIRMADAS POR LOS EXPERTOS.

9.7 Anexo. G. FOTOGRAFÍAS TOMADAS









MINISTERIO DE SALUD

Normativa — 122

**Guía de Práctica Clínica para el Manejo Inicial Hospitalario
del Paciente Adulto con Agitación Psicomotriz**

