

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL



SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, FRENTE A LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN FÍSICA APLICADAS EN USUARIOS INTERNADOS EN UNA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

AUTORES:

Br. Errecarte, Beatriz
Br. González, Alfonsina
Br. Lista, Catherine
Br. Moreira, Patricia

TUTORES:

Lic. Enf. Meliá, Silvia
Lic. Psic. Iglesias, Norma

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2002

Índice

Introducción.....	pág 1
Planteamiento del problema y Fundamentación.....	pág 2
Marco teórico	pág 4
Objetivos.....	pág 9
Diseño metodológico	pág 10
Resultados, análisis e interpretación.....	pág 16
Conclusiones	pág 28
Recomendaciones.....	pág 29
Bibliografía.....	pág 30
Anexos.....	pág 34

Introducción

El presente informe corresponde a la Investigación Final de la carrera de Licenciatura en Enfermería (cuarto ciclo, plan 93) desarrollado por un grupo de estudiantes de la generación 97, del Instituto Nacional de Enfermería.

Dicha investigación se desarrolló en el Área de Salud Mental, en el Hospital Dr. Teodoro Miguel Vilardebó, en el período comprendido entre agosto de 2001 y julio de 2002.

La misma consistió en conocer y aportar información para la reflexión sobre los sentimientos y emociones que el personal de enfermería manifiesta al aplicar medidas de contención física en usuarios psiquiátricos descompensados, influyó en su selección que el grupo se encontraba motivado para trabajar en un tema que lo movilizó y que éticamente consideró imposible obviar, en su futuro ejercicio profesional.

Esta se vio favorecida por el interés demostrado por la Jefa del Departamento de Enfermería¹ Pierina Marcolini, quien señaló que es “un área poco trabajada” y una necesidad sentida del personal de salud de dicho hospital; en una entrevista que se le realizó, y ratificado en un trabajo de su autoría.

Es así que se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, lográndose ejecutar la entrevista estructurada a 18 enfermeros, que se desempeñan como auxiliares y licenciados de enfermería, en cuatro salas de internación, de usuarios que se encuentran cursando la etapa aguda de su proceso de salud-enfermedad, ya que es en las mismas donde se colocan las medidas de contención física, con mayor frecuencia.

Por medio de éste, se logró alcanzar los objetivos de conocer y aportar información sobre los sentimientos y emociones manifestados por el personal de enfermería, al identificar los mismos y determinar sus características socio demográficas.

Es de destacar que el personal manifestó sentimientos, en mayor porcentaje, con respecto a las emociones.

En cuanto a las características socio demográficas se logró conocer que el personal de enfermería es mayoritariamente de sexo femenino, adulto y auxiliar de enfermería, siendo el mayor porcentaje de antigüedad en la institución el comprendido en el período de entre 2 a 7 años y en lo que respecta a los años en la institución el período de entre 3 a 5 años.

¹ Excerpto de la entrevista realizada a la Licenciada Marcolini, noviembre 2001

Planteamiento del problema.

Área temática:

Sentimientos y emociones del personal de enfermería , frente a la colocación de medidas de contención física , en usuarios psiquiátricos descompensados.

Enunciado del problema

¿Cuáles son los sentimientos y emociones, que el personal de enfermería manifiesta, frente a la colocación de medidas de contención física, en usuarios psiquiátricos descompensados, en etapa aguda de su enfermedad?

Fundamentación

Nuestra motivación parte desde el punto de vista ético, consideramos imposible obviar este problema como futuras profesionales comprometidas con la profesión y con el área de la salud mental, sobre la cual existen tantos prejuicios y desde la cual pretendemos abocarnos para elevar la calidad de vida, no solo del usuario sino del propio personal de enfermería.

Al observar la puesta en práctica medidas de contención física notamos que la técnica movilizaba al personal, al usuario, a la familia y a nosotras mismas, por lo que nos preguntábamos, que "carga psíquica" tendría esa experiencia. Por otra parte dos de las integrantes de esta investigación trabajamos como auxiliares de enfermería en una institución psiquiátrica y sumaron su experiencia a la polémica cuando hablábamos del tema. Es así que seleccionamos dicho problema el cual es posible de ser investigado desde el punto de vista ético, porque no compromete los derechos de la población de estudio, ni del usuario, y no contradice los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Anexo 1), que en su ítem C11 establece "tomar en consideración los problemas de motivación del personal" ya que a partir de la identificación de las emociones y los sentimientos que manifiesta el personal podemos contribuir a abordar este problema.

Esto se confirma con lo que Stuart Sundeen³ destaca sobre la "exploración de sus sentimientos", ítem incluido dentro de los cuidados personales de enfermería.

Otro aspecto que fundamenta nuestra investigación es que esta contemplado en las Normas para la contención del usuario psiquiátrico (Anexo 2) que expresan que el enfermero debe conocer y examinar sus respuestas y buscar apoyo psicológico, considerando que las medidas de contención física constituyen una violación de los derechos del usuario; con estos elementos se ratifica la importancia de la investigación, ya que no contradicen la norma, sino que la apoyan y tienen la misma perspectiva.

A su vez los conceptos vertidos por la Licenciada Marcolini, en una de las entrevistas que le realizáramos (Anexo 3), fueron también referentes para nuestra investigación; la misma se dirigía hacia

² "carga psíquica": termino que hace referencia a la vivencia del trabajo y las interrelaciones laborales. Rosa Espinas. Ergonomía (recopilación 1997). Curso Salud Laboral.

³ Extraído de: Enfermería Psiquiátrica. Stuart Sundeen.

los cuidados de enfermería al aplicar medidas de contención física, nuestra idea primaria al trabajar sobre este tema. Pero dio lugar a un aspecto de las mismas poco trabajado: los sentimientos y emociones del personal de enfermería al colocar dichas medidas.

La Licenciada afirmó que sería favorable una investigación en esta dirección, dado que la mayoría de la información e investigaciones son en relación a los cuidados de enfermería para con los usuarios, a los que se le colocan las medidas de contención, lo que confirmamos en la búsqueda bibliográfica.

Otro aspecto que facilitó la selección, es que según la ya mencionada licenciada expresa que ⁴“no hay un estudio completo sobre el tema”, refiriéndose a medidas de contención física, e identifica que “la problemática de la medida de contención física, primero es, que es una técnica que ocasiona violencia tanto para el paciente, como para el enfermero”, con estas palabras nos comunica de una problemática de cómo moviliza al personal el aplicar la medida de contención y por lo tanto la importancia que podría tener el conducir nuestra investigación en ese sentido, viéndose que lo marca como una necesidad sentida del personal a su cargo.

Nuestro interés en el tema hizo que la misma nos proporcionara un informe de su autoría (“Rol de la enfermería en Pacientes con alteración mental descompensados”) (Anexo 4), en el que cita: ⁵“este tipo de pacientes genera en los integrantes del equipo de enfermería sentimientos de ansiedad, temor, frustración, cólera, depresión, amenaza a la autoestima, culpa, rechazo y sentimientos relacionados con la identidad personal y sexual. Frecuentemente la relación provoca en la enfermero/a inseguridad, la que se expresa con dudas y temores. Aparece la amenaza real o imaginaria a su amor propio sintiéndose vulnerable, lo que obliga a revisar sus imágenes estereotipadas acerca del paciente mental especialmente del paciente agresivo, reivindicativo, quejoso, con trastornos de conducta, entre otros”. Estos conceptos nos guían a dirigir la investigación hacia los sentimientos y emociones, que el personal de enfermería manifiesta, y a conocer la frecuencia con la que se presentan, para luego tomar conciencia de los mismos.

En el trabajo “Rol de Enfermería en pacientes con alteración mental descompensados”, hace referencia a la importancia que cobran las características sociodemográficas del personal, motivo por el cual nosotras también las abordamos. Lo que esperamos es conocer y que se sienten las bases para la discusión y reflexión sobre el tema y fomentar en otros profesionales el interés para continuar con nuevas investigaciones al respecto, ya que sin duda existe un “estigma” sobre el mismo, que proviene de la historia de cómo se ha asistido a los usuarios psiquiátricos.

En otro sentido el problema fue viable de ser investigado en cuanto al cronograma que se planteó. Pudimos disponer de los horarios para realizar la misma, así como de los “sujetos” a investigar y los gastos fueron cubiertos como parte de nuestros gastos de estudio.

⁴ Entendido de la entrevista realizada a la Licenciada Marcolini, noviembre 2001.

⁵ Extracto del trabajo sobre “Rol de enfermería en pacientes con alteración mental descompensados”.

Marco Teórico

Como seres sociales no escapamos a lo que la historia marca como antecedentes en relación a la evolución de la asistencia en salud mental, que transcurre de las supersticiones y creencias mágicas, los castigos, a "los poseídos por el demonio", las torturas, el confinamiento hasta el siglo XVIII, donde la psiquiatría se desarrolló como una rama separada de la medicina.

Philippe Pinel (1745-1826), "proclamó la aceptación de los enfermos mentales como seres humanos que necesitaban asistencia médica, cuidados de enfermería y servicios sociales" (Fundamentos de Enfermería en Salud Mental, año 2000) a pesar de ello continuaban los abusos hacia " el loco". En 1946 en Estados Unidos, el Congreso aprobó la Ley Nacional de Salud Mental mejorando las instituciones y promoviendo la investigación en esta área. Nuestro País no escapó a estas influencias (Revista de Psiquiatría del Uruguay , 1980, Vol. 45). A partir del siglo XVIII cambiaron los conceptos de posesión diabólica a una base somática y la utilización del conocimiento científico, aunque las posibilidades de los enfermos mentales se subscribían a la marginalidad social y burla del pueblo.

En 1778 comenzó a funcionar el primer hospital civil en Montevideo llamado "Hospital de Caridad", de raíz católica y en 1816 ingresó el primer enfermo mental; en dicho hospital figuran diagnósticos de "locos y dementes".

El conocimiento científico se incrementó en el siglo XIX, con el arribo de europeos producto de la Guerra Grande .

En 1860 tras una discusión administrativa que impugnaba el alojar los enfermos mentales lejos del área urbana se trasladaron del Hospital de Caridad al Asilo de Dementes, ubicado en la casa quinta de Vilardebó , zona Reducto, el que contaba con 28 enfermos a los que se les aplicaba el tratamiento de la época: higiénico , farmacéutico y moral. En 1880 a raíz del constante aumento del número de enfermos se materializó la idea de crear el Manicomio Nacional.

La obra fue proyectada por el Ingeniero Eduardo Canstant en los terrenos de Vilardebó y el hospital fue abierto y público.

En 1910 el Manicomio Nacional recibe el nombre del médico Teodoro Miguel Vilardebó que continúa hasta nuestros días (Anexo5 - Reseña del Funcionamiento del Hospital Vilardebó)

Estas etapas se corresponden como se expresa en " Salud Mental. Evolución de la Asistencia Psiquiátrica ". Dr. Humberto Casarotti. (Revista de Psiquiatría del Uruguay, año 1980, Vol. 45) con las siguientes expresiones:

"asilo" : donde se asistían a psicóticos y enfermos con graves trastornos intelectuales y la asistencia se dirigía a "la internación".

" asilo-hospital" : el problema se desplaza a lo neurótico con la asistencia dirigida a la acción psicoterapéutica.

"abre" : época actual en la que la asistencia se "abre" y sale del hospital a servicios intra y extra hospitalarios.

Dentro de la evolución de la asistencia psiquiátrica ya Foucault en su obra "Vigilar y Castigar", cree encontrar la esencia del conflicto que muchas veces percibimos en el personal de salud que trabaja con enfermos psiquiátricos, al colocar medidas de contención física, no solo tratándose de enfermos psiquiátricos.

Esther Díaz en su libro "La Filosofía de Michel Foucault" al analizar críticamente la formulación sistemática del pensamiento de dicho filósofo, contribuye a dar firmeza a nuestro marco teórico al menos en algunos aspectos.

El pensamiento de Foucault nos lleva a que reconozcamos que vivimos en una sociedad, y por lo tanto dentro de una cultura, que en mayor o menor medida, tiene prejuicios acerca del usuario psiquiátrico, y no solo tiene prejuicios sino que sabe o reconoce que no debería tenerlos.

Foucault nos ayuda a establecer un posible principio o nacimiento de esos prejuicios, en el capítulo II que se titula "El Saber" en el apartado "d" sobre "La Pobreza y la Locura".

Esta unión se basa en el encierro que se da a individuos con estas características, las cuales los marginan: la justificación de esa época sería "-reabsorber el desempleo; -controlar los costos de las mercaderías". Pero ¿y esto ¿que tiene que ver con la locura, con las medidas de contención, con los prejuicios?, es solo una justificación para poner lo malo, lo no deseado en el mismo plato de la balanza y no reconocer los prejuicios y el sentir que ellos nos provocan, cuando aceptamos que los tenemos y las reacciones que aparecen en esta aceptación.

En sí, podemos afirmar que toda la obra de Michael Foucault es un tratado sobre la ética.

Esta historia sigue su curso y sin duda deja una huella hasta nuestros días.

En 1985 el Doctor Octavio Gallego Lhuesma en su trabajo "Identidad y Derechos Humanos del Enfermo Mental" hace un llamado a la sociedad toda, sobre la reivindicación de los derechos de los pacientes mentales, exhortando a una mirada hacia la prevención y nuestra actitud ante la "locura", así como a minimizar el tiempo de internación. Por otra parte Goffman en su obra "Internados, Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales" narra la realidad de las agresiones a los usuarios mentales internados y escribe acerca de "El mundo del personal", donde cita: "El grupo que está en permanente contacto con los internos suele sentir también que le han impuesto una tarea bastante contradictoria: mientras reduce a los internos a la obediencia, debe dar la impresión de atenerse a normas humanitarias y realizar los fines racionales de la institución". También expresa lo difícil que es para el personal el "dominio de sus emociones", para evitar que los usuarios psiquiátricos se dañen así mismos o a los demás, teniendo presente mantener la eficiencia de la institución.

Como cita la Licenciada Alma Carrasco⁶, en el libro "Entre sufrimientos y gratificaciones", (cómo cuidar a los que cuidan), toda esta situación puede generar en el personal de salud, el Síndrome de Burn out, que consiste en un síndrome de agotamiento emocional, de "despersonalización" y disminución de la autoestima y de la capacidad de gratificación, que abarca tanto el nivel institucional e individual y en este último abarca las áreas emocional, mental y física.

Con respecto al área emocional implica sentimientos de corte depresivo (infelicidad, desilusión, tensión) y estados afectivos relacionados con el malestar (irritabilidad, angustia, ansiedad, disminución de las conductas positivas).

En cuanto al agotamiento mental este trae consigo insatisfacción y vivencias negativas, hacia sí mismo y hacia el trabajo, la propia vida.

Este es el entorno en que se desarrolla la interacción del personal con el usuario, donde sin duda rescatamos nosotras la importancia que cobran los sentimientos y emociones a la hora de trabajar con los usuarios psiquiátricos, además de la influencia que este "contacto con los internados" tendrá, pensamos nosotras, en relación a la antigüedad en la institución y años en el servicio del personal. Es así que Francisco Alonso Fernández⁷ en su capítulo acerca de la "Salud mental y morbilidad psiquiátrica en el personal sanitario", destaca que "si bien el trabajo sanitario constituye un trabajo peligroso, emocionalmente se encuentra un contrapunto favorable en su carácter anti-alienante, que

⁶ Extraído de: Entre sufrimientos y gratificaciones. Universidad de la República;1997.

⁷ Extraído de: Riesgos del trabajo del personal sanitario. J.J. Gestal Otero;1993.

permite vivirlo como un contenido del proyecto personal. Cuando esto no ocurre, porque flaquea la vocación o las inclinaciones marchan en otro sentido, el sanitario se ve obligado a recurrir a la rigidez, como mecanismo de defensa personal, lo que suele acarrear, conflictos en el marco de trabajo". Finalmente concluye, que si no existiera este baluarte defensivo, que proporciona la profesión, así como el hecho destacable, de trabajar en equipos abiertos, habría un mayor porcentaje de depresiones entre los sanitarios.

No podemos dejar de preguntarnos cuanto afectan e impregnan hoy en día al personal de salud, estos hechos, aunque digamos "que esto no nos afecta", el "sentir social", que aunque ha evolucionado tiene mucho de lo que Gallego Lluesma (autor que cita como nosotros a Goffman) describe para que sirva una internación psiquiátrica. " para proteger al paciente psicótico de la incomprensión familiar y social, pasó a transformarse en una entidad custodial transformando los roles terapéuticos...".

Transcribimos estas últimas palabras " transformando los roles terapéuticos" y aquí solo cabe mencionar la palabra ética, y todo lo que ella implica, conocer el marco legal y ético que rige nuestra práctica profesional juega un papel primordial y en conjunto con el "sentir social" y la historia que nos impregna marcando sin duda parte de nuestros "sentimientos y emociones".

¿Por qué? Porque la ética es parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre, los conceptos éticos y legales son referentes para llevar a cabo nuestra tarea.

En "Fundamentos de Enfermería en Salud Mental" de Morrison, se expresa: "un valor es algo que uno estima, un sentimiento relativo a la valía de un concepto, una idea o una conducta".

" Los valores se forman durante la niñez y moldean nuestras reacciones frente a los demás individuos. Los valores influyen en nuestra conducta, son un reflejo de la sociedad en la que vivimos y suelen servir de base para tomar decisiones". Estos ratifican lo anteriormente dicho sobre la influencia de la ética y el marco legal como valores y su influencia en nuestros sentimientos y emociones manifestados. Debemos tener en cuenta que en el Uruguay según el informe que documenta la situación de los Derechos Humanos realizado del 29 de noviembre al 8 de diciembre de 1993 por el Mental Disability Rights International (MDRI), se identifica la "violación de derechos humanos" y sostiene la esperanza del cambio. En el libro "Derechos humanos y Salud mental en el Uruguay" (1995) que parte de este informe, se establecen pasos que en el Uruguay se deben seguir para conformar las normas internacionales de derechos humanos y los principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental.

En el mismo se identifica que la ley del Psicópata, hoy vigente, "no ofrece las garantías procesales y sustanciales mínimas, requeridas por los Principios de Salud Mental". Uno de los puntos que citan a tomar en cuenta para el cambio tiene especial significación en nuestra investigación "C-11 Tomar en consideración los problemas de motivación del personal", ya que a partir de la identificación de sus sentimientos y emociones podemos tratar este problema.

El Uruguay es parte en la obligación de cumplir con los principios internacionales, los que tienen la finalidad "de otorgar un espectro amplio de protección de derechos humanos a personas con discapacidades mentales, permitiéndoles de ese modo la posibilidad de gozar las mismas libertades y derechos que tienen otras personas y disfrutar plenamente de la vida".

Por otro parte destacamos uno de los puntos que tiene relevancia en nuestra investigación, "todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible", "el tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal" aspecto que suponemos debe "pesar" en las emociones y sentimientos que el personal de salud enfrenta al colocar medidas de contención física.

Dentro de los Derechos del profesional de la salud, destacamos que el profesional tiene derecho a trabajar en un ambiente seguro en cuanto a lo físico, afectivo y sentimental. ¿ Por qué hacemos este aspecto particular? Porque al reducir el estrés emocional se ejerce este derecho. Pensemos por ejemplo que si "yo profesional" entiendo que el aplicar medidas de contención física me moviliza de tal manera

que mis sentimientos y emociones afectan la relación enfermera-usuario, debo poder ejercer mi derecho a expresar y tratar este problema en pro de mi persona y del respeto por los derechos del usuario psiquiátrico”, es un ejemplo que se nos ocurre para plantear los aspectos que implica esta investigación y que debe empezar sin duda por saber cuales son esos sentimientos y emociones y así trabajar sobre ellos.

Traemos a punto ahora la Ley del Psicópata o bien llamada Ley Nº 9581 de Asistencia a Psicópatas, elaborada el 8 de agosto de 1936, que consiste en un antiguo texto legal de engorrosa comprensión que aún sigue vigente y que regula la asistencia de los enfermos mentales que requieren internación y la asistencia domiciliaria, cuando implica restricciones de la libertad.

En el decreto Nº 1903 de dicha ley, sobre las condiciones que deben reunir los establecimientos psiquiátricos particulares, en el artículo 4 se detalla que: “en ningún establecimiento psiquiátrico oficial o privado podrán emplearse, medios de contención mecánica. Solo en casos excepcionales y solo por el médico psiquiatra podrá ser autorizado su empleo”.

En base a esto se concluye que la contención física o mecánica del usuario descompensado, como medida alternativa de seguridad constituye una violación de los derechos del usuario, se justifica su utilización cuando es necesario proteger al usuario de sí mismo y/o a las demás personas que lo rodean, como se menciona en “Las Normas de Enfermería para la contención del paciente con alteraciones mentales”, elaboradas por el Departamento Central de Enfermería del Ministerio de Salud Pública, en 1990.

Revisando la bibliografía encontramos que es escasa la información que habla al respecto del tema de investigación y solamente se cita en breves frases, las que detallamos a continuación:

.. “Un enfermero/a sabe y puede canalizar su propia agresividad y la de su entorno, puede entablar relaciones terapéuticas muy positivas con sus pacientes y sabe trabajar en armonía con los que le rodean. Se trata de un largo proceso que dura toda la vida”. (R. Poletti, Extraído de “La enfermera ante la agresividad y la violencia”. Revista Rol de Enfermería, Nº 199, enero 1991).

.. “No deje ver que tiene miedo”. (Navis, Edward, “Controle a los pacientes violentos antes de que ellos la controlen a usted”. Nursing (España), Vol.6 Nº 3, marzo 1998).

.. “Recuerde que en esta fase de desarrollo de la crisis a usted le están pasando muchas cosas. En primer lugar siente temor, y el miedo agudiza sus sentidos”. (Wyka, Gene, “Actuar en crisis “. Nursing(España), Vol.5, Nº5, marzo, 1987).

.. “¿A quien afecta la colocación de las sujeciones?. Al paciente, a la familia, al personal y al propio centro. El equipo de Salud se siente atrapado entre su responsabilidad, frente a la seguridad del paciente y el deseo de estimular su autonomía”. (“Por que no utilizar sujeciones puede significar una buena práctica.” Nursing (España), Vol.8, Nº5, mayo 1990).

Entre los puntos que se citan sobre como utilizar correctamente las restricciones físicas se destaca: (Ruscitti, C. Pacientes agresivos , ellos también merecen su cuidado. Nursing(España), Vol.11, Nº6, junio-julio 1990).

De estas breves frases surgen aspectos importantes del tema a investigar, y además aparece la necesidad de exponer elementos de la relación enfermero-usuario. Citando a Stuart Sundeen en el libro, “Enfermería Psiquiátrica”, vemos que este autor menciona dentro de los factores que influyen en el accionar de enfermería : los “Cuidados Personales de la Enfermera: conciencia de si misma, clasificación de valores personales, exploración de su sentimiento, modelo de rol, altruismo, ética y

De estas breves frases surgen aspectos importantes del tema a investigar, y además aparece la necesidad de exponer elementos de la relación enfermero-usuario. Citando a Stuart Sundeen en el libro "Enfermería Psiquiátrica", vemos que este autor menciona dentro de los factores que influyen en el accionar de enfermería : los "Cuidados Personales de la Enfermera: conciencia de sí misma, clasificación de valores personales, exploración de su sentimiento, modelo de rol, altruismo, ética y responsabilidad", que el autor sitúa en la fase de pre-interacción dentro de la relación terapéutica, que se establece mediante la "comunicación facilitadora".

Las restantes fases de la función de enfermería en la relación terapéutica son: de introducción u orientación, fase de trabajo y fase de finalización, teniendo presente los sentimientos y emociones propios, los del usuario, así como también la responsabilidad, para fomentar el desarrollo personal del usuario.

Por otra parte consideramos pertinente establecer los siguientes conceptos que se utilizarán en la presente investigación, con el fin de unificar un criterio sobre los mismos:

- "Valore por que está considerando la posibilidad de utilizar restricciones físicas y pruebe primero otras alternativas".
- "Asista a algún curso de formación continuada para aprender el uso correcto de las restricciones. El programa debería incluir demostraciones prácticas sobre la colocación de los dispositivos". (Krall, Sue. Cuando las restricciones físicas se vuelven abusivas. Nursing(España). Vol. 12. Nº1 enero 1994).

"Si no se siente segura trabajando usted sola con un paciente agresivo, organice un equipo de 3 a 5 enfermeras. Necesitará un líder, un plan de cuidados y una estrategia para apaciguar conductas violentas".

Emoción⁶ : estado de ánimo intenso y breve con sensaciones tales como miedo, amor, ira, alegría, de orden más subjetivo que racional, a veces con cambios fisiológicos, no siempre aparentes. La emoción alivia tensiones.

Sentimientos⁷ : origen de las emociones, de carácter subjetivo y no ligado a estímulos específicos. Estado afectivo producido en el ánimo por alguna expresión exterior. Aliección, pesar.

⁶ Extraído textualmente de: Grijalbo, Diccionario Enciclopédico. Barcelona. Ediciones Grijalbo;1986.

⁷ Extraído textualmente de: Grijalbo, Diccionario Enciclopédico. Barcelona. Ediciones Grijalbo;1986.

Objetivos

Objetivo general:

Conocer cuales son los sentimientos y emociones que el personal de enfermería d Hospital Vilardebó, manifiesta al aplicar medidas de contención física, en usuarios psiquiátricos descompensados, en etapa aguda de su enfermedad.

Objetivos específicos:

- 1º) Conocer las características socio-demográficas de la población de estudio.
- 2º) Conocer los sentimientos y emociones del personal de enfermería manifestados al aplicar las medidas de contención física.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio

Constituye un estudio descriptivo, de corte transversal.

Área de Estudio

La investigación se realizará en el Hospital Vilardebó, institución que se encuentra en la zona urbana de la ciudad de Montevideo, capital de la República Oriental del Uruguay.

Universo

El objeto de estudio es el personal de Enfermería (profesional y auxiliar) que asiste a usuarios internados en dicho hospital.

Muestra

Personal de Enfermería (profesional y auxiliar) que asiste a usuarios internados en las salas 8 y 12 bis de hombres y 21 y 23 salas de mujeres, del Hospital Vilardebó, en los turnos matutino y tarde; el día 6 de junio de 2002. La misma fue seleccionada por conveniencia, en conjunto con las autoridades de la institución, ya que en estas salas es donde hay predominio de usuarios en etapa aguda del proceso de enfermedad, por lo que el uso de medidas de contención física es más frecuente.

Método de recolección de datos

Se llevó a cabo mediante una entrevista de forma estructurada. (ver anexo 6)

Presentación de las variables del objeto de estudio y su medición:

1- Características Socio-demográficas:

Definición conceptual: son los factores biológicos y socio-culturales del personal de enfermería, relacionados al problema, dentro de los que seleccionamos:

- Cargo:

Definición Conceptual: son las actividades y o tareas que la institución adjudica al enfermero en función de su capacitación en el área donde se desempeña como trabajador.

Definición Operativa: lo que figura en el listado de personal.

Indicadores: Auxiliar de Enfermería, Licenciado en Enfermería.

- Edad:

Definición Conceptual: es el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Definición operativa: años cumplidos

Indicador: años.

- Sexo:

Definición conceptual: característica fisiológica y anatómica que distingue al macho de la hembra.

Definición operativa: características sexuales secundarias.

Indicador: masculino, femenino.

- Nivel de instrucción:

Definición conceptual: es el nivel de formación académica obtenida por el enfermero hasta el momento actual.

Definición operativa: grado académico más alto alcanzado por el enfermero.

Indicadores: grado académico manifestado por el enfermero.

- Antigüedad en la institución:

Definición conceptual: es el período de tiempo transcurrido desde el ingreso del enfermero a la institución hasta el momento actual, en el que continúa trabajando.

Definición operativa: años de trabajo en la institución.

Indicador: años.

- Años en el servicio:

Definición conceptual: es el período de tiempo transcurrido desde el ingreso del enfermero al servicio, hasta el momento actual, en el que continúa trabajando.

Definición operativa: años de trabajo en el servicio.

Indicador: años.

2-Manifestación de sentimientos y emociones frente a la colocación de medidas de contención física:

Definición conceptual: son los sentimientos y emociones manifestados por el personal de enfermería frente a la colocación de medidas de contención física, a usuarios psiquiátricos descompensados.

- Sentimiento:

Definición Conceptual: origen de las emociones de carácter subjetivo y no ligado a estímulos específicos. Estado afectivo producido en el ánimo, por alguna impresión exterior.

Definición Operativa: sentimientos manifestados.

Indicador: los sentimientos que el personal manifieste o sea cada una de las respuestas.

- Emociones:

Definición Conceptual: estado de ánimo intenso y breve, con sensaciones tales como miedo, amor, ira, alegría; de orden mas subjetivo que racional, a veces con cambios fisiológicos no siempre aparentes. La emoción alivia tensiones.

Definición operativa: emociones manifestadas, por el personal de enfermería.

Indicador: cada una de las respuestas.

Para recabar los datos correspondientes a las variables antes citadas, se realizará una entrevista estructurada (ver anexo 6), al personal de enfermería, el día 6 de junio de 2002, en las salas y turnos antes citados.

Recursos

RRMvt:
lapiceras,
hojas A4 (para computadora),
cartucho para impresora,
grabadora,
pilas,
cassette,
disketes,
computadora,
impresora,
fotocopias del instrumento,
fotocopias del material bibliográfico consultado,
sillas,
escritorio.

RRHH :
4 estudiantes del INDE, 2 tutoras

RRFE:

Lapiceras	S20
Hojas	S70
Cartucho impresora	S300
Pilas	S30
Cassette	S10
Diskete(1 caja)	S60
Fotocopias del Instrumento	S97
Fotocopias	S248
Viáticos	S1600
Total	S2435

Este cálculo es estimativo desde el principio de la investigación hasta su finalización.

Plan de Tabulación y Análisis

Se efectuará a través de tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y gráficas, realizándose un análisis univariado y en caso de presentarse elementos de interés, se realizará el análisis bivariado.

Resultados, Análisis e interpretación de los mismos

De la muestra seleccionada de 20 funcionarios, se logró entrevistar al 90% de la misma. Uno de ellos se negó a que se le realizara la entrevista y el otro no se encontraba presente en ese momento por razones de enfermedad por lo que N= 18.

Con respecto a las características socio-demográficas se obtuvo que:

Tabla 1- Distribución del personal de Enfermería según el sexo:

Sexo	FA	FR	FR%
Masculino	4	0,22	22%
Femenino	14	0,78	78%
	N:18	N:1	N:100%

Fuente : salas 8, 12 bis de hombres; y salas 21 y 23 de mujeres del Hospital Vilardebó.(H.V.)

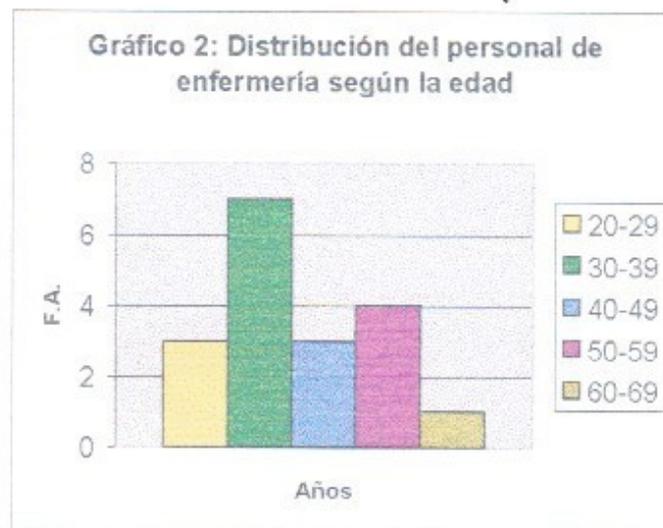


De los datos de esta gráfica se destaca que el personal de enfermería es en mayor porcentaje de sexo femenino.

Tabla 2- Distribución del personal de Enfermería según la edad:

Edad	FA	FR	FR%
20-29	3	0,17	17%
30-39	7	0,39	39%
40-49	3	0,17	17%
50-59	4	0,22	22%
60-69	1	0,05	5%
70			
	N:18	N:1	N:100%

Fuente: salas 8, 12 bis de hombres y 21, 23 de mujeres del H.V.



$$N^{\circ} \text{ de intervalos} = \frac{1 + \log N}{0,3}$$

$$N^{\circ} \text{ de intervalos} = \frac{1 + \log N}{0,3} = 5$$

$$M_o = 61 - 21 = 36$$

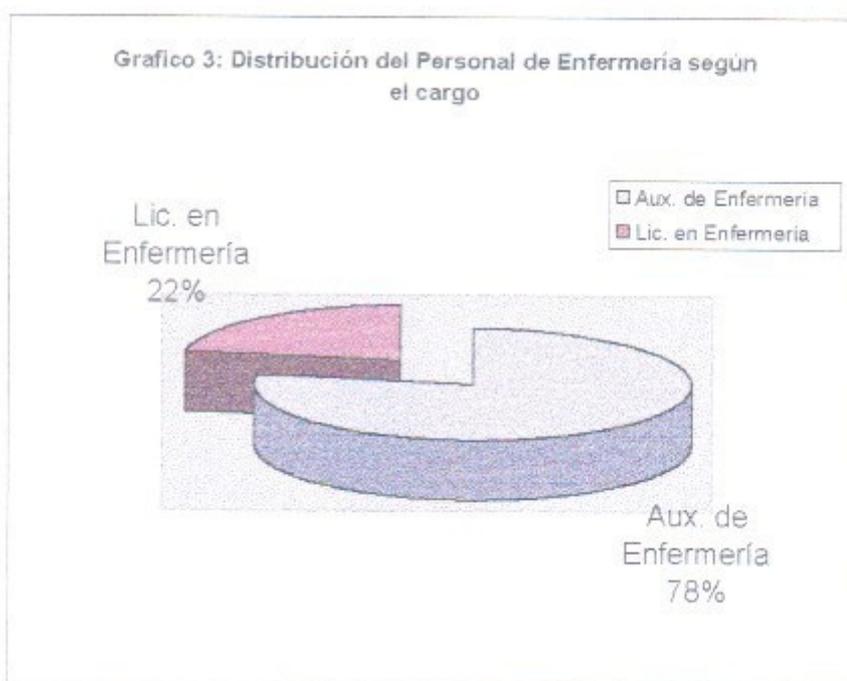
El valor de variables que mas se repite, es 36 años.

Las edades oscilan entre 25 y 61 años, siendo el 39% correspondiente a las edades comprendidas entre 30 y 39 años, lo que indica que el personal es mayoritariamente adulto.

Tabla 3- Distribución del personal de Enfermería según el cargo:

Cargo	FA	FR	FR%
Aux. de Enfermería	14	0,78	78%
Lic. en Enfermería	4	0,22	22%
	N:18	N:1	N:100 %

Fuente: salas 8, 12 bis de hombres, y 21, 23 de mujeres del H. V.

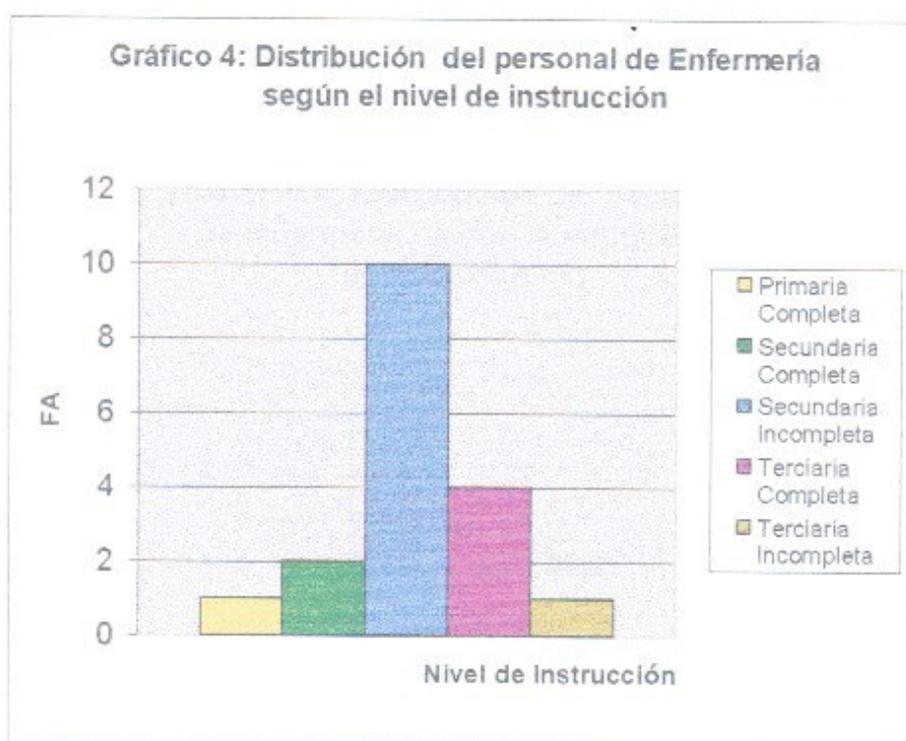


Encontramos un mayor porcentaje de Auxiliares de Enfermería con respecto a los Licenciados en Enfermería.

Tabla 4 - Distribución del personal de Enfermería según el nivel de instrucción:

Nivel de Instrucción	FA	FR	FR%
Primaria Completa	1	0,06	6%
Secundaria Completa	2	0,11	11%
Secundaria Incompleta	10	0,55	55%
Terciaria Completa	4	0,22	22%
Terciaria Incompleta	1	0,06	6%
	N:18	N:1	N: 100%

Fuente: salas 8, 12 bis de hombres y 21, 23 de mujeres del H. V.

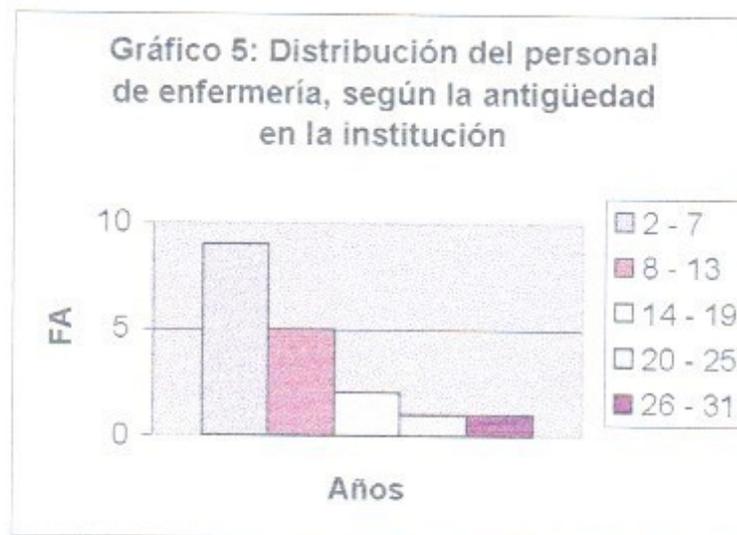


Relacionado al nivel de instrucción, el 55% presenta secundaria incompleta y el 22% terciaria completa.

Tabla 5- Distribución del personal de Enfermería según su antigüedad en la institución:

Antigüedad en la institución (en años)	FA	FR	FR%
2 - 7	9	0,5	50%
8 - 13	5	0,3	30%
14 - 19	2	0,1	10%
20 - 25	1	0,05	5%
26 - 31	1	0,05	5%
32	0	0	0%
	N:18	N:1	N:100%

Fuente: salas 8, 12 bis de hombres y 21, 23 de mujeres del H. V.

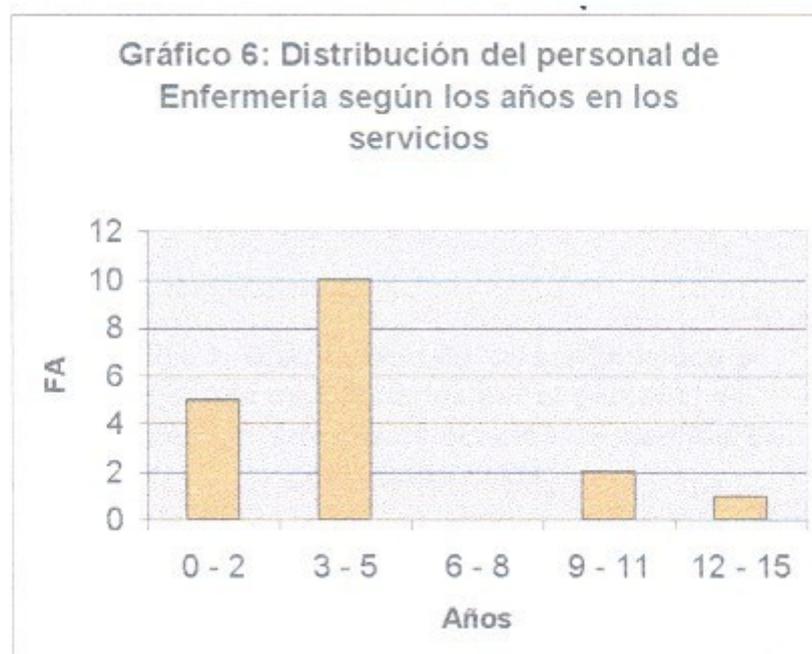


En relación a la antigüedad en la institución, la persona con menor tiempo en esta corresponde a 2 años, y la mayor a 27 años. Siendo el mayor porcentaje el correspondiente al período de 2 a 7 años.

Tabla 6- Distribución del personal de Enfermería según los años de trabajo en el servicio:

Años de trabajo	FA	FR	FR%
0 - 2	5	0,3	30%
3 - 5	10	0,55	55%
6 - 8	0	0	0%
9 - 11	2	0,1	10%
12 - 15	0,97	0,05	5%
	N:18	N:1	N:100%

Fuente: salas 8, 12 bis de hombres y 21, 23 de mujeres del H.V.



El 55% del personal tiene entre 3 y 5 años de trabajo en el servicio.

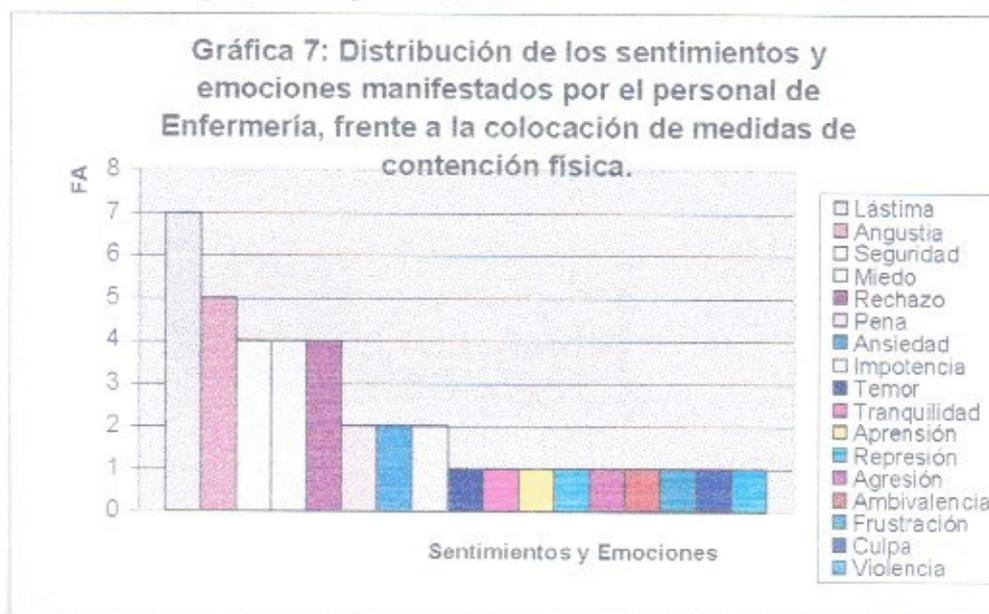
Con respecto a la distribución del personal de enfermería, desde la aplicación de la encuesta...

Con respecto a la manifestación de sentimientos y emociones, se obtuvo que:

Tabla 7- Distribución de los sentimientos y emociones manifestados, frente a la colocación de medidas de contención física, por el personal de enfermería:

Sentimientos y Emociones	FA	FR	FR%
Lástima	7	0,18	18%
Angustia	5	0,13	13%
Seguridad	4	0,11	11%
Miedo	4	0,11	11%
Rechazo	4	0,11	11%
Pena	2	0,06	6%
Ansiedad	2	0,06	6%
Impotencia	2	0,06	6%
Temor	1	0,02	2%
Tranquilidad	1	0,02	2%
Aprensión	1	0,02	2%
Represión	1	0,02	2%
Agresión	1	0,02	2%
Ambivalencia	1	0,02	2%
Frustración	1	0,02	2%
Culpa	1	0,02	2%
Violencia	1	0,02	2%
	N:39	N:1	N:100%

Fuente: salas 8, 12 bis de hombres y 21, 23 de mujeres del H. V.



Con respecto a la distribución de los sentimientos y emociones manifestados por el personal de enfermería, frente a la aplicación de medidas de contención física: el 18% respondió que sentía lástima,

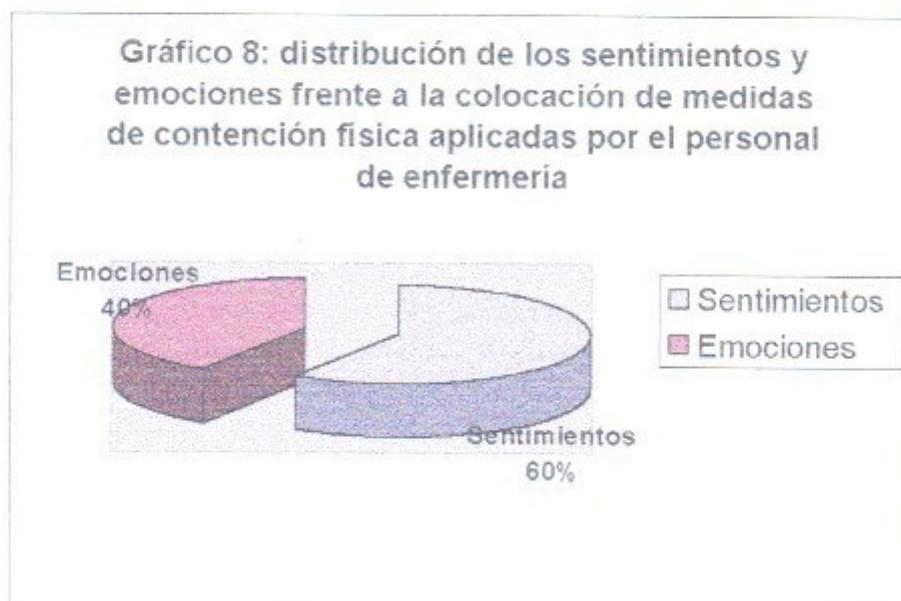
el 13% angustia, en el 11% figuran la seguridad (que le brinda el hecho de que el usuario esté contenido), el miedo y el rechazo. Los sentimientos de pena, ansiedad e impotencia se presentaron en un 6% del total, respectivamente.

Con 2% figuran el temor, la tranquilidad, la aprensión, represión, agresión, ambivalencia, frustración, culpa y violencia (o sea que cada una de estas opciones fueron citadas por un solo funcionario). Cada uno de los enfermeros respondió a la pregunta, con más de una opción, por lo que en esta variable N es 39, siendo estos todos los sentimientos y emociones expresados por los mismos (17 diferentes). Para una mejor comprensión de los datos, se realizó la agrupación de los mismos en categorías, ya que varios términos se vinculan a los sentimientos (origen de las emociones de carácter subjetivo y no ligado a estímulos específicos), y otros a las emociones (estado de ánimo intenso y breve, de orden más subjetivo que racional, a veces con cambios fisiológicos). Dentro de los sentimientos incluimos pena, lastima, tranquilidad, seguridad, culpa, impotencia, frustración y angustia. Dentro de las emociones incluimos: temor, miedo, rechazo, ansiedad, violencia, aprensión, represión, agresión y ambivalencia.

Tabla 8: distribución de los sentimientos y emociones, frente a la colocación de medidas de contención física, por el personal de enfermería.

Sentimientos y emociones	FA	FR	FR%
Sentimientos	23	0,6	60%
Emociones	16	0,4	40%
	N:39	N:1	100%

Fuente: salas 8, 12 bis de hombres y 21, 23 de mujeres del II. V.



Si asociamos los porcentajes a las definiciones, obtenemos que un 60% de la muestra, manifestó sentimientos. En cambio un 40% manifestó emociones.

Tabla 9: distribución de los sentimiento y emociones manifestados por el personal de enfermería en las salas de mujeres.

Sentimientos y emociones	FA	FR%
Lástima	3	15,8%
Rechazo	3	15,8%
Angustia	2	10,5%
Violencia	1	5,3%
Pena	1	5,3%
Impotencia	1	5,3%
Miedo	1	5,3%
Tranquilidad	1	5,3%
Aprrensión	1	5,3%
Represión	1	5,3%
Agresión	1	5,3%
Ambivalencia	1	5,3%
Culpa	1	5,3%
Seguridad	1	5,3%
	N:19	N:100%

Fuente: salas 21 y 23 de mujeres del H. V.

Coincidió que en las salas de mujeres todo el personal era femenino, manifestando el mayor porcentaje lastima y rechazo, en usuarias de su mismo sexo.

Tabla 10: sentimientos y emociones manifestados por el personal de enfermería masculino, en las salas de hombres.

Sentimientos y emociones	FA	FR%
Lástima	2	25%
Seguridad	2	25%
Miedo	1	12,5%
Frustración	1	12,5%
Ansiedad	1	12,5%
Temor	1	12,5%
	N:8	N:100%

Fuente: salas 8 y 12 bis de hombres del H. V.

En las salas de hombres los 4 enfermeros hombres manifestaron en un mayor porcentaje sentir lastima y seguridad(25 % respectivamente).

Análisis Bivariado

Tabla 11: Tabla Tetracórica de distribución de los sentimientos y emociones en relación al sexo de los funcionarios

Sexo	Femenino	Masculino	
Sentimientos y emociones			
Sentimientos	18	5	23
Emociones	13	3	16
	31	8	39

$$\chi^2 = 0,05$$

Por lo que no hay presunta asociación entre las variables.

Lo que se repite entre las variables: - sentimientos y emociones en relación al cargo
- sentimientos y emociones en relación al nivel de instrucción.

Análisis e Interpretación

La recolección de los datos se realizó el seis de junio del 2002, en los turnos mañana y tarde, tal como se había estipulado en la planificación.

La muestra esperada era de 20 enfermeros, lográndose entrevistar a 18 de los mismos (90% de la muestra), ya que uno de ellos no se encontraba presente por razones de enfermedad y otro se negó a que se le realizara la entrevista.

Es válido aclarar que al 83,3% de los enfermeros, se le dificultó responder la pregunta puntual sobre, cuales eran los sentimientos y emociones que le provoca la colocación de medidas de contención física a usuarios psiquiátricos descompensados, dado que no interpretaban que la misma estaba dirigida hacia ellos y no hacia el usuario, dado que habitualmente la mayoría de los estudios se realizan en base a estos últimos, por lo que se debió aclarar que la misma era una pregunta personal.

Al determinar las características socio-demográficas de la población de estudio destacamos: que el cargo con mayor frecuencia absoluta, coincide con la realidad nacional de que existe un mayor porcentaje de auxiliares de enfermería (78% en nuestra investigación), con respecto a los Licenciados en Enfermería, así como el predominio del sexo femenino (78%), sobre el masculino.

La característica de la población en cuanto a la edad es que en mayor porcentaje (39%), son adultos de entre 30-39 años; esto tendrá relevancia, suponemos, con lo que marca la historia en relación a la evolución de la asistencia en la salud mental, ya que esta población de adultos fue instruida dentro de una sociedad, la cual no sabemos cuanto de las realidades de estos años influyeron en los funcionarios a la hora de manifestar sus sentimientos y emociones, pero sin duda surgen de esta realidad social y ética del país en que vivimos.

Acercas del nivel de instrucción, el 55% presenta secundaria incompleta, con respecto a terciaria completa (22%), lo que relacionamos con el mayor número de auxiliares de enfermería, que no requiere estudios superiores; al punto tal que uno de los auxiliares contaba solamente con primaria completa; esto se debe a que el hospital capacitó al personal de diferentes sectores con años en la institución, para desempeñarse como auxiliares de enfermería.

Por lo que, el nivel de instrucción se va a corresponder con el análisis realizado sobre el cargo.

En relación a la antigüedad en la institución, la persona con menor tiempo tiene 2 años y la mayor 27 años; presentándose el mayor porcentaje de antigüedad en la institución, (50%) en el intervalo correspondiente a 2 y 7 años, esto muestra un personal con años en contacto con los usuarios internados en etapa aguda de su enfermedad y por tanto con la colocación de medidas de contención física y que suponemos tendrá relevancia en la "carga psíquica" al manifestar los sentimientos y emociones.

Lo mismo ocurre en el 55% del personal que tiene entre 3 y 5 años de trabajo en el servicio.

Con respecto a la distribución de los sentimientos y emociones manifestados por el personal de enfermería, frente a la aplicación de medidas de contención física: el 18% respondió que sentía lástima, el 13% angustia, en el 11% figuran la seguridad (que le brinda el hecho de que el usuario esté contenido), el miedo y el rechazo. Los sentimientos de pena, ansiedad e impotencia se presentaron en un 6% del total, respectivamente.

Con 2% figuran el temor, la tranquilidad, la aprensión, represión, agresión, ambivalencia, frustración, culpa y violencia (o sea que cada una de estas opciones fueron citadas por un solo funcionario).

Cada uno de los enfermeros respondió a la pregunta, con más de una opción, por lo que en esta variable N es 39, siendo estos todos los sentimientos y emociones expresados por los mismos (17 diferentes).

Los sentimientos de lástima y angustia y la manifestación de "sentir seguridad", que les provoca que el usuario esté contenido físicamente, así como el miedo y rechazo, nos hace pensar en una realidad ética de difícil solución, entre lo que "debería hacer" y lo que "se quiere hacer", teniendo presente que las normas resaltan que debe ser la última medida a aplicar cuando un usuario se descompensa y que la misma constituye una violación de los derechos del usuario.

Confrontando el informe sobre "Rol de enfermería con pacientes con alteración mental descompensados" de la Licenciada Marcolini, con los sentimientos y emociones manifestados por los enfermeros del Hospital Vilardebó, se desprende: que en mayor porcentaje se presenta el sentimiento de lástima, el que no se incluye en dicho informe, así como tampoco están: la angustia, la pena, la impotencia, la tranquilidad, la aprensión, la represión, la agresión, la ambivalencia y la violencia.

Por lo que la realidad propia de la institución influye o condiciona esta diferencia y deberá tenerse presente en nuevas investigaciones y a la hora de utilizar esta en futuros trabajos con el personal para reflexionar con los mismos.

Para una mejor comprensión de los datos, se realizó la agrupación de los mismos en categorías, ya que varios términos se vinculan a los sentimientos (origen de las emociones de carácter subjetivo y no ligado a estímulos específicos), y otros a las emociones (estado de ánimo intenso y breve, de orden más subjetivo que racional, a veces con cambios fisiológicos). Dentro de los sentimientos incluimos la pena, la lástima, la tranquilidad, la seguridad, la culpa, la impotencia, la frustración y la angustia.

Dentro de las emociones incluimos: el temor, el miedo, el rechazo, la ansiedad, la violencia, la aprensión, la represión, la agresión y la ambivalencia.

Obtuvimos que 60% de la muestra manifestó sentimientos, los cuales son más estables y en cierto modo razonables y no se asocian a estímulos específicos. En cambio un 40% manifestó emociones que son un estado de ánimo repentino fugaz son más subjetivos que racionales y por tanto tienden a la acción.

En cuanto a la distribución de los sentimientos y emociones manifestados por el personal de enfermería en las salas de mujeres coincidió que todo el personal era femenino, manifestando en mayor porcentaje lástima y rechazo (15,80% respectivamente). Comparándolo con los sentimientos y emociones

manifestados por los enfermeros hombres en salas del mismo sexo, coincidió que los mismos manifestaron también en mayor porcentaje sentir lástima (25%); y en igual porcentaje seguridad. Se destaca que el personal de enfermería, en 25% del total, expresó que los sentimientos y emociones están relacionados a la patología del usuario, y 19% lo relacionaron a la edad de los mismos. Con las características del personal, que nos hicieron suponer una relación con los sentimientos y emociones. realizamos el análisis bivariado, lo que nos permitió visualizar que no existe presunta asociación entre los sentimientos y emociones en relación al sexo del personal, así como al cargo y al nivel de instrucción respectivamente.

Conclusiones

El trabajo es un incentivo a la reflexión y una asistencia comprometida con apoyo afectivo, en relación a los sentimientos y emociones que genera el procedimiento, ya que permitió conocerlos, cumpliendo así este objetivo.

El 60% manifestó sentimientos, entre los cuales se destacan lástima y angustia y el 40% restante manifestó emociones entre ellas se destacan miedo y rechazo.

El análisis bivariado permitió concluir que no existe presunta asociación de los sentimientos y emociones con las variables sexo, nivel de instrucción y cargo.

Tanto el personal femenino como el masculino manifestaron el sentimiento de lástima en relación a usuarios de su mismo sexo.

El personal de enfermería planteó que los sentimientos y emociones están relacionados con la patología (25%) y edad (19%) del usuario.

Así mismo logramos cumplir con el objetivo de determinar las características socio-demográficas del personal, que mostraron ser en mayor porcentaje de sexo femenino, adultos, auxiliares de enfermería, con nivel de instrucción de secundaria incompleta, con una antigüedad en la institución de entre 2 y 7 años y en el servicio de entre 3 y 5 años.

Recomendaciones

En base a dichas conclusiones recomendamos:

1° - Realizar una investigación más amplia, que analice la posible relación entre los sentimientos y emociones, con respecto al sexo y patología del usuario, así como comprobando las presuntas asociaciones entre variables.

Sugerimos que en próximas investigaciones al enunciar la pregunta que concierne a los sentimientos y emociones se mencione primeramente el sujeto al cual está dirigida.

2° - Promover la realización de investigaciones en esta área, fomentando la iniciativa personal a reflexionar y obtener conocimiento sobre un tema que contribuye al auto- cuidado del propio personal, promoviendo a su vez una mejor calidad de asistencia.

3° - Promover un “sostén social”, ya que creemos que contar con la compañía de colegas, donde poder volcar y compartir los sentimientos y emociones , posibilitaría una mejor elaboración e identificación de los mismos. La comprensión de diferentes situaciones pensamos que promoverá el reconocer medidas alternativas para resolver diferentes situaciones, como por ejemplo realizar una adecuada división del trabajo en base al sentir y propuestas del propio personal. Todo ello en una atmósfera de mutua confianza y respeto, en la que se logre compartir las experiencias

Implica trabajar activamente sobre uno mismo en un espacio de grupo contenedor , al incrementar la capacidad de autorregulación emocional natural que todos poseemos, ampliando así las habilidades de comunicación y relacionamiento.

4° - Tener presente que a pesar de que un 60% manifestó sentimientos no dejar de lado las emociones que en definitiva son las que promueven acciones, a la hora de utilizar la presente investigación como punto de partida para la reflexión del personal de enfermería.

Bibliografía

- Ander Egg, E. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales. 13º ed. Buenos Aires: Lumen-Humanitas;1996.
- Arnold; Eyseneck; Meili. Diccionario de Psicología. Tomos 1 y 2. Madrid: Rioduero;1979.
- Bayardo, H. La compulsividad en los tratamientos psiquiátricos. Revista de Psiquiatría del Uruguay; 1986; 51 (301): 33-41.
- Bernard, P. Los comportamientos agresivos y la crisis de excitación. En: Manual del ATS psiquiátrico. Barcelona: Toray- Masson;1977; 47-58.
- Bespali, Y; de Pena, M. Revista de Psiquiatría del Uruguay; 2001; 65(1);7-24.
- Cañedo Dorantes, L. Investigación clínica. México: Interamericana;1987.
- Casarotti, H. Salud mental. Evolución de la asistencia psiquiátrica. Revista de Psiquiatría del Uruguay; 1980; 45 (269): 185-190.
- Cibanal, L. La enfermera ante la agresividad y la violencia. Revista Rol de enfermería Barcelona; 1991; 2 (149); 73-76.
- Crawford, A. Manejo de la conducta violenta y agresiva. En: Enfermería psiquiátrica y salud mental. México: Manual Moderno;1987 ;88-91.
- Díaz, E. La filosofía de Michel Foucault. Buenos Aires: Biblos;1995.
- Dorsch, F. Diccionario de Psicología. 2º ed. Madrid: Herder; 1977.
- Eco, H. Como se hace una tesis. Buenos Aires: Gedisa; 1989.
- Errecarte, B; Moreira, P. Diagnóstico de situación del Hospital Teodoro M. Vilardebó. Montevideo; 2000.
- Estilo de Vancouver 2000. Requisitos uniformes de los manuscritos enviados a revistas biomédicas. Mayo 2000. <http://www.fisterra.com/recursos-web/mbe/vancoubert.ntm>.
- Ry, H. Las urgencias psiquiátricas. En: Tratado de psiquiatría. 8º ed. México: Toray-Masson;1978; 929-932.
- Foucault, M. Vigilar y castigar. 28º ed. Madrid; siglo 21 ; 1998.

- Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. México: Breviarios Fondo de Cultura Económica; 1999.
- Gallego Lluesma O. Identidad y derechos humanos del enfermo mental. 1985.
- Genovard . C. Diccionario de Psicología. Barcelona : Elicien; 1980.
- Gestal Otero. J. Riesgos del trabajo del personal sanitario. 2º ed. Madrid: Interamericana-Mac Graw Hill;1993.
- Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu ; 1994.
- Goldman. H. Psiquiatría general. 3º ed. México: Manual Moderno; 1994.
- Grijalbo. Diccionario Enciclopédico. Barcelona: Ediciones Grijalbo; 1986
- Guerrero. R; González de Medina. Epidemiología. México; Adklisson-Wesley-Iberoamericana ;1986.
- Hyman. E. Manual de urgencias psiquiátricas. 3º ed. Barcelona: Masson-Little Brown;1996.
- Inspección general para la asistencia de los psicópatas, N° 401.73.04. Uruguay: 1999;M.S.P. Dirección General de la Salud.
- Kaplan. H; Sadock. B. Manual de Psiquiatría de urgencias.2ºed. México: Médica-Panamericana;1996.
- Krall. S. Cuando las restricciones físicas se vuelven abusivas. Nursing. Barcelona: 1994 ;12 (1); 40-42.
- Legislación y salud mental. En: Coloquio acerca de la necesidad de una nueva legislación en prevención y tratamiento psiquiátrico, 30 de julio de 1988. Montevideo: Trilce;1989;9-54.
- Lipkin. G; Echen. R. El paciente con una urgencia psiquiátrica. EL paciente hostil. En: Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales. Barcelona; Doyma;1989; 87-91;122-127.
- Marcolini. P. Normas de enfermería para la contención del paciente con alteraciones mentales. Montevideo: Departamento central de enfermería M.S.P; 1990.
- Marcolini. P. Rol de enfermería en pacientes con alteración mental descompensados. Montevideo: 2000.
- Martínez E; Lerma J. Valoración del estado de salud. APS. Washington: OPS; 1990.

- Maulcón. M. Enfermería ante el paciente psiquiátrico. Revista *Rel de enfermería*. Barcelona:1993; 177; 34-38.
- Mental Disability Rights International. Derechos humanos y salud mental en el Uruguay. Washington: 1995.
- Morrison. M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Madrid: Harcourt Brace-Mosby; 2000.
- Navis. E. Controlc a los pacientes violentos antes de que ellos la controlen a usted. *Nursing* .Barcelona:1988; 6(3); 12-15.
- ONU. Doc. A/46/49.Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119,46 U.N.GAOR Supp.(Nº 49) p. 189. 1991.
- Orrego.M. Acerca de la ley Nº 9581. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*; 1985; 5 (296); 47-88.
- Pardell. H. Manual de bioestadística. Barcelona: Masson;1986.
- Pedrejón L. Porque no utilizar sujeciones. *Nursing* .Barcelona:1990; 8 (5); 40-45.
- Pineda. H; Hernández de Canales. H. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2º ed. Washington: OPS/OMS; 1994.
- Puppo.D. Comentarios. Ley de psicópatas Nº 9581. 8 de agosto de 1936. Montevideo.
- Ruscitti. C. Pacientes agresivos. *Nursing* .Barcelona: 1993; 11(6); 46-47.
- Soiza.H; Sadock. B. Antecedentes históricos sobre el desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay 1788-1912. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*; 1980; 45(267); 97-119.
- Starcher. S. Salva era un terrorista emocional y victimizaba a todos los que estaban al alcance de su oído. *Nursing* .Barcelona: 1999; 17(6); 26-27.
- Smeltzer.S.; Bare.B. Enfermería de urgencia . En: *Enfermería médico quirúrgica*. 7º ed. México Interamericana; 1994; 2093-2095.
- Sundem. Stuart Enfermería psiquiátrica. 2º ed. Madrid: Interamericana Mc. Graw Hill.
- Tate. B. Dilemas de las enfermeras. Consideraciones éticas del ejercicio de la enfermería. *Colegio Internacional de Enfermeras. Fundación Internacional Florence Nightingale*. Ginebra:1977.

- Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Departamento de Enfermería en Salud Mental. Entre sufrimientos y gratificaciones. Montevideo: Nordan comunidad;1997.
- Werner. A. Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería. Trabajos de Hildegard Peplau. Barcelona: Masson;1996.
- Wyka, G. Actuar en crisis. Nursing. Barcelona: 1987; 5(5); 26-28.

Anexos

Índice de anexos

Anexo 1: Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental

Anexo 2: Normas de enfermería para la contención del paciente con alteraciones mentales Departamento Central del Ministerio de Salud Pública, 1990.

Anexo 3: Entrevista realizada a Licenciada en Enfermería Pierina Marcolini (Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Vilardebó).

Anexo 4: "Rol de Enfermería en Pacientes con Alteración Mental Descompensados". Licenciada en Enfermería Pierina Marcolini.

Anexo 5: Reseña del funcionamiento del Hospital Vilardebó.

Anexo 6: Entrevista e instructivo para la misma.

Anexo 1

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental(1991).

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 189, ONU Doc. A/46/49 (1991).

Aplicación

Los presentes Principios se aplicarán sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento.

Definiciones

En los presentes Principios:

- a) Por «defensor» se entenderá un representante legal u otro representante calificado;
- b) Por «autoridad independiente» se entenderá una autoridad competente e independiente prescrita por la legislación nacional;
- c) Por «atención de la salud mental» se entenderá el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta;
- d) Por «institución psiquiátrica» se entenderá todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental;
- e) Por «profesional de salud mental» se entenderá un médico, un psicólogo clínico, un profesional de enfermería, un trabajador social u otra persona debidamente capacitada y calificada en una especialidad relacionada con la atención de la salud mental;
- f) Por «paciente» se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica;
- g) Por «representante personal» se entenderá la persona a quien la ley confiere el deber de representar los intereses de un paciente en cualquier esfera determinada o de ejercer derechos específicos en nombre del paciente y comprende al padre o tutor legal de un menor a menos que la legislación nacional prescriba otra cosa;
- h) Por «órgano de revisión» se entenderá el órgano establecido de conformidad con el principio 17 para que reconsidere la admisión o retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica.

Clausula general de limitación

El ejercicio de los derechos enunciados en los presentes Principios sólo

podrá estar sujeto a las limitaciones previstas por la ley que sean necesarias para proteger la salud o la seguridad de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

Principio 1

Libertades fundamentales y derechos básicos

1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.
2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.
3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.
4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por «discriminación» se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.
5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.
6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la persona de cuya capacidad se trate no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá ésta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos

servicios. El defensor no podrá representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior.

7. Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

Principio 2

Protección de menores

Se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia.

Principio 3

La vida en la comunidad

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

Principio 4

Determinación de una enfermedad mental

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.

2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.

3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.

4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de

hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.

5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.

Principio 5

Examen médico

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

Principio 6

Confidencialidad

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne.

Principio 7

Importancia de la comunidad y de la cultura

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.
2. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.
3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.

Principio 8

Normas de la atención

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.
2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluidos la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

Principio 9

Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.
2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.
3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.
4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

Principio 10

Medicación

1. La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Con sujeción a las disposiciones del párrafo 15 del principio 11 infra, los profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.
2. Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.

Principio 11

Consentimiento para el tratamiento

1. No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio.
2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un

lenguaje que éste entienda, acerca de:

- a) El diagnóstico y su evaluación;
- b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;
- c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;
- d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

3. El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.

4. El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio. Se deberán explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento.

5. No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.

6. Con excepción de lo dispuesto en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado del paciente cuando concurren las siguientes circunstancias:

- a) Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario;
- b) Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, incluida la información especificada en el párrafo 2 del presente principio, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presentes la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento;
- c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.

7. La disposición del párrafo 6 supra no se aplicará cuando el paciente tenga un representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento del paciente; no obstante, salvo en los casos previstos en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, se podrá aplicar un tratamiento a este paciente sin su

consentimiento informado cuando, después que se le haya proporcionado la información mencionada en el párrafo 2 del presente principio, el representante personal dé su consentimiento en nombre del paciente.

8. Salvo lo dispuesto en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.

9. Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.

10. Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.

11. No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a

terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

12. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.

13. La persona que padece una enfermedad mental podrá ser sometida a un procedimiento médico u operación quirúrgica importantes únicamente cuando lo autorice la legislación nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, sólo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente.

14. No se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica y esos tratamientos sólo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su

consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

15. No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito.

16. En los casos especificados en los párrafos 6, 7, 8, 13, 14 y 15 del presente principio, el paciente o su representante personal, o cualquier persona interesada, tendrán derecho a apelar ante un órgano judicial u otro órgano independiente en relación con cualquier tratamiento que haya recibido.

Principio 12

Información sobre los derechos

1. Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.

2. Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.

3. El paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.

Principio 13

Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

- a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley;
- b) Vida privada;
- c) Libertad de comunicación, que incluye la libertad de

comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión;

d) Libertad de religión o creencia.

2. El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:

a) Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento;

b) Instalaciones educativas;

c) Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación;

d) Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.

3. En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.

4. El trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

Principio 14

Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas

1. Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:

a) Personal médico y otros profesionales calificados en

número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa;

b) Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes;

c) Atención profesional adecuada;

d) Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.

2. Todas las instituciones psiquiátricas serán inspeccionadas por las autoridades competentes con frecuencia suficiente para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los pacientes se conformen a los presentes Principios.

Principio 15

Principios de admisión

1. Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.

2. El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad.

3. Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario, en la forma prevista en el principio 16 infra; el paciente será informado de ese derecho.

Principio 16

Admisión involuntaria

1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o

b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede

aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva. En el caso a que se refiere el apartado b del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.

3. Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional.

Principio 17

El órgano de revisión

1. El órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento.

2. El examen inicial por parte del órgano de revisión, conforme a lo estipulado en el párrafo 2 del principio 16 supra, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo lo antes posible después de adoptarse dicha decisión y se efectuará de conformidad con los procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional.

3. El órgano de revisión examinará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables especificados por la legislación nacional.

4. Todo paciente involuntario tendrá derecho a solicitar al órgano de revisión que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario, a intervalos razonables prescritos por la legislación nacional.

5. En cada examen, el órgano de revisión determinará si se siguen cumpliendo los requisitos para la admisión involuntaria enunciados en el párrafo 1 del principio 16 supra y, en caso contrario, el paciente será dado de alta como paciente involuntario.

6. Si en cualquier momento el profesional de salud mental responsable del caso determina que ya no se cumplen las condiciones para retener a una persona como paciente involuntario, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario.

7. El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica.

Principio 18

Garantías procesales

1. El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

2. Si es necesario, el paciente tendrá derecho a la asistencia de un intérprete. Cuando tales servicios sean necesarios y el paciente no los obtenga, se le facilitarán sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

3. El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles.

4. Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo prescriba la legislación nacional, todo documento que no se proporcione al paciente deberá proporcionarse al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se comunique al paciente cualquier parte de un documento, se informará de ello al paciente o a su defensor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión judicial.

5. El paciente y su representante personal y defensor tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.

6. Si el paciente o su representante personal o defensor solicitan la presencia de una determinada persona en la audiencia, se admitirá a esa persona a menos que se considere que su presencia perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondrá en peligro la seguridad de terceros.

7. En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de ella, se tendrán

en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o de no poner en peligro la seguridad de terceros.

8. La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella se expresarán por escrito. Se proporcionarán copias al paciente y a su representante personal y defensor. Al determinar si la decisión se publicará en todo o en parte, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas, el interés público en la administración abierta de la justicia y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente y de no poner en peligro la seguridad de terceros.

Principio 19

Acceso a la información

1. El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.

2. Toda observación por escrito del paciente o de su representante personal o defensor deberá, a petición de cualquiera de ellos, incorporarse al expediente del paciente.

Principio 20

Delincuentes

1. El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.

2. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 supra. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra.

3. La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad

competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.

4. El tratamiento de las personas de las que se determine que padecen una enfermedad mental será en toda circunstancia compatible con el principio 11 supra.

Principio 21

Quejas

Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.

Principio 22

Vigilancia y recursos

Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.

Principio 23

Aplicación

1. Los Estados deberán aplicar los presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole, que revisarán periódicamente.

2. Los Estados deberán dar amplia difusión a los presentes Principios por medios apropiados y dinámicos.

Principio 24

Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

Principio 25

Mantenimiento de los derechos reconocidos

No se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes, entre ellos los derechos reconocidos en el derecho internacional o nacional aplicable, so pretexto de que los presentes Principios no reconocen tales derechos o de que sólo los reconocen parcialmente.

Anexo 2

Normas de enfermería para la contención del paciente, con alteraciones mentales.
Departamento Central de Enfermería del Ministerio de Salud Pública, 1990.

MSP. Departamento Central de Enfermería.

Normas de Enfermería para la contención del paciente con alteraciones mentales.

Conceptualización.

-Paciente excitado: la excitación se caracteriza por un estado de inquietud emocional, con aumento del flujo verbal, que se exterioriza por insultos, gritos, amenazas e inquietud motora, moviéndose desordenadamente. Tiene una disminución creciente en la capacidad de autocontrol y de acceder a una solicitud de control desde afuera.

-Paciente agitado: el paciente en la agitación deja de amenazar y pasa al acto en actitud de lucha, con gran hiperquinesia, movimientos incontrolables, con fuerza incontenible que se explica por la caída total de la inhibición natural. Pierde el autocontrol.

-Contención: es la acción terapéutica que comienza con los primeros signos de excitación psicomotriz. Consiste en el tratamiento de:

- 1) la causa que la provoca derivada del vínculo personal del paciente con la familia.
- 2) Aquellas causas que tienen que ver con la evolución del proceso mórbido (delirios, alucinaciones, etc.), que usa una terapia biológica.
- 3) Los cuadros de agitación que requieren una contención física emocional urgente, a fin de tratar el riesgo de vida del paciente y el personal.

Medidas de contención farmacológica.

- 1) Mantener el cumplimiento de las indicaciones médicas.
- 2) Valorar al paciente para detectar los efectos que le produce el psicofármaco.
- 3) Mantener registros del cumplimiento del tratamiento y de la observación del paciente.
- 4) Todo el personal de enfermería debe tener conocimiento de los efectos y complicaciones de los psicofármacos.
- 5) Asegurarse que al administrar la medicación por vía oral, al paciente y ante la duda administrar por vía parenteral.
- 6) El equipo técnico debe establecer medidas de contención farmacológicas a ser utilizadas al inicio del cuadro de excitación, para prevenir el cuadro de agitación.

Medidas de contención físico-emocional.

1) Mantener una valoración continua y sistemática del paciente, que permita detectar precozmente signos de descompensación del mismo, que lo puede llevar a una agitación psicomotriz.

2) Identificar factores del medio ambiente físico y psico-social, que puedan provocar agitación en el paciente y adoptar precauciones para eliminar los riesgos ambientales y la sobre-estimulación.

3) Cumplir con todas aquellas medidas que prevengan el cuadro de agitación, tratando de disminuir todo lo que pueda alterar al paciente, como ser comentarios, gritos y actitudes violentas que provoquen perturbaciones en los vínculos entre pacientes y entre estos y el personal.

- 4)El paciente recibirá visitas que mantengan su vínculo con su núcleo familiar y lo ayude en su evolución
- 5)Utilizar la palabra para tratar de revertir la excitación del paciente, mediante intercambio verbal, clarificador calmante.
- 6)Se continentara físicamente al paciente excitado, en forma preventiva, cuando se resista a aceptar la medicación, por temor y/o por su estado delirante, hasta que la medicación logre su efecto.
- 7)Determinar el riesgo de que el paciente se auto-lesione, identificando los cambios en su conducta y hábitos, teniendo presente que éstos pacientes presentan este tipo de manifestaciones como respuesta a emociones tales como el miedo, desesperación, soledad y desamparo
- 8)El enfermero deberá tratar de conocer sus propias limitaciones y sentimientos, examinando sus propias respuestas y buscando el apoyo psicológico necesario que le permita cuidar a los pacientes, pero también cuidar la salud mental propia.

Contención del paciente agitado.

- 1)El equipo de enfermería que atiende a pacientes con trastornos psiquiátricos, debe estar capacitado para la contención físico-emocional.
- 2)El equipo de enfermería debe estar coordinado, para que uno de sus integrantes dirija la acción de los demás.
- 3)Cada integrante del equipo de enfermería debe conocer las tareas que debe realizar el resto de los integrantes, en el cuidado de un paciente agitado, logrando una eficiente coordinación entre todos.
- 4)Considerar la contención física o mecánica como medida alternativa de seguridad, utilizándola como último recurso, después de haber fracasado en otras medidas de control
- 5)Considerar que la limitación física constituye una violación a los derechos del paciente y que solo está justificada, cuando sea necesario protegerle a sí mismo y/o a los demás.
- 6)El paciente debe ser informado de la sujeción, como medida terapéutica y transitoria.
- 7)Frente a una situación de excitación y/o agitación del paciente, ubicar inmediatamente al médico tratante y/o de guardia
- 8)Al aplicar medidas de contención física, el enfermero debe cuidarse de no ser lesionado y cuidar de no lesionar al paciente.
- 9)El personal de enfermería cuando atiende a pacientes excitados, debe tener el material de contención adecuado y disponible, en forma tal que pueda hacer uso de él, en forma inmediata y segura
- 10)Al paciente excitado o agitado que se le haya aplicado sujeción física, se le debe considerar como un paciente crítico.
- 11)Aplicar cuidados a fin de satisfacer todas las necesidades físicas y psicológicas del paciente impedido de realizar su auto-cuidado, a causa de las medidas de contención
- 12)Registrar detalladamente durante el periodo de sujeción:
 - _ motivo de la sujeción
 - _ método utilizado.
 - _ control de signos vitales.
 - _ conducta del paciente
- 13)Todo paciente que haya entrado en crisis de agitación debe ser incorporado progresivamente, a áreas de internación más socializantes.

14) Adaptar una actitud de apoyo, libre de juicios a los familiares de los pacientes, dándole oportunidad de expresar sus propios sentimientos.

Condiciones del medio ambiente.

1) Mantener al paciente agitado en un ambiente terapéutico físico-emocional, seguro, tranquilo y calmante.

2) El ambiente físico debe estar libre de aquellos elementos, que puedan provocar riesgo para el paciente y el personal, como por ejemplo, enchufes, cuerdas, soportes donde puedan colgarse, aberturas que le permitan arrojarlos.

3) Evitar que el paciente disponga o tenga acceso a elementos que pueda usar para agredirse, como ser: cubiertos, vasos, platos, fosforos, encendedor, cinturones, corbatas, cordones de calzado y elementos cortantes.

4) El ambiente físico debe contemplar condiciones que sean agradables para el paciente, que favorezca la satisfacción de sus necesidades.

5) El baño debe estar construido de material irrompible, evitando lozas, azulejos y baldosas que puedan romperse. Los grifos deben estar ubicados fuera de la habitación, para ser manipulados por el personal.

Ambiente psico-emocional.

La relación enfermero-paciente se mantendrá en el respeto mutuo, la confianza, el apoyo, la contención y en el marco de los derechos humanos del enfermo mental.

Documento base:

Normas elaboradas por el Departamento Central de Enfermería del Ministerio de Salud Pública basadas en las normas del Departamento de Enfermería del Hospital Vilardebó
Trabajo realizado por: E.U. Pierina Marcolini y E.U. Irma Bentancurt.

Colaboración:

E.U. especialistas en enfermería psiquiátrica:

E.U. Alma Carrasco y E.U. María Celia Celhay.

Psiquiatra del Hospital Vilardebó: Dra. María del Carmen Pereda.

Docente Escuela de Auxiliares de Enfermería: E.U. María Esther de León.

Anexo 3

Entrevista realizada a la Licenciada en Enfermería Pierina Marcolini, Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Vilardebó. (23/11/2001)

Entrevista realizada a la Licenciada en enfermería Pierina Marcoñui

Según su experiencia, cuales considera que son los problemas mas frecuentes en relación a las medidas de contención ?

R - no hay un estudio completo sobre el tema, a veces es riesgoso decir cosas que no están comprobadas. La problemática de la medidas de contención, primero que es una técnica que ocasiona violencia, tanto para el paciente como para el enfermero. Es una técnica que aplica enfermería, nada mas que enfermería. Y para el familiar, si es que esta presente. Nosotros a veces tenemos que aplicar medidas de contención en pacientes que son traídos por la ambulancia, han atendido a domicilio, porque está en estado crítico, el paciente en una crisis, descompensado, verdad?. Y una de las medidas de seguridad, tratamos de que no, es la medida de contención.

Una medida física es una medida que se utiliza en última instancia, al paciente se lo trata de convencer, se le trata de hablar, se trata de escucharlo, se trata de ver cual es su situación, que es lo que desea, se trata de medicarlo y que la medicación actúe para después recién utilizar la medida de contención. Esto es teóricamente y la orientación que el departamento da a su personal.

Pero como problemática no tenemos una medida de contención, correcta en el sentido de los elementos, la medida de contención que aplicamos es adaptada a este hospital, porque los pacientes las cortan, viene otro y la corta o le da para que la corte, o si tiene un encendedor trata de quemarla, otro tema es la medida de contención, que lleva un candado, no lleva cadenas, porque anteriormente llevaban cadenas, no en este hospital, pero quiero decir que aquí llevan una especie de cinto con ojales de metal a determinada distancia, pero eso provoca el candado. El candado de por si provoca, la llave, el candado, fíjense el significado de lo que es para el paciente y lo que significa para el enfermero, el candado y la llave, por lo tanto el enfermero hasta hace poco perdían llaves, perdían candados, ahora se hizo un sistema que están tan controlados que no lo pueden perder.

Pero es significativo que perdieran tantas llaves y tantos candados.

Es, que pasa con el personal de enfermería? Y cual era su respuesta a que las perdieran? No lo hemos estudiado.

Por el otro lado provoca un problema en la parte de administración del departamento conseguir los elementos y que se cuente con ellos porque puede correr riesgo el paciente, otro paciente, el personal, etc.

En la medida en que se soliciten tienen que estar prontos, y ya, en ese preciso momento.

Problemas técnicos que implican las medidas de contención. son unos cuantos, si se aplica mal la medida de contención.

Por ejemplo si se coloca muy apretada en los miembros puede provocar edemas, puede provocar dificultades en la circulación, con todas las consecuencias que esto implica.

Si no se controla permanentemente, otro de los problemas es que el personal tendría que controlar la medida de contención cada media hora lo mínimo. Cosa que no se hace porque a veces tenemos un enfermero solo para treinta pacientes, aunque es un paciente de alto riesgo, y lo tienen que controlar, etc., etc., no es una excusa, pero aunque la dotación no es uno por treinta, sino porque hay licencias, hay faltas, hay libres adeudados, días trabajados que hay que otorgar y entonces llega un momento que a veces tenemos un enfermero por treinta pacientes.

Si pensamos en el paciente nadie quiere estar atado, quien quiere estar atado? Verdad? Es decir el que quiere estar atado tiene un problema mayor en su psiquis, porque en realidad el hombre quiere ser libre, por tanto mas libre quiere ser mas sano está.

Se contiene al paciente confuso y al paciente agresivo, y al paciente agresivo que puede tener violencia, pegar al otro, o a veces al paciente que por su patología, es decir una oligo, que no está confuso pero no puede entender la situación que lo rodea sobre todo cuando ingresa. Viene de la casa, no sabe que le pasa, es la primera vez y a este paciente hay que continentarlo, y el fugador.

Otro tema es que, ahora ya no tanto, enfermería. Tomaba la medida de contención, para convencer al paciente de determinados aspectos o sea aquel paciente que reclama y que exige, y el enfermero se cansó y como está solo llega un momento que no puede mas y son mas de un paciente y apela a la medida de contención, cosa que en ese caso no debería ser, pero como no tenemos suficientes enfermeros y como el equipo técnico está durante la mañana, el turno de la noche, tarde y vespertino son otra cosa .

Tenemos la medida de contención, en el turno de la noche en pacientes que se levantan mucho, se pueden caer, está en oscuridad y se le ponen medidas de contención.

En que situaciones y porque considera que se deben aplicar las medidas de contención?

R - Enfermería, tiene que aplicarlo e inmediatamente después tiene que venir el médico a confirmar, a indicar la medida de contención..

A veces tenemos dificultades entre la parte médica y la parte de enfermería, en cuanto a la medida de contención en si. El médico se basa en lo que enfermería le dice y no se basa en valorar al paciente, y tiene que valorar al paciente a ver si es necesaria o no y a veces cuando viene el médico de guardia pasó el episodio, y el paciente a veces también al ver al médico actúa de otra manera completamente distinta a como actúa como con enfermería.

A veces agrede a enfermería, también. Otra dificultad es que muchas veces deja al paciente libre y el paciente rompe vidrio etc., tiene que ser oportuna la medida de contención y en un periodo corto y a veces acá los médicos dejan a un paciente por muchos días con medidas de contención.

El asunto es ponerle la medida de contención por un periodo corto, soltarlo, volverla a poner, pero a veces es muy difícil esa coordinación médica y de

sobre todo las mujeres, pero generalmente no llegamos a ese estado porque se procede con tiempo evitamos todo este tipo de situaciones. Al paciente lo podemos encontrar en el domicilio, si es un paciente armado en el domicilio se llama a la policía. En excepciones si enfermería ve que puede contenerlo lo hace porque tenemos personal muy bueno pero se arriesgan y pretendemos que no se arriesguen. Ellos intuyen que lo pueden hacer, la intuición es muy importante, es reimportante en este tipo de "anotalo bien" situaciones, aparte de la técnica del conocimiento, conocimiento del paciente, la situación, lo que dice el médico. Nosotros tenemos una enfermera que a los pacientes oligo cuando va a la casa , le canta, es una técnica de ella, porque por ejemplo yo no puedo cantar pero ella le canta y los apacigua y los tranquiliza es decir son cosas nuevas. Hay una licenciada que estuvo con un paciente que no lo podían sacar de un altillo, negativo por completo, y no quería que lo sacaran del altillo y la licenciada estuvo 20 minutos hablándole hasta que el accedió a salir la palabra es muy importante en la contención, depende lo que se dice también no solo hablar y ahí entra como se utiliza el lenguaje para la medida de contención, son pacientes que no pueden entender un pensamiento complejo, tiene que ser muy simple en la situación del paciente es un arte, todo tiene arte y este es un arte también, si lo queremos aplicar bien tenemos que esgrimir el arte utilizándolo.

Cuales son los problemas mas frecuentes en relación a

- la seguridad
- comodidad
- tipo de contención aplicada
- repercusión física y psíquica?

Bueno, el resto ya te lo he contestado, en otras preguntas.

R - en lo emocional lo afecta al paciente, aunque hay pacientes que cuando conocen su situación piden la medida de contención - mire que estoy por romper vidrios por favor me ponen la medida de contención - y se la ponen en un corto tiempo - bueno ahora suéltense - porque el conoce el estado que puede tener y también nosotros tenemos algunos ancianos que por su demencia se pueden caer de la escalera, podrían estar sueltos pero no en una planta alta, porque sino tendríamos que tener un enfermería exclusivo al lado de cada paciente y no llegamos a esa atención personalizada.

Que investigaría usted relacionado a las medidas de contención?

R - yo trataría de investigar que le sucede a los enfermeros cuando ponen la medida de contención y si quieren ampliarlo mas: al paciente, medico y familia; lo que siente el paciente con respecto a la medida de contención.

Para los cuidados técnicamente hay talleres, se adaptan al hospital, ahora se pidió en sala de hombres un aislamiento y no es necesario atarlos, cuartos, el paciente debe estar tranquilo solo es lo mejor para él, nosotros lo tenemos en una sala donde hay otros pacientes que le hablan etc..

Se remodelan las salas y se pidieron dos cuartos de aislamientos para evitar atarlo, dependiendo de la situación del paciente.

Las medidas de contención, son de cuero, el cuero es caro y la hevilla puede utilizarse para agredir a otro paciente y debemos evitarla y también porque el sistema es sencillo y otro paciente lo suelta.

Cada cinturón cuesta 140 pesos y se confeccionan con un hilo de nylon especial para que no se rompa.

Tenemos muñequeras, en Europa hay unas medidas de contención que no hemos podido adquirir en nuestro país.

Con cierre magnético ideal.

Las principales medidas de contención son las emocionales y psíquicas, el tiempo de escucha, dejarlos con cierta libertad y observarlos para ver cual es lo más adecuado para ese paciente. Eso requiere un tiempo que a veces el médico no lo tiene para que él pueda actuar de esa manera junto con el médico, hablar de lo que al paciente le pasa, entender que es lo que necesita y se atiende este aspecto y el paciente se va aplacando.

Aquí en ACRI los pacientes vienen sin medidas de contención y se les habla y se les conversa para aplicarles la medicación.

Anexo 4

Rol de Enfermería en Paciente con alteración mental descompensado.
Licenciada en Enfermería Picrina Marcolini (Montevideo año 2000)

**ROL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON
ALTERACIÓN MENTAL
DESCOMPENSADOS.**

**Licenciada en Enfermería
Pierina Marcolini**

**Año 2000
Montevideo**

Rol de Enfermería en Pacientes con Alteración Mental Descompensados

Introducción

El presente trabajo tiene el objetivo de sintetizar y destacar los aspectos fundamentales que enfermería debe considerar para atender a pacientes con alteración mental descompensados. El propósito es el de sensibilizar sobre el rol de enfermería en la contención del paciente en los distintos estadios del desarrollo de una crisis psiquiátrica. Para ello plantea recomendaciones en la aplicación de los cuidados de enfermería y señala el sentir de la enfermera/o en la relación que establece con el paciente en dicho proceso.

Rol de Enfermería Psiquiátrica.

El rol de enfermería psiquiátrica se establece mediante el desarrollo del proceso de ayuda y de cuidado, durante la relación enfermera/o_paciente, en el lugar físico donde se encuentren ya sea en el ámbito hospitalario, domiciliario, u otro.

El rol de enfermería en los ambientes psiquiátricos no difiere del que tiene en el resto de los servicios de salud, pero sí debe ser adaptado a las condiciones especiales de los pacientes psiquiátricos. El principal cometido de esta enfermería consiste en el contacto directo con pacientes con alteraciones mentales durante las 24 horas del día y los 365 días del año, brindando cuidados al paciente en el entorno de la cotidianidad. Dicha relación tiene la finalidad de participar en la solución de los problemas de relación que experimenta el paciente, por lo que esta relación así como el marco que la configura va a depender de la enfermera. Por consiguiente se debe tener presente que la relación debe de servir de modelo al paciente, para que este adquiera patrones de funcionamiento que aumente su autonomía en su cuidado y en su capacidad adaptativa. La relación terapéutica de enfermería consiste en percibir la experiencia del paciente, comprender su realidad, sus sentimientos e interpretar la comunicación verbal y gestual, lo que le exige una actuación de escucha y de observador participante.

En el proceso de la relación de ayuda la enfermera realiza las siguientes actividades:

- Valora las necesidades de cuidado del paciente.
- Desarrolla y ejecuta planes de cuidados
- Evalúa los resultados de los cuidados de enfermería
- Coordina los cuidados con otras disciplinas
- Crea y mantiene un ambiente que resulte beneficioso al paciente
- Cumple las indicaciones del tratamiento médico
- Ayuda en la ejecución de las actividades diarias de la vida.
- Discierne si el paciente se niega a la realización de la actividad diaria de la vida, si es un signo de salud o de enfermedad.
- Participa con el equipo técnico en lograr cambios saludables en el comportamiento del paciente y la familia en relación a la enfermedad mental..

Rol de Enfermería en Pacientes con Descompensación Psiquiátrica.

Para tratar este tema se debe comenzar por señalar los conceptos que maneja enfermería de paciente excitado y paciente agitado.

Paciente excitado es el que se encuentra en un estado de inquietud emocional con aumento del flujo verbal que se exterioriza por insultos, amenazas e inquietud motora, moviéndose desordenadamente, con disminución creciente en la capacidad de autocontrol y de responder a una solicitud de control desde el afuera.

Paciente agitado, es el que se encuentra en actitud de lucha, con gran hiperquinesia, movimientos incontrolables, con fuerza incontenible que se explica por la caída de la inhibición natural perdiendo el autocontrol.

El estado de excitación o agitación determina la situación en crisis en que se encuentra el paciente. La crisis consiste en una vivencia de amenaza que las personas sienten cuando ocurre un desequilibrio entre una dificultad o un problema y los recursos que dispone inmediatamente para afrontarlo. Es una vivencia de amenaza que el paciente no puede manejar con los mecanismos habituales. En él se presentan reacciones somáticas de ansiedad, sensación de irritabilidad, enojo, desojo de no ser molestado, fatiga intensa, disminución del apetito, dificultad para dormir, presencia de sentimientos negativos reprimidos como culpa, remordimiento y miedo.

La **intervención en crisis** significa introducirse de manera activa en la situación de la persona que la está experimentando, con el fin de aminorar el impacto que puede producir la crisis. Ayudar a la persona a que movilice sus propios recursos y lograr la estabilidad

Para ello enfermería debe :

- establecer una relación terapéutica de aceptación, apoyo y empatía que le permita disminuir el temor de la persona y reforzar las expectativas sobre el control de la crisis.
- fomentar la expresión de sentimientos permitiendo que la persona exprese y pueda reconocer sus temores,
- ayudar a que clarifique su percepción de la situación y las expectativas que le producen. Este es el punto de partida para afrontar la crisis, conectando los sentimientos que expresa el paciente y explicando las normalidades en la situación vivida..

Esta medida ayuda a :

- reducir la tensión,
- mejorar la percepción de la realidad
- movilizar y canalizar las energías del paciente hacia acciones orientadas a la resolución de la crisis.
- conocer con cierto grado de certeza la veracidad de los hechos ya que en ocasiones el estado de ánimo modifica la percepción y se producen fantasías o temores irreales.
- presentar la realidad con objetividad evitando dar falsa seguridad, pero plantear las posibilidades reales de resolución de problemas.
- no acelerar el período de tiempo para que el paciente pueda adaptarse a la situación-
- dialogar con el paciente sobre las realizaciones posibles
- fomentar la búsqueda de otros apoyos sociales o familiares.

Intervención de Enfermería Una intervención acertada en la ayuda de un paciente agresivo comienza con el reconocimiento de los cuatro estadios del desarrollo de la crisis a saber:

- conducta alterada del paciente por ansiedad
- agresividad verbal
- agresividad física
- reducción de la tensión.

Ansiedad Cuando un paciente se encuentra ansioso su conducta cambia, se le observa más activo. Se percibe que algo en el paciente anda mal por lo que se le debe ayudar, utilizando el lenguaje que más se adecue a su personalidad. Un paciente ansioso puede escuchar y responder a la actuación de enfermería.

Agresión verbal Paciente que está perdiendo su capacidad de raciocinio, se pondrá a la defensiva y posiblemente beligerante, no escucha pero responde al lenguaje corporal y al tono de voz de quien le quiere ayudar. Lo importante es la forma como se realiza la comunicación con el paciente, se debe dar directivas en forma tranquila y firme inspirando confianza. En esta etapa se debe establecer límites, pero aquellos que el paciente pueda tolerar en la imposición.

Agresión física En esta etapa el paciente pierde el control de sí mismo por lo que hay que actuar empleando restricciones físicas. Para contener al paciente debe formarse un equipo de tres a cinco personas, las que seleccionarán quien dirigirá la acción, que estrategia y plan de cuidados se empleará. El conductor será el único que hable con el paciente, preguntándole que es lo que lo mejoraría, explicándole que la conducta que asumió es perjudicial para él y para el equipo técnico que lo atiende.

Reducción de la tensión En esta fase el paciente se vuelve razonable y se percata que está comportándose inadecuadamente, en algunas oportunidades reconoce las consecuencias de sus actos. Este estadio posibilita que el paciente aprenda como evoluciona su enfermedad y como puede controlar su conducta. A medida que el paciente pasa por los tres primeros estadios su tensión interna va en aumento disminuyendo seguidamente en esta cuarta fase.

Corresponde aclarar que no todos los pacientes atraviesan los cuatro estadios descriptos, algunos nunca pierden el control, otros pueden pasar directamente a la fase de agresión física.

Contención. Es la acción terapéutica y/o preventiva que comienza con los primeros signos y síntomas de excitación psicomotriz. Se aplica en el tratamiento, durante el proceso mórbido (delirios, alucinaciones, etc.) o en los cuadros de agitación que requieren una contención física o mecánica urgente con el fin de tratar el riesgo de vida del paciente y el personal.

Medidas de contención se dividen en medidas de contención farmacológicas y medidas de contención fisis-emocionales o mecánicas o físicas.

Este trabajo está abocado a las medidas de contención físicas o mecánicas las que están dirigidas a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente.

La que limita la movilización del paciente en un área restringida de la planta física durante un período de tiempo se denomina aislamiento.

El objetivo de estas medidas es controlar las actividades físicas del paciente y protegerlo de las lesiones que pueda infringirse a sí mismo o a otros.

Recomendaciones para los Cuidados de Enfermería en Pacientes con Descompensación Psíquica.

- Valorar la situación emergente en crisis observando al expresión gestual y verbal del paciente y su entorno
- Identificar el grado de autocontrol desde la aceptación a una solicitud de control desde el afuera.
- Identificar a los integrantes de la familia y en esta a la persona que influye en el paciente, la que puede ayudarlo a él y a su familia.
- Llamar al paciente por su nombre y presentarse al mismo tiempo en el estadio ansioso.
- Estar atento a los cambios bruscos de actitud y de conducta del paciente
- Observar factores de riesgo para el paciente y su familia identificando los elementos que el paciente pueda usar como instrumento para agredir o agredirse..
- Establecer en lo posible un ambiente de firmeza y comprensión ubicando al paciente donde pueda ser vigilado.
- Estar atento a la ubicación de puertas, ventanas y mobiliario.
- Intentar no violentar al paciente avanzando lentamente tratando de no invadir su espacio.
- Mantenerse por lo menos a un paso de distancia para quedar fuera del alcance de sus manos, pies, cabeza.
- No permanecer de pie delante del paciente puede pensar que lo desafía.
- Sentarse a un lado de modo que el paciente se sienta menos amenazado .
- Usar las medidas de contención como último recurso cuando el paciente no responde con otras medidas, bajo indicación médica..
- Durante la contención física controlar la circulación de los miembros superiores e inferiores del paciente cada quince minutos
- Realizar ejercicios de amplitud de movimientos cada dos horas según estado del paciente, y cambio de posición.
- Evitar lesionar al paciente durante el procedimiento o que este lesione al personal. ↓
- Control médico cada dos horas. ,^f
- Tiempo de duración de las medidas es de ocho horas, como máximo setenta y dos horas, si se debe continuar con las medidas el equipo técnico debe realizar una nueva valoración e indicación de las mismas.
- Quitar las sujeciones en forma alternativa y progresiva a medida que mejora el paciente, controlando las respuestas del mismo.
- Aplicar cuidados en la satisfacción de las necesidades bio-físicas y psicológicas del paciente, impedido de realizar su autocuidado.
- Control del estado del paciente , las sujeciones y el ambiente cada 15 minutos.
- Registro en la historia clínica : motivo de sujeción, método utilizado, control de signos vitales, condiciones de la medida. ;
-

El Sentir de la Enfermera en la Relación con el Paciente con Alteraciones Mentales Descompensado.

Este tipo de paciente genera en los integrantes del equipo de enfermería sentimientos de ansiedad, temor, frustración, cólera, depresión, amenaza a la autoestima, culpa, rechazo y sentimientos relacionados con la identidad personal y sexual. Frecuentemente la relación provoca en la enfermera/o inseguridad, la que expresa con dudas y temores. Aparece la amenaza real o imaginaria a su amor propio sintiéndose vulnerable, lo que la obliga a revisar sus imágenes estereotipadas acerca del paciente mental, especialmente del paciente agresivo, reivindicativo, quejoso, con trastornos de conducta entre otros.

Conclusiones:

Se debe tener siempre presente que manejar una crisis no es fácil, no existen fórmulas al respecto, el paciente con medidas de contención es muy vulnerable, no puede defenderse, está a merced del personal y de otros pacientes.

La contención física o mecánica del paciente descompensado como medida alternativa de seguridad constituye una violación a los derechos del paciente, se justifica su utilización cuando es necesario proteger al paciente de sí mismo y/o a las demás personas que lo rodean.

La relación enfermera/o-paciente con alteración mental descompensado se mantendrá en el marco de los derechos humanos, en un ambiente que propicie la dignidad humana del paciente y de la enfermera/o, el respeto por el otro, la confianza, el apoyo, la contención, la solidaridad.

Enfermería podrá contribuir a elevar el nivel de calidad de cuidados trabajando conjuntamente con el resto del equipo técnico que atiende al paciente.

Los integrantes del equipo deberán tener metas de atención claras y mancomunadas con métodos y recursos acorde a la situación y estado del paciente, conduciéndolo a él y a su familia hacia el grado de independencia que pueden lograr, de acuerdo a sus potencialidades y posibilidades.

Bibliografía :

- Morrison – Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Editorial Harcourt Brace. Barcelona .Madrid Año 1998
- Werner, Anita Teoría Interpersonal en la Práctica de la Enfermería. Trabajos de Hildergard Peplau. Editorial Masson. Barcelona. España. Año 1996.
- Nursing 87. Mayo “ Actuar en Crisis” Edición en Español.
- Nursing 88, Marzo. “ Controle a los Pacientes Violentos antes que ellos lo Controlen a Ud”. E:S: Navis, RNC. Edición en Español.
- Ramos Brieva Jesús. Contención Mecánica. Editorial Masson. Barcelona. España. Año 1999.
- MSP. Departamento de Enfermería. Normas de Enfermería para la Contención del Paciente con Alteración Mental. Año 1990.
- Porciuncula- Wilhen Asistencia en Crisis Psiquiátrica. Proyecto. Montevideo. Uruguay. Año 1997.
- Haber y otros. Psiquiatría. Texto Básico. Editorial Salvat. Barcelona. Madrid. Año 1998.

Anexo 5

Rescña del funcionamiento del Hospital Vilardebó.

Reseña del Funcionamiento del Hospital Vilardebó

Consideramos presentar una breve reseña del funcionamiento del Hospital Vilardebó, ya que será el lugar donde desarrollaremos la investigación, y de este destacamos las siguientes características: actualmente el Hospital Vilardebó se encuentra situado en la ciudad de Montevideo, en el barrio Reducto, en la Avenida Millán 2515.

Su construcción edilicia es horizontal; se asemeja a un monasterio, según modelos franceses de hospitales psiquiátricos de la época, y consta de una planta baja (que fue subdividida) y un subsuelo. Posee una capacidad para 300 usuarios, con 11 salas para internación en funcionamiento actualmente, las mismas están divididas por sexo; el resto de las salas se encuentran clausuradas. A la derecha se encuentra el sector correspondiente a mujeres y a la izquierda el que corresponde a hombres, a su vez se encuentran dentro de estas salas, las salas de máxima seguridad ubicadas en el subsuelo, que son utilizadas para usuarios en proceso judicial. Por lo que para la realización de esta investigación elegimos, en conjunto con las autoridades del hospital, las salas 12 bis, 8, 21 y 23. Dado que en ellas son las que hay una mayoría de usuarios en etapa aguda de su enfermedad.

La sala de emergencia está también dividida en sectores de hombres y de mujeres. Separando ambos sectores se encuentra la capilla (actualmente clausurada y en reparación). En el hospital funcionan policlínicas de psiquiatría, electroencefalograma, medicina, odontología, fisioterapia; así mismo funciona como hospital diurno de rehabilitación y servicio de electro-convulso-terapia.

El hospital brinda atención de primer, segundo y tercer nivel, posee derecho a la internación todo aquel usuario que posea carné de asistencia del Ministerio de Salud Pública (MSP.), o en su defecto pueden asistirse pagando un arancel diario determinado por los ingresos de la persona que se asista. Desde los años 90, con el proyecto de Atención en Crisis (A.CRI) se ha logrado disminuir el promedio de días de internación.

El promedio general de internación actualmente es de 20 días, que aumenta en los usuarios judiciales, en su mayoría, por factores ajenos a su patología.

Los recursos materiales del Hospital son comprados y administrados por el mismo hospital, con rubros provenientes del Ministerio de Salud Pública y por la Administración de Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.).

Los recursos humanos con que cuenta son:

- 9 Licenciadas en enfermería, más una Licenciada Jefe del Departamento, hay 3 licenciadas operativas pero que están con cargo de Auxiliar de Enfermería.

- 150 Auxiliares de enfermería, más 4 asimilados a auxiliares.

Además cuenta con:

médicos, psicólogos, asistente social, nutricionista, fisioterapeuta, odontólogos mensajeros, personal de apoyo, economato, administrativas del Departamento de Enfermería, auxiliares de servicio y personal de guardia que está a cargo de una empresa particular que trabaja en forma conjunta y coordinada con el personal del hospital.

También cuenta con profesores de la Universidad del Trabajo del Uruguay (U.T.U.), un carpintero, un electricista, un albañil y un sanitario.

La forma de ingreso del personal es por llamado del M.S.P.; las licencias son de 20 días anuales, corresponden también 30 días por estudio y el régimen de libres es de 4 días de trabajo y uno libre o 6 días de trabajo y 1 libre.

Dicha institución se rige bajo las normas del M.S.P. que se mencionan, en relación al tema tratado en el Marco Teórico.

Anexo 6

Entrevista e instructivo.

Instructivo para realizar la Entrevista

Sentimientos y emociones que el personal de Enfermería manifiesta al colocar medidas de contención física a usuarios psiquiátricos descompensados.

Instrucciones:

- se pedirá el consentimiento informado de cada encuestado, previo a la realización de la misma.
- se marcarán con una cruz, las opciones que el interrogado responda.
- la pregunta abierta será registrada en forma fiel, a lo que responda el encuestado y en letra de imprenta, registrándose todas las opciones que el investigado responda.
- en el espacio "observaciones", se anotará cualquier elemento que incida en el momento de la entrevista y que el encuestador considere oportuno mencionar.

Entrevista:

Nombre del encuestador _____

Fecha ___/___/___

Lo que usted diga en esta instancia es de carácter anónimo y confidencial, usted no está obligado a responder las preguntas que se le realizan.

Sería conveniente que si responde a las preguntas lo haga sinceramente ya que pretendemos que estas sean utilizadas en nuevas investigaciones y fomenten la reflexión sobre el tema para poder mejorar los cuidados de enfermería y la atención que se brinda a los usuarios.

1 – Cargo

- Auxiliar de enfermería
- Licenciado en enfermería

2 – Edad

3 – Sexo

- Femenino
- Masculino

4 – Nivel de Instrucción

5 – Antigüedad en la Institución (en años)

6 – Años de trabajo en el servicio

7 – ¿Cuales son los sentimientos y emociones que le provoca a usted la colocación de medidas de contención física a usuarios psiquiátricos descompensados?

Cite al menos uno.

-
-
-
-
-

8 – Observaciones

-