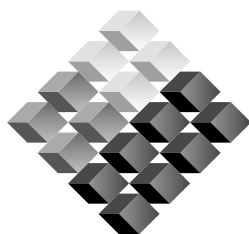


NORMA GENERAL TÉCNICA
Sobre
Contención
en Psiquiatría

JULIO 2003



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

DIVISIÓN DE RECTORIA Y REGULACIÓN SANITARIA
Departamento de Salud de las Personas
Unidad de Salud Mental



INDICE

- I. Introducción.
- II. Consideraciones generales.
- III. Marco conceptual.
- IV. Epidemiología, etiopatogenia
- V. Tipos y Procedimientos de Contención en Areas Críticas.
- VI. Personal para la contención.
- VII. Ambiente.

Anexos

DOCUMENTO ELABORADO POR:

AUTORES:

Grupo de Trabajo:

Celedonio Aguilar
Técnico Paramédico, Hospital Psiquiátrico El Peral

Leonardo Alegría
Enfermero, Hospital Psiquiátrico Dr. Phillipe Pinel

Ema Aravena
Enfermera, Servicio de Psiquiatría Hospital Félix Bulnes

José Aravena
Técnico Paramédico, S. Psiquiatría H. Gmo. Benavente

Maritza Castiglioni
Médico Psiquiatra, Hospital Psiquiátrico El Peral

Walter Castro
Técnico Paramédico, Instituto Psiquiátrico J. Horwitz

Hernán Garcés
Enfermero, Servicio de Psiquiatría H. Barros Luco

Jaime García
Enfermero, Hospital Psiquiátrico Dr. Phillipe Pinel

Alejandro Gómez
Médico Psiquiatra, S. de Psiquiatría H. Barros Luco

Lila Liencura
Enfermera, Hospital Psiquiátrico El Peral

Beatriz Moreno
Enfermera, Servicio de Psiquiatría Hospital R. de Talca

Katty Muñoz
Terapeuta Ocupacional, Comisión de Protección de Personas Afectadas de Enfermedad Mental

Roberto Muñoz
Técnico Paramédico, S. de Psiquiatría H. Félix Bulnes

Ximena Rayo
Asistente Social, Unidad Salud Mental MINSAL

Enrique Reyes
Técnico Paramédico, Hospital Psiquiátrico Salvador

Alejandro Salinas
Médico Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico J. Horwitz

Ma. Eugenia Steffen
Enfermera, S. de Psiquiatría H. Gmo. Benavente

Héctor Vargas
Enfermero, Hospital Psiquiátrico Salvador

Coordinadoras:

Katty Muñoz
Terapeuta Ocupacional, Comisión de Protección de Personas Afectadas de Enfermedad Mental

Ximena Rayo
Asistente Social, Unidad Salud Mental MINSAL

Redactoras:

Katty Muñoz
Terapeuta Ocupacional, Comisión de Protección de Personas Afectadas de Enfermedad Mental

Ximena Rayo
Asistente Social, Unidad Salud Mental MINSAL

Consultor:

Alberto Minoletti S.
Médico Psiquiatra, Jefe Unidad Salud Mental

Colaboración especial:

Rafael Céspedes
Médico Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico J. Horwitz

Enrique Escobar
Médico Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico J. Horwitz

Adriana Maturana
Abogada, Departamento Jurídico MINSAL

Sonia Tardito
Médico Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico J. Horwitz

Walter Brockerling
Médico Psiquiatra, Servicio Salud Metrop. Sur Oriente

I

INTRODUCCIÓN

En el marco de la puesta en marcha del Reglamento 570, que regula en Chile la Hospitalización Psiquiátrica y a los Establecimientos que la otorgan, ha sido necesario implementar normativas complementarias a dicho cuerpo legal para favorecer el cumplimiento del mismo y garantizar a través de su aplicación, la mejor atención a las personas afectadas por Enfermedad Mental.

En lo que se refiere a los procedimientos de contención en las descompensaciones psiquiátricas, es preciso establecer criterios y definiciones comunes, que contemplen los avances técnicos y farmacológicos, una mayor participación de los usuarios y de la comunidad y el respeto por el derecho de las personas.

El estado de crisis o agitación representa un síntoma en una persona, la que requiere cuidados y una ayuda efectiva en una vivencia que implica un serio quiebre en su existencia y por tanto un sufrimiento psicosocial importante.

CONSIDERACIONES GENERALES

En el contexto de los profundos cambios en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental, se ha venido desarrollando un proceso de desinstitucionalización de las personas que sufren Enfermedad Mental, proceso que ha traído consigo redefiniciones en el ámbito clínico y social. La internación psiquiátrica en Hospitales Generales, los programas de antipsicóticos atípicos y una mayor participación de los usuarios y sus familias, hacen que la enfermedad mental se presente en una forma más abierta y compartida, donde tienen cabida múltiples responsabilidades y prontas respuestas por parte de los Equipos de Salud.

En efecto, los cambios mencionados, más las variadas características en lo político-administrativo, hacen que los Servicios de Salud, a lo largo del país, manifiesten condiciones heterogéneas, en que confluyen diversas culturas organizacionales, modelos históricos de relaciones intra-equipos y características socio-culturales de los usuarios.

Estas diferencias en los sistemas y estructuras refuerzan la necesidad de homogeneizar conceptos y procedimientos, especialmente cuando se observan fronteras difusas entre la psiquiatría clínica y el abordaje comunitario; entre la enfermedad y las conductas antisociales.

Cabe señalar, además, el firme propósito de las autoridades de salud de proteger y mejorar las condiciones en que se desarrolla el trabajo de los funcionarios, considerando la salud de cada uno de ellos tan importante como la de los propios usuarios atendidos.

a) Definición del Procedimiento.

Se ha definido la contención en Psiquiatría como la forma en que se recibe a un paciente, en el momento en que su estado de salud mental hace que él, o un familiar, soliciten ayuda al servicio especializado para su manejo y/o tratamiento.

La práctica de este procedimiento en la Psiquiatría moderna tiende a considerar el pleno respeto de los derechos de las personas, en los usuarios y en los equipos de salud. En nuestra realidad aparece como un último recurso frente a situaciones de violencia inmanejable, junto a la pérdida de juicio o sentido de realidad, a la falta de conciencia real de

la persona acerca de su estado y por ende, a dificultades en su autocuidado y responsabilidad civil o penal frente a las acciones que ejecuta.

Desde esta perspectiva, entendida la contención como un procedimiento clínico, es un equipo de salud el encargado de efectuarla, bajo la responsabilidad de un médico psiquiatra, o médico cirujano cuando no estuviera el especialista (de acuerdo a la normativa vigente), por el mínimo de tiempo necesario y bajo estrictas medidas que aseguren el respeto de los derechos de las personas, la vida del paciente y la integridad física de los funcionarios que participan.

b) Definiciones Operacionales.

Contención: Acto de recibir, contener, acoger al contenido, proteger, cuidar.

Contención en Psiquiatría: Es un procedimiento terapéutico que debe ser realizado por una persona debidamente capacitada. Su capacitación debiera estar relacionada con la función del agente de salud, en que el funcionario involucre su experticia técnica, sus habilidades personales como la escucha, su capacidad de captar y responder a los cambios en la contingencia de la relación y/o del ambiente. En Psiquiatría se han definido a lo menos 4 formas de lograr una adecuada contención:

- **Contención emocional:** procedimiento que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, la que puede derivar en conductas perturbadoras. La realiza un profesional especializado y puede ser la acción precedente y/o simplificar la contención farmacológica.
 - Palabras claves: **escuchar, persuadir.**

- **Contención ambiental:** conjunto de acciones realizadas por el equipo que atiende a una persona en crisis emocional y/o agitación psicomotora. Estas contemplan espacios adecuados, una buena disposición del personal, control de los estímulos visuales, auditivos y desplazamientos, lo que busca promover confianzas mutuas, una rápida y eficaz actuación del equipo clínico y aminorar el cuadro de agitación que se presenta.
 - Palabra clave: **aplacar**

- **Contención farmacológica:** procedimiento clínico de tipo invasivo que contempla administrar una sustancia en el cuerpo de la persona agitada o alterada por crisis emocional (Anexo 1 “Medicamentos indicados para contención farmacológica” y Anexo 2 “Forma de administración de medicamentos en contención farmacológica”), con el objetivo de aliviar la sintomatología, para continuar con el tratamiento del cuadro de base. Debe acompañarse de elementos persuasivos y facilitadores para la persona afectada. En la medida que el estado de conciencia del paciente lo permita, se le debe explicar en detalle el procedimiento, sus objetivos, consecuencias

y derivaciones. Si la situación de agitación psicomotora impidiese el procedimiento, se podrá inmovilizar mecánicamente, en forma temporal, al paciente con el fin de aplicar el tratamiento farmacológico correspondiente.

- Palabras claves: **explicar**

- **Contención mecánica o física:** Procedimiento usado en psiquiatría, como último recurso, frente a la agitación psico-física o frente a una fuerte pérdida del control de impulsos, con la finalidad de evitar auto y heteroagresiones. Consiste en la limitación y/o privación de la posibilidad de movimiento y/o desplazamiento físico de la persona afectada, con técnicas especiales o con elementos mecánicos. Este procedimiento, aún siendo aceptado, trae secuelas en las confianzas de las personas involucradas en la cura de la enfermedad mental (en los funcionarios, usuarios, familias, fuerza pública).

Palabras claves: **proteger**

Crisis: El reglamento 570 define crisis como “un episodio de tiempo variable, de pérdida de control sobre sí mismo y/o su situación vital”. Se puede agregar a lo anterior la variable del contexto, en el sentido de que esta situación muchas veces está relacionada con un lugar y una forma de interacción específica.

Conductas perturbadoras o agresivas: Son acciones de carácter violento, físicas, psicológicas o de manipulación del medio, con niveles variables de intensidad y peligrosidad ejercida hacia sí mismo o hacia otros, que obstaculizan la aplicación de algún procedimiento terapéutico, obstruyen la relación del equipo de salud con la persona que las presenta y genera un importante deterioro de la imagen de la persona en su ámbito social y familiar. Esto requiere que el equipo de salud esté comprometido en un manejo eficaz del episodio y cuente con la capacitación adecuada.

Urgencia Psiquiátrica: Se presenta como una situación imprevista, en que confluyen aspectos relacionados con la situación de salud mental de un individuo, las posibilidades de contención de la familia y el ambiente y la oportunidad de acceder a un establecimiento especializado. En lo referente a la situación de salud mental de la persona que necesita atención especializada, ésta presenta frecuentemente conductas perturbadoras asociadas a fuertes crisis que le ponen en riesgo, a él (ella), a sus familiares y también a los equipos tratantes. Las urgencias en salud, como en otros sectores, están caracterizados por la emergencia, situación manejable con los dispositivos adecuados y con equipos capacitados (Ver circular N° 2C/ 16 del 20/06/2002 en anexo)

Áreas críticas: La experiencia psiquiátrica entrega evidencias suficientes para determinar que el proceso de contención en cualquiera de sus formas, comienza fuera del servicio de salud, por lo que aquello que aparece en la urgencia psiquiátrica es el resultado del manejo de la emergencia. En este contexto se han definido como áreas críticas:

- El domicilio.
- El traslado.
- El box de ingreso al servicio de psiquiatría.
- La hospitalización.

Ambiente de contención: Se definirá como tal, aquellas condiciones del ambiente que en sí mismas ofrezcan la posibilidad de la autorregulación de la persona que manifiesta conductas perturbadoras. Se deberán considerar entre sus elementos a las personas, las cosas, las situaciones y estados témporo- espaciales (por ejemplo, la posición espacial del equipo de salud en relación al paciente).

(Ver Anexo 3 CUADRO SECUENCIA Y CARACTERISTICAS DE LAS DIFERENTES FORMAS DE CONTENCIÓN EN PSIQUIATRÍA)

MARCO CONCEPTUAL

En el conjunto de acciones realizadas hasta la fecha con el fin de mejorar la atención en Salud Mental, la puesta en marcha del Reglamento 570 ha sido un hito, en el que confluyen principios, modelos de intervención, concepciones en torno a las personas, procedimientos y planes. Por esta razón aparece como símbolo de un cambio en la atención de psiquiatría.

Ha sido necesario analizar las bondades y debilidades de los modelos asilares en psiquiatría. Se han implementado y evaluado las distintas posibilidades otorgadas por los avances farmacológicos de los últimos 30 años en relación a los neurolépticos y todo tipo de psicotrópicos. Se ha vivenciado la creatividad de las comunidades terapéuticas concebidas al alero de los principios de la Psiquiatría Comunitaria. Se han desarrollado modelos de intervención que conjugan las necesidades de la población con los recursos con que se cuenta, tratando de optimizar en términos costo-efectivos las atenciones en salud.

Hay avances considerables. Sin embargo, la atención psiquiátrica de urgencia mantiene en el tiempo características que hoy se hace necesario revisar. La consulta de urgencia psiquiátrica sigue siendo la culminación de una crisis que detona frecuentemente en violencia, con los riesgos inherentes a esta situación: para la persona que la presenta, para quienes lo acompañan y para el equipo que lo recibe.

En el contexto de los cambios sociales profundos, donde se plantean nuevas formas de convivencia, con respeto a la diversidad, se pretende recoger las diferentes perspectivas en relación al tema de la contención en psiquiatría, consensuando una norma útil y aplicable.

La práctica en urgencia psiquiátrica ha sido definida como: “una de las situaciones más incómodas a que se puede ver expuesto un equipo de salud en la práctica profesional”¹. Los equipos se desgastan, y no quisieran ocupar contención física. Al igual que otros agentes de servi-

¹ *El tratamiento de urgencia del paciente violento” Dr. E. Escobar M. en Revista Chilena de Psiquiatría, Año IV / N° 3 Julio - Septiembre 1987 (pg. 229)*

cios públicos, sostienen que han sido impelidos a reprimir, por lo que “se sienten mal”. Sin embargo, la violencia que se puede alcanzar en los desbordes conductuales de algunas personas explicarían, aunque no justificarían, algunas medidas en el ámbito de las intervenciones de urgencia que aún hoy subsisten.

Se hace necesario por tanto buscar formas distintas de interacción en aquellos momentos de desajuste conductual, en las cuales, además de las necesidades que presente la comunidad y los usuarios, es necesario atender las demandas explícitas de los equipos de salud mental.

Conviene señalar que los índices de peligrosidad y criminalidad que presentan las personas con enfermedades mentales, específicamente con Esquizofrenia¹, no son mayores que los de la población en general, siendo más comunes las autoagresiones y suicidios que las heteroagresiones severas. Se presenta, además, mayor cantidad de violencia en sujetos jóvenes que en mayores².

Cabe señalar que, en sondeos realizados a los propios equipos de salud mental, expuestos constantemente a la posibilidad de descompensaciones psiquiátricas de los usuarios, se expresa un claro rechazo a cualquier medida coercitiva. Cuando se les ha preguntado cómo les gustaría ser tratados en caso de sufrir un desajuste o estar en una crisis, todos han señalado que les gustaría ser acogidos con cariño, comprensión, en un ambiente lo más familiar posible y con total privacidad³.

Frente a la agudización de la sintomatología psiquiátrica de los pacientes durante la hospitalización, los funcionarios de salud mental expresan miedo a las agresiones, rabia con la autoridad que no se responsabiliza de la situación, y sienten desesperanza frente a la posibilidad de que se implementen verdaderos cambios en las condiciones en que se trabaja en psiquiatría⁴.

Por otro lado, la comunidad y las familias instrumentalizan la atención psiquiátrica de urgencia como un elemento disuasivo o persuasivo para el miembro de esta comunidad que se agita, como un elemento de amenaza más que de ayuda, estableciendo de partida una comunicación contradictoria con el sentido del servicio público de salud, lo que ya predispone negativamente a todos al momento de la atención.

Algunos estudios realizados en España entregan información referente a las características de los pacientes psiquiátricos que requieren

1 "Comportamiento agresivo contra sí mismo y contra otros entre paciente con E.Q.Z." Steiner
Psiquiatric Science. Enero 1999

2 *Idem 2*

3 *Estudio exploratorio de sentimientos en personal de urgencia. Unidad de Salud Mental, Minsal
Enero 2001*

4 *Idem 4*

contención en algún momento de su tratamiento, haciendo una distinción entre la necesidad de contención por auto o heteroagresividad (Anexo 4 Criterios de Inclusión). Si bien en ambos casos existen grados variables de peligro para el paciente y su entorno, es necesario evaluar los episodios de autoagresión con el objeto de despejar su eventual utilización con fines gananciales y aplicar las medidas que más se adecuen a cada caso.

Las patologías que más se asocian a la necesidad de contención son la psicosis y los cuadros maníacos (Anexo 5 Distribución de Diagnósticos). Otros diagnósticos asociados son el retraso mental, trastornos de personalidad, alteraciones por alcohol, depresión e histeria.

Las causas directas principales por las que se realiza la contención son la agitación psicomotriz, las conductas inapropiadas y la heteroagresividad (Anexo 6 Causas Directas). Otras causas son la autoagresión, la inquietud y la contención como acto terapéutico.

TIPOS Y PROCEDIMIENTOS DE CONTENCIÓN EN LAS DIFERENTES ÁREAS CRÍTICAS.

Como se ha señalado, existen a lo menos cuatro tipos de contención aplicables en Psiquiatría frente a una crisis de agitación psicomotora en personas que sufren alguna enfermedad mental. Estos tipos de contención, sin ser excluyentes, contienen elementos que, en función de mantener confianza y mutuo respeto por los derechos de las personas, aparecen como recomendables en una cierta secuencia, determinada por las necesidades del contexto, llegando finalmente a la contención física. La secuencia señalada se sugiere cualquiera sea el lugar o área crítica donde se desarrolla.

Fases de la contención en psiquiatría

- 1° Contención emocional
- 2° Contención emocional + contención ambiental
- 3° Contención emocional + contención ambiental + contención farmacológica
- 4° Contención emocional + contención ambiental + contención farmacológica + contención física o mecánica

- En el curso de una crisis de Agitación Psicomotora es necesario utilizar diferentes formas de contención utilizando permanentemente los recursos del medio ambiente para generar una atmósfera tranquilizadora que propicie el diálogo.
- Para un observador entrenado es claro percibir signos anticipatorios de una crisis de violencia. Pueden observarse signos de riesgo en el paciente^{1 y 2}: cambios en la psicomotricidad (en cantidad y calidad de los movimientos), cambio en el contacto (forma de mirar y capacidad de escuchar). Los signos no verbales acompañados además de ofen-

1 *El tratamiento de urgencia del paciente violento* Dr. E. Escobar M. en *Revista Chilena de Psiquiatría*, Año IV / N° 3 Julio - Septiembre 1987 (pg. 229)

2 *"Aggressive incidents in psychiatric wards"* Majda Omerov

sas y amenazas verbales, pueden ser el pródromo de una crisis de violencia, los que detectados a tiempo por las personas que conviven con el enfermo o por el personal entrenado, pueden ser manejados adecuadamente en beneficio de todos los que participan en el evento.

- Si la situación se acompaña de violencia, es importante, además de un clima adecuado, contar con personal entrenado en manejo de personas con conductas perturbadoras y alejar a estas últimas de cualquier objeto o sujeto que de alguna forma provoque su irritación.

AREAS CRÍTICAS DE CONTENCIÓN

a) Domicilio

Aunque no corresponde al equipo de salud entrar a los hogares en búsqueda de las personas que presentan una crisis, los servicios de urgencia permanentemente son llamados a hacerlo y en consecuencia impelidos a actuar. Esta situación por sí sola pudiera significar una amenaza o provocación para la persona que sufre una crisis,

es recomendable mantener la calma y esperar el momento oportuno para la intervención.

Se debe contar con solicitud expresa y firmada por un familiar responsable que respalde el ingreso a espacios privados.

Si no se cuenta con autorización expresa y firmada por un familiar responsable que respalde el ingreso al domicilio, para este procedimiento se requiere de una Orden Judicial.

Procedimientos recomendados:

- Utilización de métodos de persuasión y convencimiento por parte de personal de salud entrenado, con participación de la familia, con el fin de lograr la empatía que conduzca a la persona en crisis a aceptar la ayuda que se le ofrece.
- Utilización, de acuerdo a fases de contención establecidas en párrafo anterior, de habilidades terapéuticas del médico o enfermera in situ, o monitoreo en comunicación directa a los auxiliares en caso de que los profesionales no puedan estar presentes en el lugar.
- El contacto lo debe hacer sólo una persona del equipo, permaneciendo los demás fuera del hogar, alertas para ocuparse posteriormente del traslado.
- La disposición del equipo debe ser estar atentos en espera de los acontecimientos, considerando los ritmos de la persona afectada.

b) Traslado a un Servicio de Psiquiatría.

El traslado involuntario que se hará en un vehículo de la salud pública es, sin duda, un espacio de tratamiento y curación y deberá contar con las autorizaciones dispuestas en el Reglamento 570 para la internación psiquiátrica

Traslado de un paciente agitado en ambulancia.

En este caso será importante contar con una evaluación de la situación de la persona en el domicilio y de las condiciones en que se está conduciendo el proceso. Si ha sido un médico psiquiatra o enfermera quien ha recibido a la persona afectada, se procederá a aplicar protocolo de contención³ según lo ameriten las circunstancias. Si no hubiera profesional y estuviera a cargo del traslado un personal auxiliar, éste deberá contar con capacitación adecuada. En cualquiera de los dos casos, deberá acompañar el traslado un familiar o alguien cercano emocionalmente a la persona afectada, con el fin de respaldar la labor.

La situación de traslado contiene elementos estresantes que pudieran desencadenar agitación e intentos de fuga. Para ello se deben contemplar las siguientes medidas secuenciales, de acuerdo a su necesidad, las cuales deberán ser explicadas a la persona en lenguaje sencillo y directo:

- Explicar la finalidad de protección que tiene la medida; informar el tiempo de duración del procedimiento de traslado e identificar el lugar al que es conducida la persona.
- Intentar persuadir a la persona para lograr su cooperación
- Contención parcial de manos o pies
- Medicación endovenosa de SOS protocolizado.

En caso de traslado en ambulancias o vehículos del sector privado, la responsabilidad de todo el procedimiento recaerá en el médico tratante.

Equipamiento del vehículo.

Por tratarse de una instancia que deberá resolver situaciones imprevistas y de difícil manejo, el vehículo deberá contar con los recursos mínimos para:

- Evaluar la situación de salud general de la persona (fonendoscopia, termómetros, máquina para presión, jeringas, etc.)
- Prevenir golpes producidos por autoagresiones o por accidentes, para lo que se debe implementar el espacio donde es trasladada la persona recubriéndolo con material blando

3 *Reglamento 570. Normas Complementarias aludidas en capítulo de Internación*

- Contener farmacológicamente con medicamentos SOS estandarizado, si fuera necesario, y con indicación expresa de psiquiatra tratante.
- Contener mecánicamente y de manera parcial, sólo si fuera necesario, con el fin de evitar heteroagresiones. Para ello el vehículo deberá contar con correas y manillas para ser usadas en la camilla.

c) Contención en box de ingreso al servicio de psiquiatría.

Es importante contemplar actividades y acciones que se desarrollan desde la recepción hasta la eventual internación de la persona afectada. Desde esta perspectiva, la antesala del box, la recepción, ya debiera contar con una actitud receptiva y comprensiva frente al usuario y su familia, facilitando la adquisición de los datos más importantes que se requieran con formularios auto administrados. Como en cualquier servicio de urgencia, es prioritaria la atención del paciente, por lo que los elementos administrativos deberán ajustarse al logro de la rapidez y calidad en la atención en salud.

En el box y de acuerdo a las condiciones del afectado, se dispondrá de un ambiente de acogida, que de énfasis a la relación entre las personas.

La presencia de un familiar o amigo del paciente puede ser en ocasiones de mucha ayuda en la entrega de información y como forma de evaluar las interacciones del sistema del cual proviene el afectado. Sin embargo también puede significar la reedición de desajustes y disfunciones frente al entrevistador.

Se recomienda entonces presencia del familiar si esto conduce a amplificar la contención afectiva y a hacer partícipe a la familia de un compromiso en la mejoría del afectado, siempre con el consentimiento de éste.

El médico, según lo requiera, deberá contar con apoyo de otros funcionarios, lo que debe ser comunicado al usuario con el fin de persuadir e inducir a la tranquilidad. Si la presencia de un familiar fuera requerida por el médico, ésta deberá ser consultada al paciente.

Finalmente, el box de atención deberá contar con mobiliario reducido (en lo posible fijo al suelo), pocos estímulos ornamentales, cautelando que las ventanas no sean accesibles al paciente. Se debe tener precaución con objetos tales como:

- elementos cortantes
- elementos pesados (corcheteras, ceniceros, cuadros, floreros, etc.)

Del uso de la información:

- Toda la información recabada por el personal que ha realizado el traslado deberá ser entregada al médico responsable
- Esta información deberá resguardarse en términos de fidelidad y confidencialidad por todo el personal que la maneje.
- Debe informarse al usuario sobre sus derechos contenidos en el Reglamento 570.
- Debe informarse al usuario respecto de los procedimientos, de los implementos que podrían usarse y de las personas que actuarían frente a un desborde emocional.
- De no ser posible la comprensión total de esta información por parte del paciente, ésta deberá ser comunicada a su acompañante

d) Contención en hospitalización.

En la hospitalización, todas las actividades que se realicen en función del tratamiento del paciente deberán ser informadas a éste. Además es necesario entregarle cartillas de derechos y obligaciones del paciente, darle a conocer las personas con que compartirá, el nombre de su médico tratante, conocer al equipo de salud y al personal de servicio.

Es necesaria la interacción regular con el paciente, comunicándole respecto de la evolución de su tratamiento y escuchando sus quejas y demandas, esto contribuirá a prevenir desajustes conductuales o crisis de agitación. Conviene señalar que las conductas de cólera y rabia que se dan en hospitalización aparecen cuando las personas afectadas por enfermedad mental disminuyen su capacidad de respuesta a la adaptación y el sujeto puede responder a veces en forma desproporcionada a la situación para defender sus derechos o privacidad⁴. Otras veces estas conductas responden a situaciones del ambiente institucional, al no cumplimiento de normas establecidas para el respeto de los derechos de los usuarios o bien puede darse como respuesta a la estigmatización del usuario a partir de los diagnósticos por parte del equipo de salud.

Las conductas disruptivas deberán ser manejadas de acuerdo al reglamento 570 en relación a aislamiento y contención física.

La contención física en hospitalización debe ser:

- Privada.
- Con el mínimo posible de elementos mecánicos, inmovilizando sólo las partes del cuerpo que aparezcan como amenazantes.
- Con conocimiento y autorización del médico y, en lo posible, con la presencia de éste
- Por el menor tiempo posible.
- Acompañada de SOS farmacológico.
- Informada al afectado apenas éste pueda comprender.
- Evitando daño de cualquier tipo.
- Con la fuerza suficiente, pero evitando agresiones verbales y físicas y amenazas de cualquier tipo.
- Con elementos adecuados, actualizados y conocidos de antemano en su uso por el equipo y los pacientes.
- Tanto la contención física como el aislamiento se utilizarán según protocolo de acuerdo al reglamento 570 siendo de responsabilidad médica su indicación.

4 "Uso de medios de contención en una Unidad de Agudos de Psiquiatría." P. Torres. *Anales de Psiquiatría*, Madrid. Vol. 18 2002

PERSONAL PARA LA CONTENCIÓN:*

Según se ha definido, la contención en psiquiatría incorpora un número importante de “actores”, desde agentes comunitarios, fuerza pública, familiares y personal especializado, según los distintos momentos y lugares en que la aplicación de un procedimiento tendiente a la protección del paciente y de quienes lo rodean es necesario.

En relación a la contención realizada por como parte de un proceso terapéutico y en consideración a los estándares de calidad del procedimiento de contención de un paciente en crisis, se deben tomar en cuenta aspectos que dicen relación con el número de personas que participan, como también sus habilidades terapéuticas.

En términos generales, el personal requerido para la contención física de un paciente psiquiátrico va a depender del tipo e intensidad de la crisis, del tipo de contención requerida, de los recursos humanos disponibles, del tipo de relación establecida con el paciente y de los recursos físicos y de espacio con que se cuenta.

A partir de estas consideraciones, idealmente se deberá contar con el siguiente equipo:

- un médico psiquiatra (o médico general en caso de no contar con psiquiatra) que evalúe la situación y determine el tipo de contención necesaria
- un enfermero (a) que dirija la ejecución de las medidas determinadas y aplique SOS si está dispuesto
- un auxiliar paramédico para sujeción de miembros superiores
- un auxiliar paramédico para sujeción de miembros inferiores
- en caso de ser necesario, un auxiliar paramédico para sujeción de cabeza y boca

Es necesario que los servicios de psiquiatría entreguen capacitación continua a sus funcionarios, actualizando información técnica, marcos regulatorios, y también elementos de autoayuda, autocuidado, y estímulo al desempeño, con el fin de asegurar acciones oportunas que protejan al paciente agitado y a terceros.

(*) *Colaboración especial del Protocolo del Hospital Guillermo Grant Benavente, Servicio de Psiquiatría)*

VII

AMBIENTE

Considerar las condiciones socio ambientales en que se desarrollan hoy las diversas comunidades, aparece como necesario cuando se trata de inhibir o contener físicamente algunas conductas agresivas de las personas afectadas por enfermedad mental.

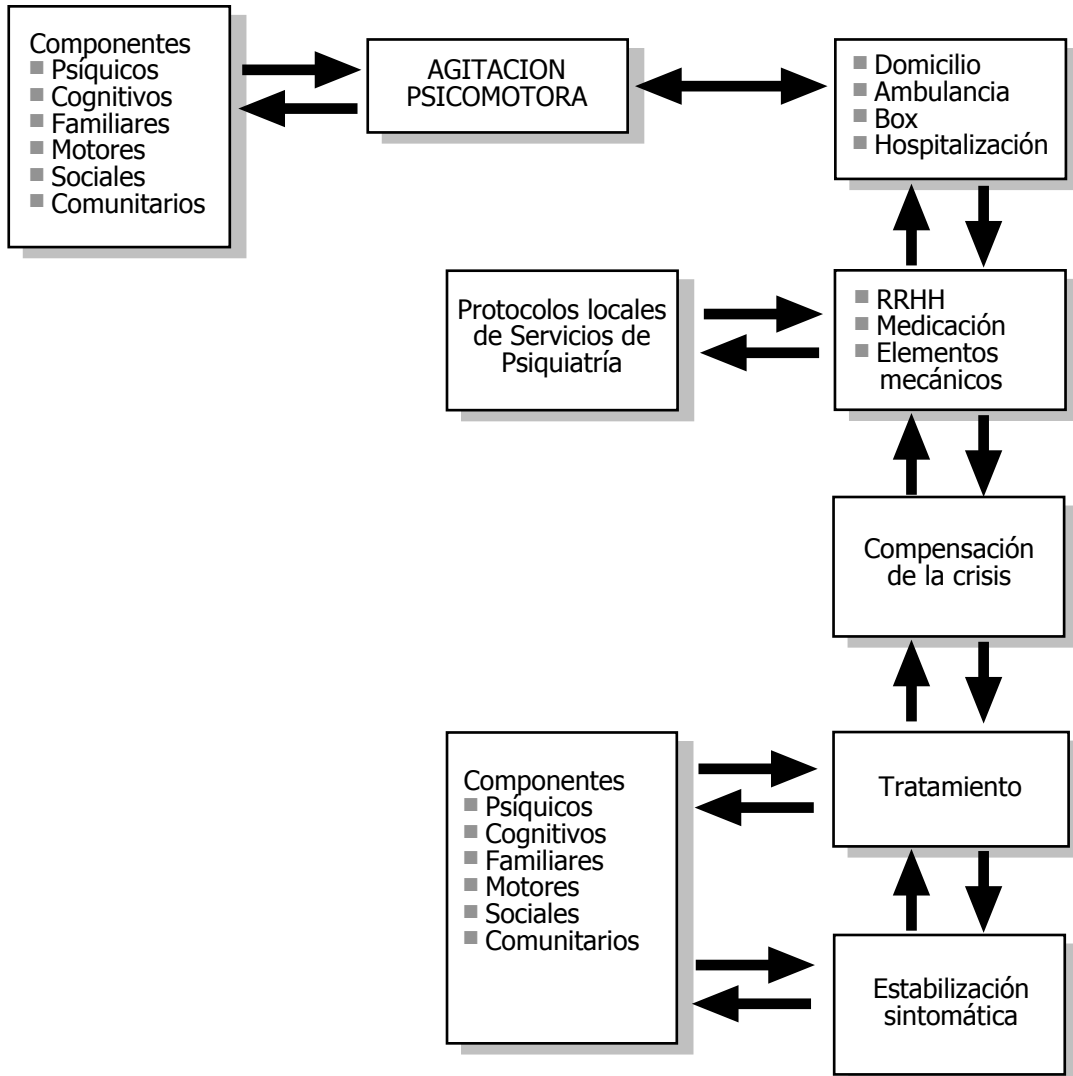
Como se señaló anteriormente, los indicadores de peligrosidad de estas personas son menores que los de la población general. Sin embargo, los portadores de enfermedad mental son continuamente estigmatizados como peligrosos o provocadores de delitos en la sociedad.

Sin embargo, las condiciones socio ambientales influyen en la disminución o aumento de una respuesta agresiva en el momento de una descompensación psiquiátrica. Esto se demuestra en sectores de mayor ruralidad y en ciudades pequeñas, donde se da una menor frecuencia de respuestas agresivas entre las personas atendidas en servicios de salud mental, situación a la que contribuye la existencia de una mayor tolerancia frente a los desajustes conductuales de las personas.

Para mejorar el ambiente terapéutico se recomienda:

- Espacios amplios e iluminados (en lo posible luz natural)
- Música ambiental
- Con baja concentración de usuarios por salas o habitaciones, que permitan la interacción personalizada

ELEMENTOS PRESENTES EN CRISIS DE AGITACIÓN PSICOMOTORA EN PSIQUIATRÍA





ANEXO 1

MEDICAMENTOS INDICADOS PARA CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA (*)

A.- NEUROLEPTICOS

- 1.- Haloperidol ampolla 5 mg.
- 2.- Haloperidol comprimido 5 mg.
- 3.- Clorpromazina ampolla 25 mg.
- 4.- Clorpromazina comprimido 100 mg.

B.- ANSIOLITICOS

- 1.- Lorazepam ampolla 4 mg.
- 2.- Lorazepam comprimidos 2mg.
- 3.- Diazepam ampolla 10 mg.
- 4.- Diazepam comprimidos 5 mg.
- 5.- Diazepam comprimidos 10 mg.
- 6.- Alprazolam comprimidos 0,5 mg.

C.- ANTICONVULSIVANTES

- 1.- Fenitoina sódica comprimidos 100 mg.
- 2.- Acido valproico comprimidos 250 mg y (para iniciar control de ep lepsia con discontinuación de tratamiento, paralelamente con uso de BDZ para control de la agitación aguda que esté presente en el paciente)

D.- ANTIDEPRESIVOS

1.- Amitriptilina comprimidos 25 mg.

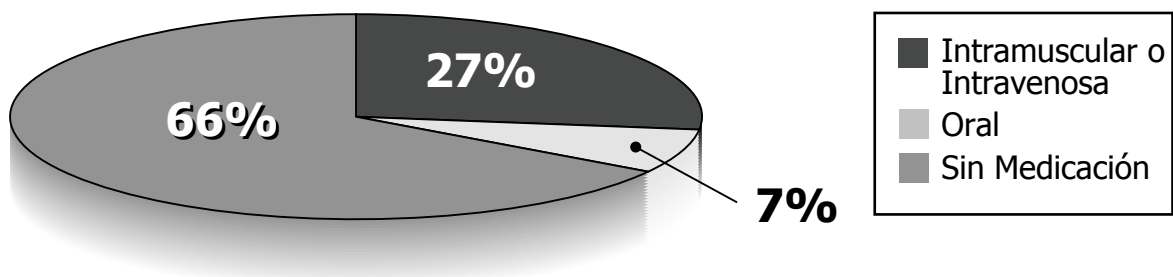
Se incluye por su utilidad como sedante o inductor del sueño en casos de cuadros no psicóticos, en los que no es conveniente el uso de benzodiazepinas y/o neurolépticos. Ej.: adicción o riesgo de adicción a BDZ, hipersensibilidad a neurolépticos (S. E. P.)

()Arsenal Farmacológico Básico para contención de pacientes psiquiátricos de urgencia, del Instituto Psiquiátrico J. Horwitz B.*



ANEXO 2

FORMA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA (*)



Fuente: A. Rivera y M. Soto. Estudio de contenciones en una unidad de agudos de
Psiquiatría Complejo Hospitalario de Ourense, España



ANEXO 3

SECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS DIFERENTES FORMAS DE CONTENCIÓN EN PSIQUIATRÍA

Tipo	Características	Responsable	Observaciones
Emocional	<ul style="list-style-type: none">• Procedimiento gratificante para la persona afectada y el personal• De duración indefinida	Personas entrenadas con capacidad de escuchar y acoger (médico, enfermera, auxiliar)	No siempre es posible
Ambiental	<ul style="list-style-type: none">• Posible de implementar con adecuada capacitación en actitud y manejo del ambiente• Efectiva y continua en un equipo cohesionado y con liderazgo claro.	Equipo clínico con disponibilidad de elementos entregados desde la institución	Es necesario controlar los estímulos del ambiente
Farmacológica	<ul style="list-style-type: none">• Procedimiento efectivo y frecuente• Pudiera estar determinado por demanda• De aplicación a veces	Médico Personal entrenado en enfermería con buena disposición hacia las personas que sufren (enfermer@, auxiliar)	Efectivo para retomar condiciones del tratamiento.
Física	<ul style="list-style-type: none">• Necesario cuando los anteriores procedimientos no son aplicables o no son efectivos.• Potencialmente violento• Puede involucrar consecuencias negativas para la relación terapéutica	El equipo clínico con experiencia en el procedimiento o con acreditada capacitación en este tipo de abordaje	Es importante minimizar la violencia y evitar daño físico.



ANEXO 4

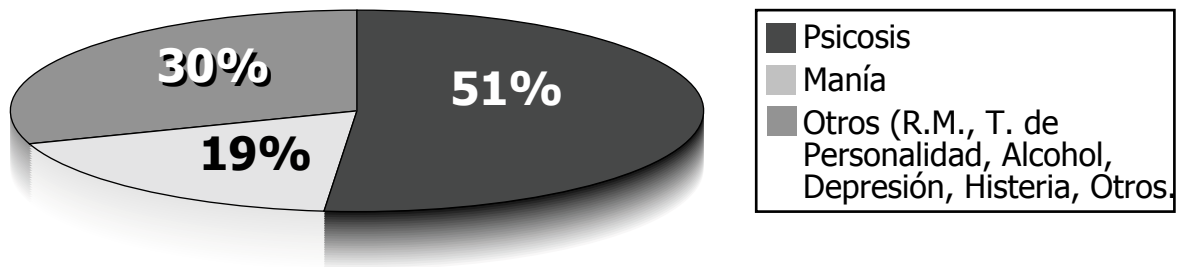
CRITERIOS DE INCLUSIÓN (*)

HETEROAGRESIVIDAD	AUTOAGRESIVIDAD
Delirium de origen orgánico o tóxico Trastornos paranoides	Trastornos psicóticos, especialmente si hay alucinaciones auditivas de mandato que ordenan actos contra su integridad física o bien sistema delirante
Trastornos psicóticos con alucinaciones auditivas con mandato de agresividad	Trastorno depresivo con ideas de culpabilidad o nihilismo, indignidad, autodesprecio o autoacusación
Trastornos maníacos de tipo disfórico o irritabilidad	Trastornos de personalidad, en especial el de inestabilidad emocional (tipo límite)
Trastornos de la personalidad, en especial de tipo límite y disocial	Trastornos de adaptación, sobre todo ante acontecimientos vitales recientes
Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas	Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotrópicas

(*) "Enfermedades mentales que pueden facilitar conductas violentas debido al consumo de sustancias psicotrópicas y autodestructivas" Mallada 1999. (Adaptación realizada en "Uso de medios de contención en una Unidad de Agudos de Psiquiatría." P. Torres. *Anales de Psiquiatría, Madrid*. Vol. 18 2002

ANEXO 5

DISTRIBUCION DE DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CONTENIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA EN JAÉN, ESPAÑA (*)

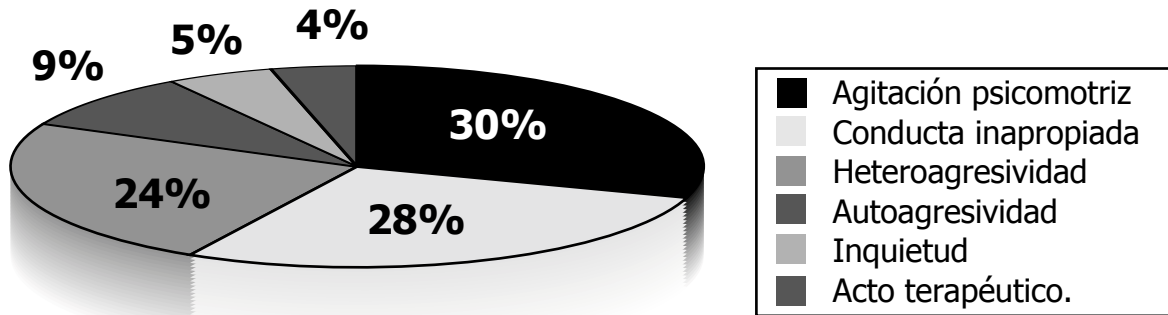


Fuente: *Uso de los medios de contención en una Unidad de Agudos de Psiquiatría: descriptivos y condiciones de empleo.* P. Torres



ANEXO 6

CAUSAS DIRECTAS DE LA CONTENCIÓN (*)



Fuente: *Uso de los medios de contención en una Unidad de Agudos de Psiquiatría: descriptivos y condiciones de empleo.* P. Torres



Resolución Jurídica

