

***Prevención de Riesgos
derivados de agresiones
de pacientes
y usuarios (ISSORM)***

Plan de Formación 2006



**Escuela de
Administración
Pública**

REGIÓN DE MURCIA

PROGRAMA DEL CURSO

- 1.- Prevención y Respuesta a la violencia en el trabajo.
- 2.- Psicopatología de la Agresividad
 - a) Concepto de la Agresividad
 - b) Factores condicionantes
 - c) La agresividad en trastornos médicos y psiquiátricos
 - d) Métodos de exploración y evaluación
 - e) Cuidados ante el paciente violento ó potencialmente violento.
 - f) Taller practico.
- 3.- Conducta Agresiva y Violenta

Agresión, variables relacionadas con la hostilidad y la violencia.

 - a) Conductas agresivas y violentas del cliente asociadas con diagnósticos psiquiátricos
 - b) Determinantes de la Agresión
 - c) Intervención
 - d) Aspectos culturales
 - e) Aspectos legales
 - f) Taller practico
- 4.- Contención Mecánica
 - a) Objetivos
 - b) Indicaciones
 - c) Procedimientos
 - d) Aspectos legales
 - e) Taller practico
- 5.- Guia de Abordaje de los Transtornos de Conducta
 - a) Abordaje Psicopedagógico
 - b) Abordaje Psicofarmacologico
 - c) Restricción de Movimientos

Profesor: Joaquín Canovas Conesa
Coordinador: José Luis Sánchez Fagúndez
Colaboradora: Isabel Almarcha Sarrias

1.- PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO.

PROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO. : Proceso de abarca 4 pasos :

1. Evaluación y descripción del nivel de riesgo.
2. Diseño y aplicación de medidas preventivas apropiadas.
3. Diseño y aplicación de medidas reactivas apropiadas.
4. Supervisión de la eficacia de tales medidas preventivas y reactivas.

Paso 1 : **Evaluación y descripción del riesgo**

•El propósito de este paso es recopilar datos para evaluar el riesgo de violencia dentro del lugar de trabajo, así como entender la naturaleza de los peligros que causan dicho riesgo.

Paso 2 : **Diseño y aplicación de medidas preventivas**

•El propósito de este paso es desarrollar y aplicar un programa específico (basado en los resultados de la evaluación) para prevenir o minimizar el riesgo de la violencia.

•Actividades :

- 1.-Buscar posibles medidas.
- 2.-Elegir las mas eficaces.
- 3.-Aplicarlas

Paso 3 : **Diseño y aplicación de medidas reactivas**

•El propósito de este paso es disponer de medidas reactivas por si se diese el caso de un incidente.Nos preguntamos :

- 1.-Estamos preparados para responder rapida y eficazmente?
- 2.-Disponemos de procedimientos rapidos y eficaces?

Paso 4 : **Supervisión de la eficacia de las medidas preventivas y reactivas**

•El propósito de este paso final es evaluar la eficacia de las medidas preventivas a la hora de reducir el número de incidentes violentos, así como la capacidad de las medidas reactivas para minimizar los resultados negativos.

•Actividades :

- 1.-Supervisar las medidas
- 2.-Identificar/modificar las intervenciones que necesiten mejorar o ser reemplazadas.
- 3.- Difundir los resultados.

2. - PSICOPATOLOGÍA DE LA AGRESIVIDAD.

2.a) Concepto de agresividad.

El término agresividad procede del latín *aggredior*; que significa acometer. Se considera, por tanto, agresividad a la disposición o tendencia al ataque, a la combatividad. Como componente del comportamiento humano, su aparición e intensidad estaría determinada por factores biológicos, psicológicos y sociales, que interactúan dando lugar a la respuesta agresiva. La agresividad es un elemento vital del comportamiento de cualquier especie, incluida la humana, con una finalidad de autoconservación tanto de ella como del individuo. La agresividad normal es aquella utilizada para defenderse ante una situación amenazante y que está en consonancia con la naturaleza de la situación provocadora. Es necesaria la presencia de una cantidad equilibrada de agresividad, para que los individuos sean capaces de enfrentarse a los sucesos vitales de una manera asertiva.

La sociedad establece la pauta de lo que son objetivos, cantidad y forma de agresividad aceptables. Los sujetos que no son capaces de adaptarse a la norma producirán conductas agresivas inadaptadas y socialmente inaceptables. La interacción social favorece actitudes y conductas más socializadas.

2.b) Factores condicionantes.

Estudios genéticos y experiencias llevadas a cabo en la población general y subpoblaciones seleccionadas (instituciones penitenciarias y psiquiátricas) relacionan la agresividad con la dotación cromosómica XYY. Sin embargo, otros estudios sostienen que la mayor incidencia de agresividad asociada a las alteraciones cromosómicas XXY o XYY sería atribuible a la presencia de otros factores concomitantes, como bajo nivel intelectual.

En el campo de la neurofisiología se ha detectado que en epilepsias temporales y lesiones del núcleo amigdalino se producen con mayor frecuencia crisis de agresividad. Hoy día es aceptado el papel que determinadas estructuras cerebrales, hipocampo, amígdala y lóbulo temporal desempeñan en relación con la agresividad humana. El sistema límbico interviene de forma importante en la violencia y el descontrol episódico; en estos casos la respuesta a la medicación

anticonvulsivante es buena. Sin embargo, el electroencefalograma convencional es un pobre instrumento de medición de la actividad cerebral subcortical.

Otro factor condicionante de la agresividad son los neurotransmisores. Estudios recientes correlacionan el comportamiento agresivo homicida y la tendencia suicida con bajos niveles de 5-HIIA en LCR (líquido cefalorraquídeo). La disminución de 5-HIIA se considera un marcador de impulsividad más que de la direccionalidad agresiva en sentido suicida u homicida.

Trastornos hormonales como el hipertiroidismo, la enfermedad de Cushing, la hipoglucemia, el síndrome premenstrual y un alto nivel de andrógenos están asociados, junto con intervención de otros factores añadidos, a un mayor índice de violencia.

Los tóxicos constituyen otro factor condicionante. El uso y abuso de heroína, alcohol, anfetaminas, cocaína y alucinógenos se asocia con la agresividad. La capacidad de juicio se ve alterada por los tóxicos, produciéndose desinhibición, así como disminución de la capacidad racional y de la tolerancia a la frustración.

El desarrollo evolutivo del sujeto desempeña un papel importante en la génesis de la violencia. Teniendo en cuenta el aprendizaje por observación y modelado de la conducta agresiva bien podría decirse que "la violencia engendra violencia". Así, se relacionan los antecedentes de maltratos en niños con la conducta agresiva de éstos cuando llegan a la edad adulta.

La marginación, pobreza, conflictos y rupturas familiares y la alienación o situaciones de sumisión son condicionantes socioeconómicos de importancia relevante en la aparición y génesis de conductas agresivas. Otros factores sociales, el aumento de la interacción social, junto con la reducción del espacio vital consiguiente a la masificación parecen actuar como incitadores de la conducta agresiva.

La agresividad en las enfermedades psíquicas es muy frecuente y supone una dificultad añadida en el manejo y tratamiento de los pacientes que la padecen, además de constituir un artefacto para el diagnóstico diferencial, pues la agresividad, además de ser un rasgo caracterológico permanente en ciertas personas, aparece en otras enfermedades como síntoma.

Para Freud y el psicoanálisis la existencia del instinto agresivo es un hecho. Consideran la pulsión agresiva como causa de la agresión; ésta se produciría como reacción a una amenaza específica, ya fuera de carácter inconsciente o de naturaleza externa. Así, pulsiones agresivas proyectadas hacia el exterior darán lugar a la agresividad propiamente dicha, mientras que las pulsiones agresivas introyectadas darán lugar a culpa, depresión, autoagresión y suicidio.

Defensores de la teoría de la frustración-agresión consideran la frustración como causa de la agresividad, partiendo de la idea de frustración como impedimento de la satisfacción de una necesidad.

2.c) La agresividad en trastornos médicos y psiquiátricos.

No todas las conductas agresivas se hallan relacionadas con trastorno médicos; existen tipos de violencia que nada tienen que ver con ellos y, por tanto, deben de ser manejados por las autoridades competentes y la ley. Aquí se estudian exclusivamente aquellas conductas agresivas que se deriven de trastornos específicos de naturaleza médica o psiquiátrica:

TRASTORNOS CON CONDUCTAS AGRESIVAS
<ul style="list-style-type: none"> .Trastornos sistémicos .Síndromes orgánicos .Trastornos del sistema nervioso central .Consumo, abuso y dependencia de tóxicos .Trastornos psiquiátricos .Psicosis esquizofrénicas .Psicosis maníaco-depresivas .Trastornos de personalidad .Trastornos psicósomáticos .Neurosis

*Trastornos sistémicos. Pueden cursar con aumento del nivel de agresividad algunos trastornos metabólicos y alérgicos, síndrome premenstrual, hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, hipoglucemia, alto nivel de andrógenos.

*Síndromes orgánicos. Cabe mencionar algunos síndromes orgánicos en este apartado, debido a que las manifestaciones agresivas son destacables en los mismos: El síndrome de Lesch-Nyan es un trastorno enzimático de origen genético que cursa con un trastorno mental deficitario y conducta auto y heteroagresiva. El síndrome de Yaryura- Tobías y Neziroglu cursa con alteraciones electroencefalográficas y conductuales en forma de violencia. Su tratamiento es dietético-farmacológico.

*Trastornos del sistema nervioso central traumatismos craneales, trastornos cerebrovasculares, tumores cerebrales, especialmente en lóbulo temporal, sistema límbico e hipocampo, encefalitis, enfermedad de Wilson, enfermedad de Alzheimer, epilepsia.

*Consumo, abuso y dependencia de tóxicos (heroína, cocaína, crack, alcohol, estimulantes anfetamínicos y derivados, disolventes y colas inhaladas y alucinógenos). Así, que una parte de los homicidios se hallan relacionados con las drogas ilegales, y de todos es conocida la mayor propensión a las peleas tras la ingesta etílica.

*Trastornos psiquiátricos. La violencia en ellos no se distribuye homogéneamente; al contrario, predomina en determinados cuadros clínicos:

esquizofrenias, fases maníacas, trastornos mentales orgánicos, déficits psíquicos y determinados trastornos de personalidad.

*Psicosis esquizofrénicas. La agresividad presente en estas psicosis es muy frecuente y variada. Por lo general se trata de un tipo de violencia que sorprende por su carácter bizarro, extraño, incongruente, poco comprensible, en el sentido jasperiano del término; está relacionada con la naturaleza misma de los síntomas psicóticos: delirios, alucinaciones y las características de personalidad del enfermo. Es frecuente la agresividad en la esquizofrenia paranoide, habida cuenta de los delirios de persecución y perjuicio, alucinaciones auditivas y tendencia a la proyección de estos pacientes. Son muy peligrosos los raptus súbitos agresivos de las esquizofrenias catatónicas. La esquizofrenia crónica y la esquizofrenia residual cursan con una disminución de la agresividad coincidente con su sintomatología negativa defectual, abulia, apatía, alogia, anhedonia e inhibición motora.

*Psicosis maníaco-depresivas. En las fases maníacas la agresividad aparece como medio de descarga de la hiperactividad, expansividad e incapacidad de mantener los límites interrelacionales. En las fases depresivas, la agresividad se vuelve hacia el propio individuo en forma de autoinculpaciones y autocastigo. Las propias características de la depresión psicótica hacen que predominen las conductas autoagresivas incluyendo conductas suicidas. El suicidio es considerado como una conducta impulsiva o meditada, donde la agresión autoinflingida es el principal componente del mismo.

*Trastornos de personalidad. Las personalidades antisociales, con un gran déficit de autocontrol, promueven episodios violentos, en forma de agresiones físicas y crímenes de toda índole. La personalidad límite y el trastorno explosivo intermitente son alteraciones en las que la agresividad aparece comúnmente; se trata de individuos con una personalidad irritable, con tendencia a las manifestaciones violentas, a menudo incrementadas por el alcohol o tóxicos, que actúan disminuyendo aún más el control. Las personalidades pasivo-agresivas, con escasa iniciativa, muestran una inhibición o disminución de la agresividad directa.

*Trastornos psicósomáticos. Distintos autores coinciden en aceptar la relación existente entre la represión o inhibición de la agresividad y la aparición de trastornos psicósomáticos.

*Neurosis. En la neurosis podría hablarse más de hostilidad y represión de la agresividad que de presencia de ésta. Estudios realizados con tests de personalidad y otros tests proyectivos muestran la correlación existente entre tendencias neuróticas y hostilidad reprimida. Por sus características (duda, temor a perder el control, sentimiento de frustración y vulnerabilidad), el neurótico aparece como más hostil, utilizando mecanismos de defensa del tipo de formaciones reactivas, sublimación y proyección ante situaciones que requieran respuestas agresivas.

Partiendo de la existencia de un YO débil en el neurótico, la terapéutica tradicional psicoanalítica en la neurosis en general consistirá en el refuerzo del YO. La expresión de las emociones en una atmósfera cálida, de integración, terapéutica, proporciona efectos beneficiosos y reduce conductas agresivas futuras. La terapia de conducta se basa en la eliminación de la ansiedad, que inhibe la asertividad y las formas adecuadas de expresión del enojo, entrenando al paciente en el aprendizaje de respuestas asertivas adaptadas que, a su vez, también reducirán la ansiedad. El entrenamiento en asertividad utiliza técnicas de modelado y refuerzo, con objeto de entrenar a los pacientes en nuevas formas de conducta.

2.d) Métodos de exploración y evaluación.

El estudio de la agresividad plantea la necesidad de métodos de exploración y medición de la misma, cuestión difícil, sin duda, debido a la complejidad del propio concepto de agresividad ya los distintos tipos de agresividad y factores que en ella intervienen.

El diagnóstico y medición de la agresividad se efectúa mediante evaluación de la conducta, a través de informes externos, la observación clínica y psicológica y la utilización de tests. Entre los tests proyectivos más usuales figuran el Rorschach, TAT y CAT. Los tests de personalidad no proyectivos son considerados más objetivos; es el caso del "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (MMPI), donde un perfil de respuesta 4-3, caracterizado por picos en las escalas psicopáticas e histeria, sería característico de personas violentas. También se utilizan escalas de evaluación, como las de Buss-Durkee, Yaryura- Tobías y Gottschalk-Glaser.

2.e) Cuidados de enfermería ante pacientes violentos o potencialmente violentos.

En el tratamiento de la agresividad es prudente seguir una secuencia de actuaciones destinadas a:

1. Evaluar el potencial riesgo agresivo del paciente.
2. Prevenir el paso de la situación de agresividad potencial al acto violento.
3. Tomar medidas de seguridad para proteger a los propios pacientes ya los componentes del equipo sanitario en caso de que la situación de violencia apareciera.

El profesional de enfermería, al ser parte del personal sanitario que más tiempo pasa con el enfermo, debe tener las siguientes aptitudes y comportamientos:

- Estar formado y entrenado en el reconocimiento y anticipación de las conductas violentas, y en el adecuado manejo de dichas situaciones.
- Estar capacitado para proporcionar al paciente una atmósfera cálida donde poder expresar su malestar sin dañar ni ser dañado, dotándole de las bases necesarias para la comprensión y posterior cambio de la conducta alterada.
- Ser capaz de identificar el riesgo de violencia; para ello es imprescindible conocer al paciente, su cuadro psicopatológico, saber si padece alucinaciones o delirios que le insten a dañar a otros o dañarse sí mismo. La entrevista con la familia puede ayudar a conocer los patrones conductuales del paciente, así como aquellas actuaciones que, en el pasado, hayan mostrado ser eficaces para prevenir y/o controlar la violencia.
- Saber observar con atención para detectar cambios de humor o conductuales sugerentes de violencia inmediata. Dichas claves son:
 1. Hablar en voz desproporcionadamente alta, en tono insultante, amenazante o vulgar.
 2. Elevada tensión muscular corporal y facial en el paciente, expresiva de que éste se halla a punto de estallar.
 3. Hiperactividad del paciente, y conductas tales como golpear las puertas y piquetear en los muebles.
 4. La sensación subjetiva de miedo que el paciente produce en el personal de enfermería ha demostrado ser un indicador válido en estas situaciones.
 5. La historia de violencia anterior se constituye en el predictor aislado más fiable.

Ante un paciente en esta situación es preciso ser conscientes de la seguridad e integridad física de todos (el propio paciente, el resto de los pacientes y el personal sanitario), y se hace necesario tomar las adecuadas medidas de protección.

*Aumentar la vigilancia. Ha de comunicar al equipo sanitario el potencial destructivo observado y éste ha de hallarse preparado por si fuera necesaria su intervención.

*Situación al paciente en una atmósfera ausente de estímulos hostiles e intentar entablar una relación empática, al objeto de reducir la ansiedad y proporcionar un ambiente seguro. Debe eliminar la estimulación externa excesiva.

La actitud y los propósitos del personal de enfermería no deben ser considerados como una amenaza de sanción al enfermo, sino más bien deben ser una incitación al diálogo para evitar que el enfermo llegue al estado de agitación. En estas situaciones el propio paciente debe ser protegido de sí mismo, puesto que podría dañarse e incluso intentar amputarse alguno de sus órganos, respondiendo a sus órdenes alucinatorias o presa de sus ideas delirantes. Ciertos pacientes deprimidos pueden incluso intentar suicidarse .

Si desgraciadamente, y aun a pesar de los pasos precedentes, la agitación o situación de riesgo inminente se produjera, Tardiff recomienda, en primer lugar, realizar lo que él denomina un diagnóstico diferencial instantáneo, clasificando al

paciente en uno de los tres subgrupos siguientes, y en consecuencia decidirse por intentar contener verbalmente al paciente agitado o utilizar contención mecánica:

1. Trastorno mental orgánico. Los pacientes incluidos en este grupo son poco sensibles a la modificación de su conducta agresiva mediante la palabra; por tanto, se impone el tratamiento del trastorno subyacente y, en su caso, contención mecánica si fuera necesaria.

2. Psicosis. Los pacientes violentos de este grupo son, normalmente, esquizofrénicos o maníacos y son difíciles de influir verbalmente una vez desencadenado el cuadro de agitación.

3. Trastornos ni orgánicos ni psicóticos. Este grupo comprende primordialmente a pacientes con trastornos de personalidad, que a menudo pueden ser convencidos, mediante intervención verbal, para que depongan su actitud, sin necesidad de tenerlos que inmovilizar o aislar.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) señala las indicaciones para el aislamiento y la contención mecánica en casos de emergencia. Estas indicaciones establecen que no es necesario que se haya producido conducta violenta alguna, sino que el personal sanitario puede utilizarlas ante una situación de riesgo de violencia inminente, cuando el patrón de escalada de violencia del paciente es conocido, o si es evidente que un paciente se halla a punto de explotar. Siempre con los siguientes objetivos:

a) Prevenir un daño inminente hacia los demás, ya sea un miembro del personal u a otros pacientes, si otros métodos son ineficaces o inapropiados.

b) Prevenir un daño inminente al propio paciente, si otros métodos de control no son eficaces o apropiados.

c) Preservar el buen funcionamiento del programa terapéutico de la unidad de tratamiento.

d) Cuando formara parte de un programa de tratamiento conductual en curso.

e) Disminuir la estimulación que recibe el paciente; en este caso procede el aislamiento sin contención mecánica.

f) A petición del paciente. En los hospitales psiquiátricos no es infrecuente que el propio paciente solicite ser aislado o reducido, al percibir su falta de control de impulsos.

En la fase de agitación aguda el personal de enfermería ha de mostrar una actitud calmada, firme y a la vez protectora frente al paciente agitado, poniendo límites a las conductas agresivas y evitando cualquier tipo de refuerzo de una conducta negativa.

En caso de una agitación en el transcurso de la cual el contacto verbal se hace imposible, los tratamientos psicofarmacológicos y la contención física o mecánica constituyen los tratamientos de elección. Esta maniobra no se debe hacer con precipitación o atropello.

Antes de proceder a la contención se llamará a un número suficiente de personas; mientras llegan se observará los gestos, las expresiones y los propósitos

del enfermo para anotarlos posteriormente. Estas observaciones facilitan la comprensión del estado de agitación, tanto a nivel de su significación (respuesta a un sentimiento de frustración, de contrariedad, etc.), como a nivel de su naturaleza (agitación delirante, confusa, depresiva, neurótica, etc.).

El personal siempre mostrará una actitud firme, a la vez que protectora, pero nunca amenazante. En estos momentos el convencimiento verbal suele ser de muy poca utilidad. Tomada la decisión de la reducción del paciente, la maniobra de contención debe ser realizada por un número adecuado de miembros del personal de enfermería, generalmente cinco, que abordarán directamente al paciente. Una demostración de fuerza propicia, estadísticamente, la cooperación voluntaria del paciente. Existen diversos estudios que demuestran que el número y grado de cuadros de agitación aguda en un hospital psiquiátrico, son inversamente proporcionales al número y envergadura física de los enfermeros presentes.

El paciente deberá ser separado de los otros enfermos y puesto en una habitación individual. Si se niega a colaborar, el traslado del mismo al lugar de aislamiento se llevará a cabo según un plan preconcebido en cada institución (la cual es responsable de hacerlo conocer por escrito al personal sanitario), por ejemplo sujetándole por las extremidades superiores, apoyándose el paciente sobre los brazos de dos miembros del personal. Si la resistencia al traslado fuera mayor, cuatro personas se encargarán de sujetar cada una de las extremidades del paciente y la quinta sujetará la cabeza, evitando por parte del personal de enfermería maniobras o acciones hirientes hacia el paciente, o exponerse inútilmente a ser agredido por aquél. La maniobra de contención se realizará de forma rápida y coordinada y cuando el paciente se halle distraído.

Debe prepararse el material necesario para la administración intramuscular de un sedante prescrito por el médico. La preparación del material ha de realizarse fuera de la vista del enfermo. Esta actitud terapéutica no debe considerarse como una sanción, sino que al enfermo se le deberán explicar las razones por las cuales se le aplica restricción y se prescribe el sedante, todo ello en aras de favorecer un clima terapéutico y tranquilizador.

Una vez en el lugar de aislamiento, deberán retirarse todos aquellos objetos con los que el paciente pudiera dañarse: cinturones, objetos cortantes, cerillas, etc.

El paciente deberá ser visitado por el médico durante las primeras horas, controlando su estado y valorando la idoneidad de continuar o no. El personal de enfermería observará al paciente, en un principio, cada quince minutos, recogiendo en la historia el momento en que se inició el episodio y su estado y conducta a lo largo del mismo. Mantendrá, a su vez, los cuidados clínicos habituales; en estos casos, toma de la tensión arterial, pulso, ritmo respiratorio, control de diuresis, etc. Si han sido inmovilizadas las cuatro extremidades, se liberarán cada cierto tiempo, para evitar hematomas o lesiones por inmovilización. Se mantendrán los horarios de higiene y comida al igual que al resto de los pacientes.

La finalización del episodio restrictivo será progresiva, a medida que el paciente vaya adoptando conductas más adecuadas y aceptables, mostrando un mayor control sobre sí mismo. Al final de un estado de agitación no hay que quedarse por satisfecho del simple retorno a la calma, sino suscitar que el enfermo explique sus dificultades.

Para los cuidados a largo plazo o en fase crónica existen diversos procedimientos: psicofármacos y múltiples formas de psicoterapias (cognitivo-conductual, conductual, de inspiración psicoanalítica, individual, grupal, role-playing y psicodrama, terapias ambientales (milieu), terapia ocupacional, musicoterapia), que solos o asociados entre sí han demostrado un grado de eficacia variable en función de que la violencia se relacione con un trastorno psiquiátrico mayor o haya ausencia de éste, en cuyo caso debe considerarse si se trata de personas crónicamente violentas y subcontroladas o se trata de personas que presentan violencia episódica y, en este último caso, dividirlos en individuos aparentemente supercontrolados o subcontrolados. Habrán de elaborarse programas y estrategias a largo plazo teniendo presente la existencia o no de psicopatología mayor, la clase de trastorno si lo hubiere, el tipo de pauta agresiva, las características de personalidad, el grado de colaboración personal, el grado de apoyo familiar y el contexto social.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

GOLDSTEIN, A. P; KELLER, H. R.: El comportamiento agresivo: evaluación e intervención. Desclee de Brouwer. Bilbao, 1991.

HYMAN, S. E.: Urgencias psiquiátricas. Salvat. Barcelona.

LEDESMA, A.: Agresividad y conflicto generacional. Castalia. Salamanca, 1982.

SCHARFETTER, C. H.: Introducción a la psicopatología general. Morata. Madrid, 1988.

STORR, A.: Agresividad humana. Alianza Editorial. Madrid, 1984.

3.- CONDUCTA AGRESIVA Y VIOLENTA

Agresión, variables relacionadas con la hostilidad y la violencia

Agresión.

Aunque las definiciones de agresión difieren a menudo según las disciplinas y entre los diversos estudios publicados, la conducta agresiva incluye generalmente palabras injuriosas, amenazas violentas de daño, agresión física a sí mismo o a los demás y daño a la propiedad. Como conducta, la agresión puede ser analizada y comprendida no sólo en términos de apreciaciones y actitudes negativas hacia el yo, los demás, el mundo y el futuro, sino también respecto a las emociones que pueden acompañarla, o no, como las variables relacionadas con la hostilidad de ira, recelo, irritabilidad e impulsividad.

Variables relacionadas con la hostilidad.

Las variables relacionadas con la hostilidad son emociones, actitudes y conductas que aparecen con regularidad y son previsibles en individuos agresivos y propensos a la violencia. Las emociones relacionadas con la hostilidad abarcan la ira, la irritabilidad y el resentimiento, y se han vinculado con conductas agresivas y con el desarrollo potencial de ciertas enfermedades médicas, como hipertensión esencial, hiperreactividad cardiovascular y cardiopatía aterosclerótica.

Son actitudes relacionadas con la hostilidad las visiones negativas persistentes de los demás y del mundo. Estas visiones abarcan el cinismo, la desconfianza, el recelo y una predisposición a considerar los hechos cotidianos de la vida y las acciones de los demás desde el peor enfoque. La conducta relacionada con la hostilidad es una consecuencia lógica de las emociones y las actitudes hostiles, que están presentes antes que la conducta y se asocian con una predilección por la agresión. La conducta relacionada con la hostilidad, algunas veces llamada hostilidad expresiva, puede observarse en las expresiones faciales, el lenguaje corporal, las verbalizaciones, los gestos, los actos contra uno mismo, otras personas, la propiedad, o cualquier combinación de éstos.

La ira y la impulsividad desempeñan un papel fundamental en el camino de un individuo hacia la conducta agresiva o violenta y para la presente descripción se distinguen de las emociones relacionadas con la hostilidad. La ira es una emoción que a menudo surge cuando las expectativas de un individuo no se cumplen. Estas expectativas pueden ser relativas a uno mismo, a otra u otras personas, a una organización (incluido el gobierno) o a un acontecimiento vital. La ira puede ser una emoción positiva cuando motiva a una persona a cambiar gracias al uso de diversas estrategias, servicios y oportunidades educativas. La ira también puede motivar a

los individuos más maduros a organizar y contribuir a establecer un cambio constructivo cuando esto fuera beneficioso o cuando prevalece la injusticia. La ira pierde su aspecto constructivo cuando se vuelve hacia el interior, cuando se esparce ineficazmente hacia los demás con poco o ningún motivo, cuando intimida a otros con menos fuerza, poder o recursos, cuando daña o hiere a uno mismo o a los demás en el plano físico o emocional y cuando su expresión está fuera de control. Las formas en que se comporta un individuo con ira tienden a persistir en el tiempo. Si la persona cuya ira resulta destructiva no está motivada a cambiar, o si la ayuda que pudiera solicitar no está disponible o se administra de forma inadecuada, la ira, con todas sus consecuencias negativas para uno mismo y los demás, persistirá con una gran probabilidad.

La impulsividad es un modo de interacción que se pone de manifiesto por actos realizados con poca o ninguna consideración por sus consecuencias. En lo que concierne a la práctica clínica, la impulsividad se considera el síntoma de un trastorno subyacente o un rasgo generalizado de la personalidad. Los trastornos del control de los impulsos se caracterizan, en general, por tres criterios:

- 1) incapacidad de controlar el impulso de comportarse de una manera que se considera dañina para sí mismo o los demás;
- 2) sensación creciente de tensión (sentimientos de presión en aumento, malestar o energía) antes de actuar bajo un impulso que puede, o no, ser premeditado o resistido conscientemente;
- 3) sensación de excitación, satisfacción y liberación de tensión durante el acto. Los individuos experimentan, de forma típica algún grado de pesar o remordimiento después del acto aunque este pesar o remordimiento es a menudo transitorio debido a la tendencia, a racionalizar la conducta.

Se han identificado los siguientes factores etiológicos posibles asociados con la conducta impulsiva: un patrón vital de conducta impulsiva, anormalidades del sistema nervioso, ansiedad, crisis vitales e impulsos sexuales y agresivos. Las características de la impulsividad son la conducta imprevisible, las amenazas a los demás, los actos irresponsables, la baja tolerancia a la frustración, las escasas habilidades para la resolución de problemas, la alteración de las relaciones interpersonales, la inquietud y la despreocupación general por las reglas y costumbres sociales.

Violencia.

La violencia es una forma de agresión que abarca lo siguiente:

*Amenazas, incluidas las declaraciones verbales o escritas que implican daño a una persona o propiedad (entre ellas, el acoso sexual).

*Agresión física (incluida la agresión sexual) con o sin armas, que produce un daño físico real, como cardenales y laceraciones, o la muerte.

*Daños a la propiedad.

Los actos de agresión son el foco primario para la valoración legal de la peligrosidad en todos los establecimientos clínicos y forenses . La peligrosidad incluye acciones que tienen un alto riesgo de resultar dañinas o traumáticas para uno mismo o los demás. El propósito de dañar a otra persona es un criterio importante a la hora de evaluar y diferenciar situaciones de daño o lesión accidental frente a situaciones en las que el daño a otras personas o la propiedad se realiza con intencionalidad .

3.a) Conductas agresivas y violentas del cliente asociadas con diagnósticos psiquiátricos.

Los incidentes que reflejan el abanico de la conducta agresiva, violencia física incluida, se dan en todas las categorías diagnósticas clínicas y no los manifiestan exclusivamente los individuos diagnosticados de un trastorno mental. El sistema de clasificación de la 4.8 edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV) permite posibilidad de trastornos múltiples que acarreen el potencial de conducta agresiva. En el Cuadro 31-1 se relacionan ejemplos de diagnósticos psiquiátricos y patrones comunes de agresión o violencia.

Numerosos estudios han intentado encontrar una asociación entre diagnósticos de clientes y riesgo de incidentes agresivos en hospitales psiquiátricos. Sin embargo, como quiera que un diagnóstico es una etiqueta longitudinal que representa características conductuales variables, y que clientes con el mismo diagnóstico o diagnósticos múltiples varían en sus patrones de conducta, algunos investigadores consideran el diagnóstico un predictor poco fiable del tipo de incidente agresivo o violento al que cada cliente podría ser vulnerable. No obstante, recientes estudios de investigación han reavivado un antiguo debate sobre la relación entre la enfermedad mental grave y la incidencia de violencia en individuos que han sido detenidos, pacientes psiquiátricos ingresados y ambulatorios, familias con un miembro que tiene una enfermedad mental grave y la población general de la comunidad .

3.b) Determinantes de la Agresión.

Perfiles intrahospitalarios: factores prominentes en los episodios agresivos y violentos.

En una revisión de 75 informes sobre incidentes en hospitales psiquiátricos, en busca de los patrones de conducta de los clientes inmediatamente previos al incidente, se demostró lo siguiente:

1. La mayoría de los incidentes se produjo durante la primera semana de hospitalización de los clientes, para después descender rápidamente.

2. La proporción de incidentes era significativamente más alta en clientes masculinos de edades comprendidas entre 26 y 35 años, y en clientes femeninos de 36 a 45 años.

3. El tipo de incidentes difería significativamente entre los clientes varones y hembras (p. ej., los altercados físicos, las agresiones y la conducta destructiva eran más frecuentes entre los clientes masculinos, mientras que los intentos de suicidio eran más frecuentes entre los clientes femeninos).

4. Los diagnósticos más comunes fueron esquizofrenia, abuso de sustancias o depresión mayor.

5. Los clientes con esquizofrenia mostraron un riesgo aumentado de cometer agresiones.

Los investigadores concluyeron que los patrones de conducta del cliente pueden ser valiosos a la hora de predecir el tipo de incidente agresivo e incidentes posteriores.

Una serie de estudios sobre la agresión y la violencia por parte de personas con enfermedad mental encontró que, a diferencia de los pacientes ingresados no violentos, que mostraban principalmente un estilo de interacción acomodaticio característico, los pacientes violentos ingresados manifestaban un estilo de interacción principalmente coercitivo o explotador (es decir, usaban a los demás para lograr algún tipo de autogancia) . Se identificó el estilo de interacción coercitivo como precursor principal del uso de la agresión y la violencia por parte de las personas con enfermedad mental. La investigación previa ha documentado patrones de coerción, poder y control en familias de niños antisociales así como patrones intimidatorios en niños pequeños que se mantuvieron en la madurez. Con posterioridad, se han establecido patrones de poder y control en la investigación sobre violencia doméstica y agresión sexual.

Interacción personal-cliente.

Investigadores adicionales revelan la importancia de los factores interpersonales y circunstanciales como precursores de incidentes violentos en las unidades psiquiátricas; particularmente influye la interacción personal-cliente.

Se han vinculado dos tipos de sucesos previos con la escalada de violencia del cliente. En primer lugar, están las ocasiones en que los clientes se encolerizan o se frustran por la conducta de otros clientes, por ejemplo, por disputas sobre cigarrillos o comida, o por la conducta del personal que, en el proceso de atender al cliente, puede estorbar o frustrar a éste . Ejemplos de tal tipo de conducta por parte del personal son: impedir al cliente abandonar la sala , discusiones sobre la medicación, imposición general de las reglas o rechazo de la peticiones , sujetar o guiar al cliente mediante la fuerza física, coger algo del cliente, o simplemente pedirle que haga o se abstenga de hacer algo. La escalada en la conducta agresiva de un cliente puede evitarse cuando la enfermera y el resto del personal pueden influir en la apreciación de la interacción por parte del cliente. La conducta del

personal o las demandas verbales deben explicarse y justificarse ante el cliente, siempre que sea posible, para que éste tenga la oportunidad de contemplar la conducta del personal con un propósito totalmente útil y bien intencionado en lugar de con una finalidad arbitraria o punitiva .

El segundo tipo de acontecimiento previo asociado con la violencia del cliente en las unidades psiquiátricas es el ser ignorado por el personal. Puede que una parte del personal evite a los clientes muy alterados porque la interacción con ellos les resulte estresante. Sin embargo, tales clientes pueden volverse agresivos para llamar la atención del personal.

Perfiles extrahospitalarios.

Estudios recientes muestran que aproximadamente el 30 % de los clientes psiquiátricos, hombres y mujeres, con una historia de conducta violenta vuelve a mostrar nuevamente dicha conducta después de un año del alta . En un estudio, la historia de incumplimiento del tratamiento farmacológico por los enfermos ambulatorios mostró una fuerte correlación con niveles más altos de hostilidad y rehospitalización. De los enfermos ambulatorios que fueron clasificados como agresivos y destructivos, el 71 % informó de problemas con el cumplimiento del tratamiento, mientras que sólo el 17 % de los enfermos ambulatorios con conductas distintas a la agresión y la destrucción informó de tales problemas. Nunca se insistirá lo bastante en el interés de aprovechar las visitas de revisión ambulatorias para ayudar a los clientes a entender sus tratamientos, la importancia de su cumplimiento y las consecuencias de su incumplimiento. Las interconsultas adecuadas y la participación de la familia y otros allegados son cruciales para evitar la reincidencia.

3.c) Intervención.

Es responsabilidad de las instituciones de cuidados de salud mental el proporcionar información relativa a las estrategias de intervención con los clientes agresivos. Incumbe a cada empleado que trabaja con estos individuos especiales ser conocedor de las pautas y las estrategias de intervención y poder ejercitarlas en un momento determinado. El ensayo de medidas y técnicas específicas en un entorno no estresante es esencial para la ejecución coordinada y sin problemas.

Los principios de seguridad y entorno menos restrictivo deben ser sopesados cuidadosamente por las enfermeras y otros profesionales de la salud mental que atienden a clientes agresivos y agresores. Es sumamente importante que ese personal mantenga actitudes de cuidado, preocupación y no autoritarismo, mientras establecen unos límites apropiados para demostrar las normas sociales dentro del medio. Si bien se trata de un equilibrio difícil de lograr, es esencial para prevenir la conducta violenta, sobre todo en unidades intrahospitalarias. Incluso un

cliente psicótico en pleno brote, cuya tensión aumenta antes que la violencia, puede responder de forma positiva al contacto interpersonal no provocador ni enjuiciador ya expresiones de preocupación y cuidado, particularmente por quien haya establecido previamente una relación buena y de credibilidad durante anteriores contactos con el cliente

Autoconciencia de la enfermera.

Las enfermeras deben ser conscientes de sus propios sentimientos hacia la conducta agresiva y violenta y, en particular, hacia determinados clientes violentos, de manera que no actúen basándose en un sentimiento negativo. Ante una conducta agresiva o agresora, el miedo es una respuesta universal. El sentimiento de miedo y el saber lo que indica pueden llevar a una enfermera a la acción. Los posibles resultados de esta experiencia de miedo incluyen, en primer lugar, una reacción de contratransferencia debida a los sentimientos de ira, que lleve a establecer límites fuera de un comportamiento dialogante; una reacción de ansiedad debida a los sentimientos de desamparo, que impulse a escapar de la situación; o una reacción terapéutica que conduzca al auto-conocimiento gracias a la exploración de los propios pensamientos, sentimientos y conducta. Además, las enfermeras y demás miembros del personal deben supervisar el medio en cuanto a dinámica del personal o conflictos que puedan interferir en el cuidado apropiado del cliente en el manejo de la violencia.

Tipos de estrategias de intervención.

Al interactuar con clientes que son agresivos y violentos (o potencialmente lo son), los tres tipos de estrategias de intervención son: verbal, farmacológica (medicamentos) y física (aislamiento y sujeción). Estas intervenciones pueden usarse separadamente o en combinación según los protocolos de la institución terapéutica en cuestión.

Directrices de seguridad.

Al interactuar con clientes enojados y potencialmente agresivos, el personal debe preocuparse por su propia seguridad y la seguridad del cliente y de los demás. Algunas pautas generales para garantizar la seguridad son las siguientes:

- Colóquese fuera del espacio personal del cliente (algo más lejos del alcance de sus brazos).
- Si es posible, permanezca en el lado no dominante del cliente (normalmente el lado donde lleva el reloj de pulsera).
- Mantenga al cliente en su campo visual.

- Asegúrese de que existe alguna puerta de salida accesible con facilidad.
- Evite que el cliente se interponga entre usted y la puerta.
- Retírese de la situación y solicite ayuda si la agresividad del cliente ha aumentado hasta la violencia.
- Evite tratar con un cliente violento si no tiene posibilidad de ayuda .

Intervenciones verbales para prevenir una escalada de la agresión.

La intervención verbal es importante cuando se interactúa con clientes agresivos en todos los niveles de la escalada, pero suele ser más útil con los niveles más leves de agresión. La intervención verbal puede prevenir una escalada de la conducta agresiva del cliente.

Las personas desean que se las escuche y comprenda. En su interacción con un cliente enojado, la enfermera puede reducir la defensa del cliente atendiendo con empatía e interés auténticos a lo que el cliente dice, centrándose en el sentimiento y el contenido de lo que el cliente ha dicho. Por ejemplo, un cliente dice, «llevo 3 días en esta *@\$!*?! de hospital, y nadie va a ir a mi casa por mi ropa. Estoy aquí contra mi voluntad, y voy a demandar a todos los de esta unidad». La enfermera podría responder como sigue: «Ya veo lo frustrado que se siente por estar aquí y no tener su propia ropa. Hablemos sobre cómo podemos ayudarle a conseguir su ropa». Semejante contestación de la enfermera es signo de interés, atención directa a la preocupación del cliente y ganas de trabajar con él. Esta respuesta probablemente calmará, al menos en parte, el enojo del cliente.

Una enfermera que previamente ha establecido una relación terapéutica y una sensación de confianza con un cliente puede intervenir para prevenir la irrupción de la agresión hablando bis a bis con dicho cliente. En esos momentos, la enfermera puede validar suposiciones sobre lo que el cliente está experimentando en términos de sentimientos e intenciones. La enfermera anima al cliente a que describa y aclare su experiencia actual con el fin de aumentar el conocimiento del cliente sobre sus sentimientos problemáticos y qué los activa. Después, la enfermera explora con el cliente formas de expresar y actuar sobre los sentimientos de una manera constructiva, socialmente aceptable y esperanzadora, para experimentar un sentido de logro mediante esta forma de actuación.

El programa de Prevención y Control de la Conducta Agresiva desarrollado por la división de recursos humanos del departamento de Salud Mental y Retraso Mental de Texas hace hincapié, como se relaciona a continuación, en tres fases de intervención verbal para prevenir la escalada de conducta agresiva:

- 1) tomar contacto.
- 2) descubrir la fuente de la alteración.
- 3) ayudar a la persona con las conductas alternativas y la resolución de problemas.

Establecimiento de límites.

Para prevenir la violencia en las instituciones de salud mental, es esencial la valoración incesante del tono del cliente y de los signos de ansiedad o temor que pudieran iniciar una escalada hacia sentimientos y conductas de ira y hostilidad.

La enfermera debe reconocer los signos de alarma de agresión o violencia inminentes, que han precedido a la violencia de los clientes en el pasado. Puede que el cliente haya manifestado un patrón específico de conducta o lenguaje antes de un episodio violento, como pasearse delante del control de enfermería con los puños cerrados, repitiendo la misma palabra o frase, o alguna otra conducta. La pérdida de control asociada con la agresión y la violencia daña la autoestima y las relaciones interpersonales. La enfermera debe tener perspicacia para detectar el deseo de control del cliente y capacidad de fijar unos límites sin ser punitiva. Resulta tranquilizante para los clientes el saber que no se les va a permitir ser destructivos para sí mismos, los otros o la propiedad. Si el cliente intenta comprometer a la enfermera en un conflicto de poder, ésta puede decirle que no tiene interés en ese conflicto, pero que le gustaría ver a dicho cliente permanecer controlado. La enfermera también puede felicitar a los clientes sobre cualquier grado de control que logren mantener. El hecho de decir «¿No está orgulloso de sí mismo?» en lugar del más frecuente «¡Me siento muy orgulloso/a de usted!», centra al cliente en el orgullo sobre su propia conducta en lugar de en agradar a otra persona.

El establecimiento de límites se ha definido como un proceso a través del cual alguien con autoridad determina, de forma temporal y artificial, unas fronteras del yo para otra persona. A menudo, la enfermera tiene que recordar a los clientes las fronteras de la conducta aceptable y fijar los límites para esa conducta. Sin embargo, como anteriormente se dijo, el personal debe explicar a los clientes, de forma cuidadosa y terapéutica, la necesidad de la aplicación de límites para evitar una escalada del comportamiento violento. Si ello es evaluado de forma positiva por los clientes, el establecimiento de límites puede convertirse en una forma de proporcionar protección y seguridad al cliente, ya los demás, de ayudar a reducir la ansiedad del cliente, y de colaborar en una visión más realista del entorno por parte del cliente. El conocimiento de los límites establecidos proporciona al cliente un entramado dentro del cual funcionar de forma más libre y adecuada, mantener su autoestima, aprender nuevas conductas y lograr una conciencia nueva. Los pasos y técnicas siguientes son de utilidad a la hora de comunicarse y fijar límites con clientes potencialmente agresivos.

1. Evaluar la necesidad del establecimiento de límites. Intente comprender lo que el cliente está experimentando. Sírvese del conocimiento, la comprensión y la interpretación racional de la dinámica de la conducta del cliente para evaluar hasta qué punto se necesitan los límites.

2. Describir las conductas inaceptables del cliente, comunicar la conducta esperada y ofrecer alternativas. Antes de fijar un límite, la enfermera debería

recordar al cliente que su conducta es inadecuada o inaceptable, establecer la conducta adecuada a la situación particular y ofrecer algunas conductas sustitutivas aceptables tales como pasear con la enfermera, hablar sobre sus sentimientos y sus pensamientos, o participar en una terapia recreativa. Generalmente, los clientes pueden salvar la situación cuando se les proporciona una elección de alternativas más constructivas que su pretendida conducta violenta. La cuestión es emplear explicaciones simples y claras, y ofrecer a dichos clientes algunos canales constructivos para su energía y sus emociones contenidas.

3. Establecer el límite. Cuando se ha identificado la necesidad de un límite y la declaración de la conducta esperada no ha provocado la conducta deseada, la enfermera deberá informar al cliente con exactitud sobre cuál es la consecuencia o dónde está el límite. Fije el límite en realidad, y no como un aviso, soborno o castigo. El límite dice específicamente al cliente qué es lo que tiene, o no, que hacer en tal situación.

4. Ayudar al cliente a comprender la razón del límite y las consecuencias si lo somete a prueba o continúa con la conducta inadecuada. La explicación de las consecuencias tiene valor terapéutico, porque proporciona al cliente un sentido de responsabilidad sobre los éxitos o los resultados de su conducta.

5. Hacer cumplir el límite. El límite debe ser razonable y su cumplimiento deberá ser posible de forma realista y uniforme. Si no hay manera de hacer cumplir el límite, no sólo no tiene objeto establecerlo, sino que tal fracaso arruina todo el proceso, incluida la credibilidad de la enfermera u otros miembros del personal. Aplicar uniformemente los límites significa que es de esperar que todos los clientes se adhieran a unos estándares determinados de conducta; que ciertas conductas antisociales no son ignoradas o condonadas en algunos clientes mientras que se prohíben en otros de forma estricta. Las injusticias tienden a incitar el enfado en la mayoría de la gente en cualquier situación y pueden encender las llamas de la ira en una institución en la que el control, la ira y la violencia son asuntos predominantes y urgentes. Cuando un cliente somete un límite a prueba, habitualmente experimenta cierta ansiedad, y el hecho de que el personal responda de una manera predecible encaminada a garantizar la seguridad y la protección del cliente y los demás, proporciona una seguridad y una confianza sobre las que el cliente puede apoyarse y con las que contar para obtener la fuerza y el soporte adecuados. Un anagrama útil de recordar al comunicarse con clientes potencialmente violentos es el proceso de cuatro pasos conocido como DISC: D-describir la conducta del cliente; I-indicar la conducta deseada; S-especificar las acciones de las enfermeras; C-confrontar con consecuencias positivas o negativas.

3.e) Aspectos Legales.

Cuatro aspectos legales fundamentales en referencia a la conducta violenta son: el encierro involuntario en hospitales mentales, la protección de las víctimas potenciales de la agresión de un cliente, el mantenimiento de los derechos de los

clientes y la conservación de los derechos del personal. En general, el internamiento involuntario se permite solamente en el caso de clientes diagnosticados de enfermedad mental que son claramente peligrosos para sí mismos o para los demás, en términos de infligir un daño físico grave. Varían las interpretaciones del daño anticipado. Unos criterios rigurosos de interpretación pueden exigir la lesión anticipada como «inminente», «un peligro claro y actual», o requerir un acto franco de violencia en el último mes. Interpretaciones menos rigurosas pueden permitir un ingreso involuntario de clientes sobre la base de amenazas o temores expresados y razonables de las víctimas potenciales.

Con respecto a la confidencialidad y el deber de advertir, The Principles of Medical Ethics establece que «un médico debe salvaguardar las confidencias del paciente dentro de los límites de la ley». Una excepción a esta regla se aplicó legalmente en la decisión de Tarasoff (Tarasoff contra los regentes de la universidad de California, 1974), que estableció que «el privilegio de protección finaliza donde comienza el riesgo público». Como resultado de esa decisión, cualquier amenaza evidente por parte de los clientes psiquiátricos de lesionar a personas concretas debe ser comunicada. Los psicoterapeutas y otros proveedores de cuidados de salud mental deben avisar a las autoridades (especificadas por ley) ya las víctimas potenciales de las posibles acciones peligrosas de sus clientes. Si fuera posible, deberá participarse al cliente la decisión de avisar, lo cual puede fortalecer la alianza terapéutica y mejorar la relación del cliente con la persona amenazada.

Respecto a los derechos de los clientes en el marco de hospitales y clínicas, los clientes voluntarios pueden rechazar cualquier tratamiento, aunque puede que se les pida que se marchen. En la mayor parte de los estados, los clientes involuntarios tienen derecho a rehusar los fármacos antipsicóticos, a menos que se demuestre que son incompetentes. En cualquier caso y en situación de urgencia (un cliente peligroso para sí mismo o para los demás), la medicación puede ser administrada dentro de la legalidad por personal cualificado.

Los clientes y el personal de clínicas y hospitales mentales tienen derecho a verse libres de asaltos violentos, pero esto suele ser sopesado frente al derecho de los clientes a verse libres de medicación o sujeciones innecesarias. Si el cliente violento, hospitalizado o no, ha amenazado claramente de lesión a determinadas personas, pueden exigirse responsabilidades a los psicoterapeutas ya otros profesionales de salud mental directos si no advierten a las víctimas potenciales. Mientras que los miembros del personal pueden temer responsabilidad legal sea cual fuere el abordaje que adopten, es probable que si optan por prevenir la violencia, los daños legales y personales sean menores.

4. - CONTENCIÓN MECÁNICA.

Introducción.

La restricción de movimientos y el aislamiento de pacientes es un último recurso al que suele recurrirse cuando se hace necesario controlar conductas violentas o de alto riesgo para la salud o la vida del propio individuo, el resto de los pacientes internados o el personal que los atiende, cuando otros medios se consideran inaplicables o han fracasado.

Se trata de un procedimiento que suele aplicarse en situaciones de urgencia y en contra de la voluntad del paciente, lo que exige un conocimiento sobre cómo llevarlo a la práctica para resultar efectivos y mejorar la situación en vez de empeorarla y, también, respetar los derechos constitucionales del enfermo.

4.a) Objetivos del procedimiento.

Esta guía práctica y los protocolos, se ha realizado con la expresa intención de que el hospital y su personal dispongan de un instrumento escrito sobre la forma de proceder en los casos en los que se tenga que sujetar a un enfermo.

Pero, también, dado el carácter involuntario de la sujeción y para evitar abusos que pudieran producirse en su aplicación, el hospital, a través de su personal, tiene la obligación de comprometerse con los derechos constitucionales del paciente.

Destinatarios del procedimiento.

El presente documento está destinado a toda clase de personal sanitario, auxiliar y de seguridad que potencialmente pueda intervenir en la sujeción mecánica de un enfermo hospitalizado. Por eso, todos los grupos mencionados deben estar familiarizados con esta guía.

Los PSIQUIATRAS y/o ATS/DUE de cada unidad son los principales destinatarios de estas normas protocolizadas, dado el papel director que deberán adoptar en la indicación de sujetar, en función de sus respectivos cargos. Se recomienda que esta guía práctica, los protocolos y los formularios estén siempre a disposición del personal en los controles de cada servicio.

Cuándo no aplicar la sujeción.

- 1.-Si no está indicado
- 2.-Si la situación puede resolverse verbalmente
3. Si la violencia tiene intencionalidad delictiva (es competencia de las fuerzas del orden público)

4. Como castigo o por antipatía hacia el paciente
5. Por comodidad o conveniencia del personal o de otros pacientes

4.b) Indicaciones relativas de la sujeción y/o el aislamiento.

1. Destrucción del mobiliario y otros elementos físicos del servicio
2. Destrucción de las propiedades de otros enfermos
3. Gritos incontrolables por otros medios
4. Ensuciar reiteradamente la habitación u otras zonas del centro con alimentos o excrementos
5. Exhibición reiterada del cuerpo desnudo ante los demás
6. Masturbación en público
7. Persecución reiterada con intenciones sexuales de otros enfermos o personal del servicio
8. Tocamientos eróticos no solicitados reiterados a otros enfermos o personal del servicio
9. La conducta del enfermo desencadena la violencia de otros pacientes

Indicaciones de sujeción y/o aislamiento.

1. Para prevenir lesiones al propio paciente (autolesiones, caídas accidentales, etc.)
2. Para prevenir lesiones a otras personas (enfermos o personal sanitario)
3. Para evitar interrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente u otros enfermos (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.)
4. Para evitar daños físicos significativos en el servicio (destrucción de mobiliario, equipos diagnósticos y/o terapéuticos, etc.)
5. Como refuerzo negativo en programas de terapia de conducta
6. Para reducir estímulos sensoriales (para aislamiento)
7. Si lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica según el criterio del personal sanitario que lo atiende.

Abordaje verbal del paciente agitado.

1.-Antes de hablar con el paciente informarse lo máximo posible sobre él: antecedentes, situación clínica, etc., para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación.

2. Si es posible, debe hablarse en un despacho que dé cierta intimidad. Pero la puerta estará abierta o semiabierta. No habrá obstáculos para salir del despacho ni para el paciente, ni para quien hable con él. Una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad. Otra persona acompañándolos, también

3. Si es posible, los dos estarán sentados, nunca uno a un nivel más alto que el otro. No mirar fijamente a los ojos (pero sí lo corriente en cualquier conversación)

4. Escuchar al paciente. Dirigirse a él en tono suave, relajado y seguro. No de forma intimidatoria o provocativa

5. No buscar la confrontación de ideas, razones, etc., sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoas

6. Se ha de ser flexible en el diálogo, pero los límites que la Institución y el personal que trabaja en ella están dispuestos a no ver desbordados han de quedar bien esclarecidos (ofrecer la firmeza y la flexibilidad que un junco enfrenta a la corriente del río)

7. Hacerle reconocer el carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autoestima

8. Negociar soluciones en base a las propuestas que haga el paciente ya las que puede brindarle la Institución.

Evaluación del riesgo de violencia.

1. Valore la ideación violenta existente, así como el deseo, la intención y los planes que exhibe el enfermo. Evalúe también los medios con los que cuenta y los pasos que ha dado para ejecutar sus planes violentos. Valore, igualmente, el deseo de ayuda que pueda estar mostrando el paciente para que se le impida actuar con violencia

2. El riesgo es mayor si el sujeto tiene alguna de las características sociodemográficas relacionadas con la conducta violenta: sexo masculino, edad entre los 15-24 años, nivel socioeconómico bajo y escasos apoyos sociales

3.-Valore los antecedentes de violencia previos, las manifestaciones precursoras de violencia (modo de caminar o de expresarse, etc.) como signos predictores, los actos antisociales no violentos, descontrol de los impulsos (juego compulsivo, abuso de sustancias, tentativas suicidas o lesiones autoinfligidas, psicosis)

4, Valore también la presencia de factores estresantes (conflictiva familiar, conyugal, etc.)

Opciones ante el riesgo inminente de violencia.

1.-Advertir al paciente de que la violencia no es aceptable.

2.-Proponerle resolver cualquier problema por la vía del diálogo.

3.-Ofrecerle un tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente.

4.-Desviar su atención hacia otros intereses lúdicos dentro del mismo servicio

5.-Facilitarle el diálogo con familiares y otros visitantes, si ello es posible

6.-Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica y/o aislamiento si la ocasión lo requiriese

7.-Hacer una exhibición de fuerza (p. ej., miembros del personal dispuestos a poner en práctica la sujeción)

Distracciones lúdicas.

Además de la intervención verbal, se puede ofrecer al paciente otras opciones que contribuyan a que la situación se desactive. Una de ellas es la integración del mismo en alguna clase de actividad lúdica que el servicio pueda proporcionarle. Ello distraerá su atención del origen de su agitación y/o violencia y contribuirá a su sedación por la actividad. Aquí puede incluirse la incorporación del enfermo a tareas sencillas del servicio, a charlas, más o menos intrascendentes, con el personal del servicio, como medios para desactivar su agitación y/o violencia.

Medicación oral y/o parenteral.

Otra alternativa posible es ofrecer al paciente, en el contexto de la intervención verbal o fuera de él, la administración de algún medicamento que le ayude a relajarse para así estar en condiciones de percibir las cosas con mayor objetividad. No debe decirse que la medicación es para tranquilizarle, porque puede mostrarse hostil a la idea (¡ estoy muy tranquilo !) sino para contemplar las cosas más relajadamente, como una ayuda que se le presta «para que no tenga que soportar la crisis que atraviesa "a pelo"».

4.c) Procedimiento de sujeción mecánica y/o aislamiento.

Toma de decisiones.

Puesto que lo frecuente es que el personal de enfermería se encuentre en un contacto más estrecho con los pacientes que los médicos, ése será el personal que hará las primeras observaciones que indiquen la sujeción y/o el aislamiento para un enfermo.

Así pues, la primera indicación de sujeción y/o aislamiento la hará el personal de enfermería responsable del caso, o quienes le sustituyan. Éste se pondrá en contacto con el personal médico para acordar, de forma conjunta, el inicio del procedimiento.

El médico responsable del caso, o quien le sustituya, habrá de mostrar su conformidad con el inicio del procedimiento. Si el contacto se realiza telefónicamente, el personal de enfermería iniciará el procedimiento tras consignar en la Hoja de Observaciones de enfermería el mencionado contacto telefónico. En esta situación, el personal médico deberá plasmar por escrito la indicación en el plazo máximo de 3 horas (firmando en el lugar que le corresponde en el Formulario de indicación).

Si el personal de enfermería no fuese capaz de establecer contacto con el personal médico para iniciar el procedimiento, está expresamente autorizado para iniciarlo por su cuenta. Pero tiene la responsabilidad de comunicarse con el personal médico durante la primera hora para conseguir su conformidad.

La indicación de sujeción y/o aislamiento deberá estar debidamente documentada en la historia clínica del enfermo. Para ello se cumplimentará el Formulario de indicación.

Hay que hacer tres consideraciones importantes en la indicación de sujeción y/o aislamiento destinadas a evitar abusos:

1. La toma de decisiones son responsabilidad de quienes las adoptan; en consecuencia, el/la médico/a que indique la sujeción y/o aislamiento, habrá de identificarse en el Formulario de indicación y consolidar su decisión estampando su firma donde se le solicita en el documento. No hacerlo significa que no existe indicación de sujeción y/o aislamiento.

2. El tiempo máximo que se establece para toda sujeción y/o aislamiento de un paciente es el de 8 horas (un turno). Si la situación clínica del paciente lo admite, podrá acortarse dicho plazo tanto como sea posible. Si la situación requiriese su prolongación, ésta será autorizada expresamente en cada turno con la firma, en el lugar que corresponde del Formulario de indicación, por el/la médico/a responsable del caso, o su sustituto.

3. El tiempo límite durante el que se puede prolongar una indicación de sujeción y/o aislamiento, originalmente de una duración máxima de 8 horas, será de 72 horas. Una vez superado ese margen extremo, el paciente será liberado. Cualquier otra indicación de sujeción tendrá que ser valorada de nuevo y el procedimiento habrá de ponerse en marcha otra vez desde el principio.

Personal necesario y modos de sujeción.

La experiencia aconseja que para sujetar de forma adecuada a un enfermo es preciso utilizar como mínimo cuatro personas. El número óptimo es el de cinco: una para sostener cada miembro del sujeto y otra para sujetar la cabeza.

A tal efecto: todo el personal sanitario y auxiliar disponible en el servicio está obligado a prestar su colaboración salvo que, realmente, otras tareas le requieran en otro lugar. Puede solicitarse la ayuda del personal de seguridad cuando las personas indicadas anteriormente se crean superadas por las circunstancias o carezcan del número conveniente.

No pueden proporcionarse normas específicas para sujetar a un paciente. Cada centro y cada servicio puede emplear aquellas de las que hayan comprobado su eficacia y en las que ya tienen experiencia. De ser ése el caso, deberán estar especificadas por escrito y autorizadas por la Dirección.

Para acompañar a la habitación a un paciente, cuyo estado lo permite y desea ir a pie, pueden ser suficientes dos personas que sujeten al enfermo por las axilas con una mano, empujando hacia arriba, y por las muñecas con la otra, tirando hacia abajo. Con la suficiente firmeza para dar seguridad al procedimiento, pero sin extremarla para no lesionar al enfermo.

Para reducir al paciente en el suelo deberá ser estirado de espaldas sobre el mismo, controlando su cabeza para evitar que se la golpee o golpee a algún miembro del grupo. Habrá una persona sujetando cada miembro del enfermo. Para los miembros

superiores, se sujetarán los hombros y los antebrazos. Para los miembros inferiores la sujeción se realizará presionando inmediatamente por encima de las rodillas y los tobillos.

Para trasladar a un paciente agitado y/o violento a la habitación el personal debe sujetarlo por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Un quinto miembro del grupo debe estar preparado para sostener la cabeza, si el paciente la agita mucho, para evitar que se la golpee o golpee a alguien.

Seguridad del personal.

El personal que intervenga en la acción de inmovilización debe adoptar algunas precauciones para protegerse a sí mismo.

1. Las personas que vayan a entrar en contacto físico con el paciente protegerán sus manos con guantes, aun cuando se conozca por la historia clínica del paciente que no padece enfermedades infecto-contagiosas. Ésta es una medida de prudencia elemental en toda actividad que se realice en un centro sanitario o cuando se entra en contacto físico con enfermos

2. Los pendientes que no sean de clip son potencialmente peligrosos: por los desgarros que podrían producir si se enganchan en cualquier lugar durante el procedimiento de sujeción y/o porque el paciente tire de ellos (voluntaria o involuntariamente). Si la varilla es lo bastante larga, también existe el riesgo de que se clave en los tejidos de su portador/a por la acción de algún golpe.

También deberán tenerse las debidas precauciones con las lentes de corrección visual, sea cual sea su tipo.

3. El personal de ambos sexos deberá tener la precaución de evitar que el paciente pueda golpearles en cualquier parte de su cuerpo, de un modo intencionado o accidental. Estarán especialmente atentos a los golpes en la cara y los genitales. El personal femenino vigilará, también, el pecho.

Seguridad del paciente.

1. Una vez aceptada la decisión de inmovilizar, tras el fracaso de las demás opciones, no insistir en el diálogo. Puede provocar una situación embarazosa, e incluso violenta, de consecuencias inesperadas para el propio paciente y también para el personal que lo atiende.

2. No mostrarse agresivos: ni física, ni verbalmente. Se está llevando a cabo una acción predeterminada con frialdad y profesionalidad, sin implicaciones personales; no se debe responder a los insultos, las agresiones o a cualquiera de las provocaciones posibles.

3. No golpear al paciente. No forzar sus articulaciones más allá de los límites fisiológicos. No colocar las rodillas sobre sus miembros, sobre el tórax o cualquier otra parte de su organismo. No situar su cabeza en la proximidad de esquinas o ángulos de

muebles, durante la inmovilización y el traslado, para que no se la golpee si consiguiese soltarla. Evitar, durante la inmovilización y el traslado, poner a su alcance objetos que puedan ser utilizados como armas.

Una vez iniciado el procedimiento.

Conviene que el grupo escoja a una persona que se encargue de dirigir el procedimiento, para proporcionar coherencia a éste y evitar que los demás miembros tengan que distraer su atención de la acción de sujetar.

Una vez aceptada la decisión de inmovilizar, tras el fracaso de las demás opciones, el intercambio verbal con el paciente es inadecuado. Podría agudizar una situación ya de por sí dramática, transformándola en otra caótica. Puede hacerse una excepción con el/la director/a del procedimiento que se dirigirá al enfermo para indicarle que se le va a sujetar y/o aislar por haber perdido el control.

Con el paciente en la cama, se procederá a sujetarlo a ella. Para la sujeción es recomendable utilizar las correas que están comercializadas al efecto. Son más seguras y su eficacia está comprobada. Recomendamos que en cada servicio existan dos juegos completos preparados al efecto. De ese modo no se perderá tiempo solicitando un juego a otros servicios o sujetando apresuradamente con cualquier otra cosa. La intensidad de la agitación o de la violencia aconsejarán cómo actuar en cada caso.

La sujeción más recomendable será el decúbito supino (boca arriba) pues esa postura facilita la administración de fármacos, la instalación de vías y la ventilación. En decúbito supino, dada la estrecha vigilancia a la que se ha de someter al paciente inmovilizado, la eventualidad de una aspiración puede ser detectada a tiempo.

Seguridad general.

Antes de retirarse, el personal se cerciorará de que:

1. Las fijaciones estén bien aseguradas.
2. Los puntos de contacto de las sujeciones con la piel del paciente estén bien acolchadas con algodón, gasas o cualquier otro material suave.
3. Los cinturones, anillos, pendientes, collares, relojes o cadenas (que pueden lesionar o estrangular al paciente en un posible forcejeo con las correas), los objetos punzantes, cortantes, incendiarios y cualquier otro potencialmente peligroso (del paciente o del entorno físico de la habitación propiamente dicha) se hayan retirado.
4. Se aísla al paciente en una habitación destinada a tal efecto, si ello es posible, pues hace más efectivo cualquier efecto sedante de la medicación administrada y/o del propio procedimiento de sujeción. Si permanece en la suya, sugerir a los compañeros de cuarto que abandonen de forma temporal la habitación hasta nuevo aviso. Advertirles que no deben proporcionarle objetos potencialmente peligrosos, ni cederle cigarrillos, alimentos, etc. Cualquier solicitud que les haga el paciente en ese u otro sentido deberá comunicarse al personal sanitario.

5. La habitación donde se instale al paciente inmovilizado esté bien ventilada, con una temperatura fresca, sobre todo si ha habido neuroleptización rápida. Los neurolepticos entorpecen la regulación térmica del organismo.

6. El cuerpo del paciente esté dispuesto para no entorpecer la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico potencialmente necesario (posible instauración de vías venosas, sondas, etc.).

La retirada del personal se realizará de un modo escalonado y pausado. El/la director/a del procedimiento será el/la último/a en desaparecer de la habitación.

Garantizar la observación.

Lejos de lo que pueda aparentar, la indicación de sujetar y/o aislar a un paciente no reduce el trabajo del personal que lo atiende, sino más bien lo contrario. Un paciente sujeto y/o aislado incrementa las tareas, porque esa condición, por sí misma, dada la gravedad general de los pacientes a los que se aplica, requiere una mayor atención. Por dos razones: para evitar complicaciones en el procedimiento y para atender las necesidades que genera la situación clínica del enfermo.

Por eso es necesario también estandarizar las observaciones que procede hacer durante la duración de la sujeción y/o aislamiento.

Personal médico.

En primer lugar: todo paciente agitado y/o violento que haya sido sujetado y/o aislado deberá ser atendido, en una primera observación, por el personal médico que se encuentre a cargo de él, o su/s sustituto/s. Esa primera valoración estará dirigida a conocer la situación clínica del paciente y, si fuera preciso (por no conocerse), a determinar el origen de esa conducta. Será facultativo de el/la médico/a solicitar cuantas pruebas complementarias necesite para esclarecer la situación clínica del paciente. Esta primera observación de el/la médico/a deberá realizarla preferiblemente en la primera hora, una vez instaurada la sujeción. Siempre antes de las 3 horas.

El/la médico/a responsable del caso, o su sustituto/a, realizará al menos una visita en cada turno para interesarse por la forma que transcurre la sujeción y/o el aislamiento, así como la situación clínica del paciente. Cualquier incidencia deberá constar por escrito en la historia clínica.

Si se trata de un episodio de sujeción repetido, en un paciente ya conocido, El/la médico/a responsable del caso, o sus sustitutos/as, pueden elegir no hacer la primera visita mencionada". Pero eso no les dispensa de realizar las demás visitas en cada turno y de firmar, junto a el/la ATS/DUE la renovación de la indicación de sujeción y/o aislamiento.

Personal de enfermería.

Cualquier miembro del personal que atiende el servicio podrá realizar la visita que ha de hacerse a estos pacientes cada 15 minutos. Se revisará el estado del paciente, el de las sujeciones y cualquier otra necesidad que pudiera surgir. Se deberá anotar en las hojas de observaciones las incidencias (o su ausencia) de cada visita. El personal que se encuentre en cada turno podrá turnarse para hacer entre todos esas observaciones. Si la situación de agitación y/o violencia lo permite, y el enfermo ha sido sujetado por los cuatros miembros, podrá liberarse uno de ellos en cada visita, de manera alternativa; de modo que cada miembro estará libre 15 minutos cada hora. Los/as ATS/DUE harán una visita cada 2 horas a fin de examinar al paciente y resolver cualquier contingencia que pudiera surgir. En el Formulario de seguimiento se harán las anotaciones pertinentes. Se hará un especial énfasis en el estado de las ataduras, la mejora, empeoramiento o estabilización de la situación que hizo indicar la sujeción y/o el aislamiento, el estado de nutrición e hidratación del paciente, la temperatura de la habitación que lo cobija (basta señalar si se considera adecuada o no), el estado de su aseo personal, etc.

Dichas observaciones no excluyen efectuar todas aquellas que el servicio tenga establecidas como rutinarias para los pacientes internados. Cualquier incidencia tendrá que constar en la historia clínica del enfermo.

Los pacientes inmovilizados se alimentarán a las horas determinadas para el resto de los enfermos, evitando que utilicen utensilios potencialmente peligrosos.

4.d) Aspectos legales.

Consideraciones generales.

La inmovilización de un paciente y/o su aislamiento (más la administración de un tratamiento farmacológico, habitualmente) es una medida sanitaria preventiva que suele aplicarse con el objetivo principal de evitar que un enfermo, a quien, por definición, la agitación tiene ofuscadas sus facultades psíquicas, se lesione a sí mismo o lesione a otros. Ello obliga, con frecuencia, a actuar en contra de la voluntad del sujeto en un contexto de apremio o urgencia. Por lo tanto, concurren en esa acción dos circunstancias: se aplica un plan terapéutico específico sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad, temporalmente. Aunque la legislación española es parca en la regulación de estas acciones sanitarias, existe doctrina suficiente para sostener que la regulación de las mismas se encuentra subsumida en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil (internamientos involuntarios) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado).

No puede ser menos. La idea general que subyace en la legislación vigente pretende cumplir el mandato constitucional por el que la privación de libertad debe estar sometida a la tutela judicial. Esa es la razón por la que deba ser autorizada por un juez, una vez conocida la opinión del personal facultativo.

Sin embargo, aun contando con la autorización de un juez para privar temporalmente de libertad a un ciudadano, éste no pierde por ello todos sus derechos. Incluso en esa situación, el paciente puede negarse a recibir un tratamiento, salvo en las circunstancias que prevé la Ley General de Sanidad.

TABLA 11-1. Artículo 211 del Código Civil.

El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá de autorización judicial. Ésta será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. El internamiento de menores se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor

El juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del ministerio fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269.4 el juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no continuación del internamiento

Cuando el personal sanitario se ve forzado a sujetar y/o aislar a un paciente cambia, aunque sea de forma temporal, el régimen de internamiento que disfruta en esos momentos. Éste pasa a ser de voluntario, la etapa anterior a su agitación, a involuntario, puesto que se le sujeta y/o aísla contra su voluntad; cosa que no contemplaba el pacto previo entre la institución y el enfermo.

En tales circunstancias, el artículo 211 del Código Civil (tabla 11-1) especifica que debe solicitarse la autorización judicial antes de actuar.

El médico (el citado artículo señala un facultativo, no especifica la especialidad que ha de tener, por lo que, en principio, se entiende que cualquier médico puede realizar esta acción) comunica al juez las razones por las que considera necesario sujetar y/o aislar al enfermo, y el juez procederá a la autorización pertinente, o la denegará.

No es fácil actuar de ese modo en las situaciones de urgencia que entrañan estos casos. El citado artículo 211 del Código Civil prevé tal circunstancia y especifica una salvedad: «salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas». Esto es: en tales casos, movidos por la necesidad urgente de actuar, la Ley permite al personal facultativo ejercer la acción que se considera necesaria en ese momento para el bien del enfermo. Sólo que adquiere la obligación de comunicar al juez lo que se ha visto forzado a hacer en el plazo máximo de 24 horas. Con el paso de tiempo, el juez se interesará por la situación de ese paciente (obligado de oficio) y recabará la información pertinente. Con esa información en la mano, el juez puede prolongar su autorización o revocarla.

En cualquier caso, si la necesidad de restringir los movimientos y/o aislar al enfermo cesaran antes de que el juez recabe información sobre el estado del mismo (y aunque sólo sea para reducir el trabajo de los juzgados de guardia y el «papeleo» que supone que el juez envíe su solicitud de información) el personal del hospital (del servicio implicado, se entiende) deberá comunicarle la nueva situación del enfermo.

En el Anexo se incluyen los Formularios pertinentes para comunicar al juez ambos tipos de actuaciones, con alguna información añadida que puede ser de su interés. Deben cumplimentarse todos los casilleros pertinentes para que el juez tenga una información cabal de la situación. Parece oportuno que los Formularios sean firmados tanto por el/la médico/a como por el/la ATS/DUE que realizaron la indicación, ya que eso significa, a fuer de consecuentes, un compromiso con sus decisiones.

Pero, si así queda resuelta la cuestión de actuar conforme a la Ley cuando se cambia temporalmente el régimen de internamiento del enfermo (de voluntario a involuntario), aún existe otra cuestión que debe resolverse con la misma diligencia que la anterior. Aun cuando el juez haya autorizado la sujeción, en los términos referidos más arriba, el paciente puede negarse a recibir tratamiento. En este caso el tratamiento está condicionado tanto por la sujeción y/o el aislamiento mismos, como por el posible -y frecuente- tratamiento farmacológico que se emplea para coadyuvar dicha acción.

El artículo 10 de la Ley General de Sanidad (tabla 11-2) es muy claro al respecto. Cualquier acción terapéutica requiere el previo consentimiento escrito del usuario, excepto en los siguientes casos: a) cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública; b) cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas, y c) cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Lo frecuente es que en los casos que requieren sujeción y/o aislamiento se presenten simultáneamente las condiciones a) y c) del párrafo anterior. Por ello, salvo que pueda recabarse el consentimiento informado de un familiar, el personal sanitario puede actuar sin él amparado en la eximente de responsabilidad penal que surge del estado de necesidad del artículo 20.5 del nuevo Código Penal, ya que la aplicación del procedimiento es un mal menor que la no aplicación del mismo.

TABLA 11-2. Apartados de los artículos 10 y 11 de la Ley General de Sanidad relacionados con el tema.

Artículo 10:

Todos tienen los siguientes derechos respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen, pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente centro sanitario

5. A que se le dé en términos comprensibles, a él ya sus familiares allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico y alternativas de tratamiento

6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública
- b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente

Artículo 11 :

Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario:

4. Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la Dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta

En cualquier circunstancia, en la solicitud del consentimiento para aplicar el procedimiento de sujeción a un familiar, habitualmente el cónyuge, es importante saber si el individuo se encuentra separado del mismo, o en proceso de separación matrimonial o de divorcio, y/o convive con otra persona. En tales casos, hay que solicitar el consentimiento a los hijos mayores de edad, a los padres y, en caso de conflicto, al juez.

El conjunto del procedimiento, pues, es aplicable, incluso en los casos más desfavorables, al amparo de la legislación vigente: paciente confuso sin familia que se agita por la noche; se pone en riesgo de lesionarse o pone en el mismo riesgo a los demás enfermos; no se le puede pedir el consentimiento para sujetarle, ni a un familiar; ni tampoco se puede esperar a que el juez de guardia autorice a iniciar el procedimiento por la urgencia así generada. Dada la gravedad de la situación se le sujeta y se comunica al juez; pasada la agitación, se libera al enfermo y se le comunica, igualmente, al juez.

Del mismo modo que se comunica al juez una sujeción y/o aislamiento involuntarios, o los aceptados por un familiar, también debe comunicarse cuando el sujeto lo acepte voluntariamente, lo solicite voluntariamente, o forme parte de un programa de terapia conductista previamente acordado. En cualquier caso, se trata de la privación de libertad de un sujeto que debe estar bajo la tutela judicial.

El personal sanitario cumplirá, además, con la normativa del hospital, realizando las observaciones pertinentes, analizando las causas del problema para poner el remedio que sea posible, si existe y registrando por escrito todas las incidencias surgidas durante procedimiento.

5. - GUIA DE ABORDAJE DE LOS TRANSTORNOS DE CONDUCTA.

5.a) ABORDAJE PSICOPEDAGOGICO

INTRODUCCIÓN:

Antes de referirnos a la intervención y sus técnicas en la modificación de las alteraciones de conducta, conviene establecer algunos principios básicos que van a condicionar las características del abordaje que realicemos posteriormente.

Las conductas alteradas o inadecuadas, persiguen siempre una finalidad para la persona que las realiza. Su objetivo no suele ser el castigo o la agresión a la persona que en ocasiones y de forma fortuita las recibe. Son, fundamentalmente el resultado de una limitada capacidad para realizar conductas adecuadas y adaptadas al medio social al que pertenece la persona.

Se trata de intervenir no "contra la conducta", sino para construir o fortalecer conductas alternativas, interviniendo en contextos naturales, en el entorno físico y social, teniendo en cuenta a la persona y no sólo su patología. La intervención debe basarse en la educación y no simplemente en la supresión de la conducta problemática. Debe hacerse a través de métodos positivos y no aversivos.

Crear en los Centros, un marco de vida que posibilite el desarrollo integral de la persona, construyendo ambientes gratificantes, positivos, controlables por ellos, así como dotarles de competencias básicas de comunicación y de regulación social, son requisitos imprescindibles a fin de evitar y/o controlar la aparición de alteraciones o trastornos de conducta.

1.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.-Proporcionar recomendaciones generales para una buena atención residencial que prevenga lo trastornos de conducta.

2.-Definir los trastornos de conducta, diferenciando los distintos tipos.

3.-Establecer unas pautas generales de actuación.

4.-Disponer de pautas específicas para manejo de los distintos tipos de trastornos de conducta.

5.-Elaborar una ficha de registro de trastornos de conducta.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA UNA BUENA ATENCIÓN

RELACIONADAS CON LA PERSONA:

"Respetar a la persona y salvaguardar su dignidad":

- Proporcionar desde el Centro, las condiciones adecuadas para que el período de ingreso y de adaptación sea lo menos traumático posible.
- Respetar la intimidad.
- Respetar la individualidad de cada persona, fomentando su capacidad de elección.
- Garantizar el derecho a disponer de un tiempo y espacio privado.
- Infundir seguridad y confianza a las personas, tratándolas con naturalidad.
- No utilizar sus características personales o sus carencias como motivo de burla.
- Facilitar y fomentar el contacto con la familia y personas significativas.
- Respetar sus costumbres intentando compatibilizarlas con la dinámica general del Centro.
- Garantizar la privacidad de la persona.
- Evitar nombrarles de forma peyorativa.

RELACIONADAS CON EL CENTRO:

"Garantizar el desarrollo integral y armónico de la persona":

1) ORGANIZACIÓN DEL CENTRO:

- Fomentar el trabajo en equipo, contando con la participación y consenso de todos los profesionales de Centro.
- Ofrecer un ritmo de vida institucional lo más normalizado posible.
- Establecer horarios flexibles que garanticen el respeto a la individualidad.
- Dedicarles el tiempo necesario, escuchándoles activamente.
- Minimizar los cambios bruscos e inesperados en el entorno.
- Fomentar la realización de actividades adecuadas a sus capacidades.
- Disponer de los recursos necesarios que detecten situaciones de riesgo para una intervención preventiva.
- Implicar a la familia en la dinámica general del Centro.
- Evitar la monotonía por ausencia de actividades
- Favorecer la estabilidad de los profesionales de los Centros.
- Proporcionar normas flexibles y dinámicas que se adapten a los cambios evolutivos de las personas.
- Promover la participación de (os residentes en la medida de lo posible en las cuestiones relacionadas con la dinámica general del Centro.

2) ESTRUCTURACIÓN AMBIENTAL

- Identificación clara de los espacios para evitar desorientaciones.
- Evitar ruido ambiental.
- Utilizar habitaciones silenciosas y tranquilas, con una temperatura adecuada, bien iluminadas y ventiladas.
- Crear ambientes agradables con colores dominantes suaves, remarcando con más intensidad las ventanas, las puertas y usar distintos colores para diversos espacios y dependencias.
- Facilitar el uso de objetos personales en habitaciones y espacios comunes.
- Disponer de espacios recogidos que favorezcan los pequeños grupos de vida y atención (dormitorios, salas de estar, comedores).
- Crear ambientes estructurados y organizados.

3) PROGRAMACIÓN:

"Realización de actividades habilitadoras y/o rehabilitadoras. encaminadas a desarrollar al máximo sus potencialidades":

- Promover la comunicación en cualquiera de sus formas posibles.
- Fomentar las relaciones interpersonales respetando las preferencias de cada uno.
- Mantener a la persona ocupada, ofreciéndole actividades que generen autoconfianza y éxito.
- Planificar actividades de grupo.
- Realizar actividades relajantes (música, baño etc.).
- Realizar actividades de ocupación y ocio dentro y fuera del Centro que desarrollen la autonomía personal y social.
- Implicar a los residentes en programas regulares de ejercicio físico.
- Formar al personal que preste servicios en el Centro en técnicas de detección y abordaje de trastornos de conducta.

TRANSTORNOS DE CONDUCTA:

DEFINICIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA:

Definimos, el trastorno de conducta, la alteración conductual, la conducta perturbadora, el trastorno de comportamiento, etc., como:

"El conjunto de actividades, esporádicas o permanentes, que realiza la persona, cuyas consecuencias provocan o pueden provocar daño, malestar o sufrimiento a sí mismo, a los demás y/o a la comunidad; tengan o no causa o motivo observable que las desencadenen o justifiquen".

Como cualquier actividad de la persona, el trastorno de conducta debe abordarse de forma integral, teniendo en cuenta: la posible patología, la personalidad del individuo, las relaciones intergrupales y las normas o valores de la comunidad.

TIPOS :

1.- AUTOLESIÓN

"Comportamiento auto-infligido, que produce heridas o maltrata el propio cuerpo", como:

- Morderse.
- Golpearse.
- Pellizcarse.
- Producirse heridas.
- Estirarse o arrancarse el cabello.
- Rascarse o tocarse heridas, provocando aumento de las lesiones.
- Autoprovocarse vómitos.
- Ingerir sustancias no comestibles.
- Otros.

2.- HETEROAGRESIVIDAD

"Comportamiento físico, que inflige o amenaza infligir lesiones a otras personas", como:

- Pegar.
- Morder.
- Pellizcar.
- Dar patadas.
- Tirar del pelo.
- Empujar.
- Tirar o golpear con objetos, a los demás.
- Arañar.

- Otros.

3.-AGRESIÓN VERBAL:

"Comportamiento verbal, que pretende infligir daños a otras personas mediante palabras o gestos ofensivos", como:

- Insultar.
- Amenazar.
- Provocar.
- Otros.

4.-DESTRUCCIÓN:

"Comportamiento que destruye o amenaza destruir objetos propios o ajenos", como:

- Romper, golpear o tirar objetos.
- Romper ropa.
- Quemar o incendiar objetos.
- Otros.

5.- NEGATIVISMO:

"Negarse o interferir en el cumplimiento de normas, instrucciones o peticiones", como:

- Negarse activamente.
- Negarse pasivamente.
- Protestar insistentemente.
- Otros.

6. - DISRUPCIÓN:

"Comportamiento que interrumpe, molesta o enoja a otras personas", como:

- Imposibilidad de estarse quieto.
- Mostrar excesiva necesidad de atención.
- Reír o llorar sin motivo.
- Hacer ruido, gritar insistentemente.
- Salir corriendo.
- Otros.

7.- COMPORTAMIENTO SOCIALMENTE OFENSIVO:

"Comportamiento que ofende o puede ofender a otros", como:

- Blasfemar o emplear lenguaje soez.
- Escupir.
- Meterse el dedo en la nariz.
- Eructar.
- Expeler ventosidades.
- Masturbarse en publico.
- Desnudarse en publico.
- Orinar o defecar en lugares no apropiados.
- Otros.

8.- AGITACIÓN:

"Comportamiento que cursa con hiperactividad motora, asociado a una gran ansiedad y otros estados emocionales intensos. Supone un alto riesgo de agresividad tanto para el propio individuo como para otros".

9.- INTENTO DE AUTOLISIS:

"Comportamiento autoinfligido con fines autodestructivos (intento de suicidio)".

10.- ADICCIÓN O ABUSO DE SUSTANCIAS:

"Ingestión voluntaria de sustancias con consecuencias graves para la salud (tabaco, café, alcohol, otros...)"

11.- COMPORTAMIENTOS IMPULSIVOS:

"Tendencia incontrolable a realizar conductas, que pueden alterar gravemente a otras personas y/o al entorno", como:

- Robar.
- Fuguismo.
- Acoso y/o abuso sexual.

12.- OTROS COMPORTAMIENTOS:

Cualquier otro comportamiento similar, no recogido específicamente en ninguno de los apartados anteriores.

PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN

- Nunca abordar los distintos trastornos de conducta con castigos físicos o amenazas verbales.

- Conocer a las personas atendidas en los Centros, recabando y registrando toda información y datos que puedan aportar tanto la familia como el personal de atención directa, así como a través de la observación .
- Averiguar qué cosas le gustan y cuáles le disgustan, elaborando un listado en función de sus intereses.
- Escuchar a las personas atendidas en los Centros dedicándoles el tiempo necesario para que se expresen en cualquiera de sus formas de comunicación.
- Evitar crear situaciones que provoquen agresividad, -como: bromas, burlas etc.
- Reforzar una buena conducta (mayor atención, elogios)
- Evitar emplear estímulos negativos y castigos.
- Concederles el tiempo necesario para que respondan.
- Registrar la conducta cumplimentando el modelo que se adjunta como "ficha de registro de trastornos de conducta" (Anexo 1).

MANEJO ESPECIFICO DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA.

AUTOLESIÓN:

- Aproximarse de forma amistosa y de frente.
- Hablar con suavidad al paciente, intentando calmarle.
- Procurar contacto físico encaminado a proteger la integridad de la persona.
- Sospechar problemas orgánicos: sed, frío, hambre, sueño, dolor, enfermedad etc.
- Alejar al paciente de objetos que pueda utilizar para autolesionarse.
- Ofrecer una actividad alternativa que impida el comportamiento autolesivo:
 - Masajear las manos, caricias etc.
 - Manipulación de objetos inofensivos, si es posible con significado afectivo.
 - Música relajante.
 - Paseo.
 - Baño.
 - Otras.
- Modificación del ambiente:
 - Eliminar ruidos ambientales.
 - Evitar la intervención negativa de otros usuarios.
 - Apartarle del grupo.
- Cambio de ambiente:
 - Llevarlo a un sitio tranquilo.
 - Protegerle frente a traumatismos.
 - Aplicarle medidas de autoprotección: cascos, manoplas y rodilleras.

- Reforzar la interrupción de la conducta.
- Una vez remitida la conducta, no alejarse inmediatamente, sino intentar integrarle en la dinámica general de forma progresiva.

HETEROAGRESIVIDAD:

- Mantener la calma y transmitirla.
- Contacto físico, encaminado a proteger a la persona.
- Alejar a las personas objeto de la agresión.
- Desdramatizar la situación.
- Despejar el lugar de objetos contundentes.
- Sospechar causas orgánicas: sed, frío, hambre, dolor, enfermedad etc.
- Evitar la intervención negativa de otros usuarios.
- Intentar ofrecerle actividades alternativas que distraigan su atención.
- Mostrarse firme con el usuario.
- Advertirle que la violencia no es aceptable.
- Negociar con la persona una salida viable.
- Cambiarle de ambiente, separándole del grupo sin dejarle solo, con refuerzo de otros profesionales.
- Protegerle frente a traumatismos.
- Relevo de otros profesionales, cuando la intervención se prevea de larga duración.
- Una vez remitida la conducta:
 - Reiniciar el abordaje verbal.
 - Intentar integrarle en la dinámica, general de forma progresiva.
 - No alejarse inmediatamente.

AGRESIÓN VERBAL:

Mantener la calma y transmitirla. Intentar calmarle evitando la confrontación dialéctica.

- Desdramatizar la situación.
- Sospechar problemas orgánicos: sed, hambre, frío, dolor enfermedad etc.
- Alejar a las personas objeto de la agresión verbal.
- Evitar la intervención negativa de otros usuarios.
- Cambio de ambiente y/o actividad.
- Cuando esté tranquilo, hacerle ver lo inadecuado de su comportamiento.
- Proponer formas de comunicación adecuadas.

DESTRUCCIÓN:

- Mantener la calma y transmitirla, desdramatizando la situación.

- Alejar de su entorno objetos propios o ajenos que puedan desencadenar la conducta problema.
- Controlar el uso de objetos que puedan resultar peligrosos (herramientas, cerillas, mecheros etc.).
- Evitar la intervención negativa de otros usuarios.
- Sospechar problemas orgánicos.
- Cambio de ambiente y/o actividad.
- Ofrecer conductas alternativas, que impidan el comportamiento destructivo.
- En caso de destrucción de ropa, indagar sobre sus preferencias personales, dejando que la persona elija su propio vestuario.
- Reforzar la interrupción de la conducta.
- Colaboración en la reparación de lo dañado.

NEGATIVISMO:

- Acercamiento amistoso.
- Escuchar activamente.
- Sospechar problemas orgánicos.
- Ofrecer objetos conocidos con significado afectivo.
- Ofrecer contacto físico que favorezca la incorporación a la actividad y la relación interpersonal.
- Ofrecer actividades adaptadas a su capacidad con gran porcentaje de probabilidad de éxito en su realización y que supongan cierta responsabilidad personal.
- Hacerle participar en actividades que exijan colaboración con otros compañeros.

DISRUPCIÓN:

- Sospechar problemas orgánicos.
- Cambio de ambiente y/o de actividad.
- Prestarle la atención individualizada que necesite en ese momento.
- Tranquilizarlo hablándole con suavidad y acariciándole.
- Realizar actividades que supongan descarga de energía al aire libre.
- Realizar actividades relajantes (música, baño, paseo, etc.).
- Adoptar medidas de seguridad ante las escapadas.
- Proponerle formas de comunicación adecuadas.

COMPORTAMIENTO SOCIALMENTE OFENSIVO:

- Retirarlo momentáneamente del grupo y de la actividad que realiza.

- Llevarlo a un sitio tranquilo e intentar que deponga su actitud.
- Escucha activa.
- Proponerle conductas alternativas adecuadas.
- En caso de masturbación, enseñarle a retirarse a lugares íntimo (cuarto de baño, dormitorio etc.).

AGITACIÓN:

- Sospechar problemas orgánicos.
- Aproximación de forma amistosa y de frente.
- Hablarle con suavidad intentando calmarle.
- Transmitirle confianza.
- Cambio de ambiente y/o actividad.
- Ofrecerle actividades relajantes (música, baño etc.).
- Dar un paseo con él.
- Llevarlo a un sitio tranquilo.
- Conversar sobre temas conocidos con un significado afectivo.
- No entrar en la confrontación dialéctica si tiene agresión verbal.
- Aislarle si padece importante agitación física, pero sin dejarlo solo.
- Protegerlo frente a traumatismos.

9.- INTENTO DE AUTOLISIS:

- Supervisión estrecha mientras se sospeche que existe riesgo de autolisis y dar aviso al médico.
- Ofrecerle seguridad, firmeza y apoyo emocional.
- Desdramatizar la situación.
- Intentar que deponga su actitud, explicándole la temporalidad de su problema y ofreciéndole ayuda para encontrar una solución.
- Escuchar activamente.
- Seguir pautas estrictas, marcadas por el especialista.

10.- ADICCIÓN O ABUSO DE SUSTANCIAS:

- Educar a la persona sobre las consecuencias negativas del consumo de dichas sustancias.
- Restringirle el consumo, siguiendo pautas sanitarias.

11.- CONDUCTA IMPULSIVA:

- Desdramatizar la situación, no adoptando medidas precipitadamente.
- Escuchar activamente.



- Preguntar el por qué de la conducta.
- Adoptar medidas de seguridad, extremando la vigilancia.
- Evitar la intervención negativa de otros usuarios.
- Alejar a las personas objeto de la agresión, en caso de acoso o abuso sexual.
- Negociar soluciones, sin adquirir compromisos que no se puedan cumplir.
- Reincorporar al paciente de forma progresiva en la dinámica del Centro.

FICHA DE REGISTRO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA

El personal de atención directa que detecte la incidencia, deberá comunicarlo al Equipo Facultativo del Centro (Médico, Psicólogo y/o Pedagogo) a la mayor brevedad posible, a fin de que establezca el "plan de intervención individualizado". Así mismo deberá cumplimentar y firmar la "ficha de registro de trastornos de conducta".

5.b) ABORDAJE PSICOFARMACOLOGICO.**INTRODUCCIÓN:**

El tratamiento de los trastornos de conducta, debe basarse en el diseño de programas individuales y multidisciplinarios, que garanticen el abordaje integral de la persona.

La diversidad y complejidad de los problemas a tratar, (autolesión, heteroagresión, agitación, destructividad etc.), obliga en muchas ocasiones a recurrir a la intervención psicofarmacológica de forma puntual o permanente, a fin de incidir en la reducción e incluso en la desaparición de la sintomatología propia de la conducta alterada. Los psicofármacos, al actuar sobre la esfera psíquica, van a facilitar un nivel de funcionamiento más adecuado, que en combinación con las intervenciones conductuales, y los programas de habilitación social y personal, van a permitir la plena integración de la persona en la dinámica general del Centro.

La selección de la pauta psicofarmacológica, va a depender, de la naturaleza sintomática del proceso, de la enfermedad de fondo, de la gravedad de la sintomatología, de las características físicas de la persona, así como de la respuesta previa a tratamientos anteriores, no pudiéndose establecer, por tanto, pautas terapéuticas rígidas, que permitan dar respuesta al abanico tan amplio de situaciones.

No obstante, existen situaciones potencialmente peligrosas para la integridad física del paciente o la de otros, para las que sí se puede establecer un protocolo de actuación, que consiga reducir de la manera más rápida y eficaz la intensidad del cuadro sintomático.

Una vez conseguida la remisión de la conducta alterada, podrá incorporarse a su programa individualizado, y a la dinámica general del Centro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.-Diseñar pautas de actuación sobre la forma de proceder ante una situación de urgencia, para poder reducir lo más rápidamente posible la intensidad del cuadro.

2.-Proporcionar herramientas terapéuticas para trastorno de conducta permanentes.

PAUTAS DE PSICOFÁRMACOS ANTE UNA SITUACIÓN DE URGENCIA:

El principal objetivo de la "neuroleptización rápida", es conseguir reducir lo más rápidamente posible la intensidad del cuadro, y así llegar a controlar situaciones de riesgo para la integridad física del paciente o la de terceros, sin tener que recurrir a medidas de contención.

Para ello, antes de iniciar cualquier pauta farmacológica, se deberá tener en cuenta: la edad, la situación clínica del paciente, su diagnóstico, los tratamientos que se

le están administrando para prevenir interacciones y, cuando sea posible, la causa del trastorno para poder tratarlo de manera específica.

INDICACIONES:

Todas aquellas situaciones de riesgo, que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de otros:

- Autolesión grave.
- Heteroagresividad importante.
- Gran agitación Psicomotriz.
- Conductas inapropiadas que alteren gravemente el entorno.

DE PRIMERA ELECCIÓN: NEUROLÉPTICOS.

Los neurolépticos, son los fármacos más seguros para controlar situaciones graves, incluso en pacientes geriátricos, pues comienzan a actuar en los primeros 20 minutos de su administración y, por regla general, consiguen controlar la situación en un plazo de 6 horas aproximadamente.

Es preferible el uso de neurolépticos de potencia alta y-perfil bajo de efectos secundarios, siendo el neuroléptico patrón: el Haloperídol, pero presenta como inconveniente, los posibles efectos extrapiramidales.

También se utiliza con frecuencia otro neuroléptico, con acción "incisiva" menor que el Haloperídol, pero mayor poder "sedante": la Clorpromacina (Largactil)

A continuación, establecemos una serie de pautas terapéuticas, con ambos neurolépticos, para aplicar ante una situación de urgencia.

Las pautas que abajo se señalan están ordenadas, según la intensidad del cuadro que presenta el paciente, de mayor a menor, siendo todas, dosis orientativas:

- Pauta 1: 2 ampollas (10 mg) im de Haloperídol cada 30 minutos (máx. diario: 45-100 mg).
- Pauta 2: 1 ampollas (5mg) im de Haloperídol cada 4 horas (máx. diario: 15-30mg).
- Pauta 3: 1 ampollas (5mg) im de Haloperídol cada 6 horas (máx. diario: 15-30mg).
- Pauta 4: 1 ampollas (5mg) im de Haloperídol cada 8 horas (máx. diario: 15-30mg).
- Pauta 5: 3 ampollas (75mg) im de Largactil cada 4 horas (máx. diario: 400mg).
- Pauta 6: 1 ampollas (25mg) im de Largactil cada 4 horas (máx. diario: 150mg).
- Otra pauta: cualquier otra pauta eficaz, con la que se este familiarizado, y/o proceda, según la situación clínica del paciente o las posibles interacciones farmacológicas.

(Extraído de la página 33 del manual de uso y protocolos de procedimiento.)

"Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento" de J. A. Ramos Bríeva).

Se deberá vigilar siempre:

- El pulso.
- La Tensión Arterial.
- La temperatura.
- La frecuencia cardiaca.
- La frecuencia respiratoria.
- La diuresis.

En ancianos: se tenderá a utilizar dosis menores, igualmente eficaces. Como orientación, la mitad de las dosis anteriormente pautadas.

En caso de aparecer sintomatología extrapiramidal: se procederá a inyectar Biperideno (Akineton) im, una ampolla.

Precauciones:

- Pacientes en tratamiento con L-Dopa.
- Pacientes anticoagulados.
- Epilépticos de difícil control.

OTRAS OPCIONES TERAPÉUTICAS:

En las situaciones en las que está contraindicado el uso de neurolépticos, se puede recurrir a otras opciones terapéuticas:

- Diazepan 10 mg ampollas (ancianos $\frac{1}{2}$ dosis):
 - En pacientes con problemas respiratorios, se tendrá especial precaución, ya que deprime el centro respiratorio del SNC, pudiendo añadir problemas a la situación clínica generada.
 - Se vigilarán estrechamente las constantes.
 - Tiaprizal 100 mg im cada 6 horas.

HERRAMIENTAS TERAPEUTICAS PARA TRANSTORNOS DE CONDUCTA PERMANENTES:

Antes de seleccionar la pauta farmacológica mas adecuada, conviene familiarizarse con las moléculas de uso mas frecuente ante trastornos de conducta permanentes, para el uso correcto de las mismas:

A.- BENZODIAZEPINAS:

Sus principales -indicaciones son: trastornos de ansiedad en general, insomnio, dependencia al alcohol, estados mixtos ansioso-depresivos, espasticidad y estados comiciales

Se clasifican en:

- Vida media corta: Bentacepam (Tiadipona) y Oxacepam (Adumbran)....
- Vida media intermedia: Alprazolam (Trankimazin), Bromacepam (Lexatin), Clobazam (Clarmyl), Clonacepam (Rivotril), Loracepam (Orfidal)....
- Vida media larga: Cloracepato (Tranxilium), Diacepam (Valium), Halacepam (Alapryl), Ketazolam (Sedotime), Pinacepam (Duna)...

Sus acciones farmacológicas son: ansiolítica, hipnótico-sedante miorelajante y anticomicial.

La posología variará en función de la intensidad del trastorno. En ancianos, se utilizarán dosis bajas y preferentemente, las de corta duración o poco sedantes. Pueden presentar como efectos secundarios: sedación excesiva, riesgo de dependencia, hipotonia, trastornos amnésicos, ansiedad e insomnio de rebote, reacciones paradójicas con irritabilidad, y alteraciones de la coordinación.

En caso de intoxicación, se administrará Flumazenil (Anéxate), además de medidas conservadoras habituales.

B.- HIPNÓTICOS:

B.1. HIPNÓTICOS BENZODIAZEPINICOS

Se clasifican en:

- Vida media corta: Brotizolam (Sintonal), Midazolam (Dormicum), Oxazolam, Triazolam (Halcion)....
- Vida media intermedia: Flunitrazepam (Rohipnol), Lormetazepam (Noctamid), Loprazolam (Somnovit)....
- Vida media larga: Nitrazepam (Mogadón), Flurazepam (Dormodor), Quazepam (Quiedorm). Su indicación es el insomnio.

El riesgo de dependencia, es mayor con las benzodiazepinas de vida media corta.

En general, deben emplearse durante periodos breves, para prevenir la aparición de dependencias. No deben utilizarse a dosis elevadas. No debe retirarse bruscamente el fármaco.

En ancianos, se utilizará la mitad de la dosis.

B.2. HIPNÓTICOS NO BENZODIAZEPINICOS:

- Barbitúricos, Meprobamato, Metacualona, Clometiazol, Hidroxicina, Zopiclona, Zolpidem.
- Los barbitúricos y el Meprobamato, fueron hipnóticos extensamente utilizados antes de la aparición de las benzodiazepinas.
- El Clometiazol (Distraneurine) se emplea fundamentalmente en pacientes geriátricos que presentan efectos adversos a las benzodiazepinas.

En general, como vimos en el apartado anterior, deben emplearse periodos breves. Sin embargo, el riesgo de dependencia no justifica el paciente permanezca con insomnio.

C.- NEUROLÉPTICOS:

El manejo de neurolépticos, reviste mayores dificultades que otros psicofármacos.

Existe una división clásica entre los neurolépticos; "incisivos" y "sedativos".

- Los "incisivos", tienen mayor potencia antipsicótica y producen menos sedación, estando representados por, Fenotiazinas piperazínicas como Triofluoperazina (Eskazine), o Flufenazina (Modecate) y las Butirofenonas (Haloperidol).
- Los "sedativos", suelen tener mayor poder anticolinérgico y presentan menos efectos secundarios extrapiramidales. Son fundamentalmente las Fenotiazinas alifáticas, como Levomepromazina (Sinogan) o Clorpromazina (Largactil) y los piperidínicos como Tioridazina (Meleril).
- "Nuevos neurolépticos", Risperidona (Risperdal), Zuclopentixol (Clopixol), Olanzapina (Zyprexa), Clozapina (Leponex).

En el tratamiento de los trastornos psicóticos agudos, las dosis a emplear serán altas. Si existe agitación psicomotriz, se empleará un neuroléptico sedativo. Si no colabora será necesario el uso forzoso de la vía intramuscular.

Como mantenimiento, suele ser preferible el empleo de neurolépticos que produzcan menos sedación.

En pacientes que no colaboran, es especialmente útil el empleo de neurolépticos "dépot", pues con una inyección se consigue un efecto neuroléptico durante al menos tres semanas.

En caso de sintomatología extrapiramidal se empleará Buperideno (Akíneton).

"Los psicofármacos deben ser prescritos, controlados y ajustados por el/la Médico del Centro con asesoramiento psiquiátrico siempre que se considere necesario y administrados siempre por el personal de enfermería".

En el botiquín de urgencia, deberá existir siempre:

- Haloperidol ampollas.



- Largactil ampollas.
- Sinogan 25 mg. Ampollas.
- Tiaprizal 100 mg. ampollas.
- Zuclopentixol ampollas
- Diazepan 10 mg. Ampollas.