



Enfermería Global

ISSN 1695-8141

Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería

Nº14

Octubre 2008

www.um.es/eglobal/

ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA AGITACIÓN DE UNA PERSONA DISCAPACITADA INTELECTUAL INSTITUCIONALIZADA

NURSERY INTERVENTION IN RESPONSE TO DISTURBED BEHAVIOUR IN PSYCHOLOGICALLY IMPAIRED INSTITUTIONALIZED PATIENTS

*Cánovas Rodríguez, JM, **Hernández Ortega, RC.

*Enfermera del Centro Ocupacional de disminuidos psíquicos de Canteras. Cartagena (Murcia). **Enfermera del Centro de Salud Pública de Elche (Alicante).

Palabras claves: Agitación, discapacitado intelectual o psíquico, contención verbal, contención mecánica, protocolo

Keywords: Disturbed behaviour, psychologically impaired, verbal control, mechanical control, protocol

RESUMEN

En el presente trabajo se muestran los elementos básicos para el abordaje de un individuo con discapacidad intelectual agitado por parte del personal de enfermería. Todo ello, respaldado por un plan de cuidados de enfermería.

Objetivos: Formar e informar a los profesionales de enfermería para valorar e intervenir de forma eficiente en cada caso ante un discapacitado intelectual institucionalizado.

Metodología.- Revisión bibliográfica sobre el tema y exposición de las técnicas propias para atender el proceso: primero, con técnicas verbales, y si éstas no son suficientes, medidas de contención química, y por último mediante la restricción de movimientos con elementos adecuados para tal efecto.

Resultados.- Presentación de un protocolo de actuación ante el paciente discapacitado intelectual institucionalizado

Conclusiones.- Es necesario formar al profesional de enfermería para reconocer y comprender las manifestaciones de impulsos agresivos, a la hora de planificar el cuidado directo más eficiente y que se ajuste mejor a las necesidades del paciente. De igual modo instruirles sobre la motivación, el conflicto y los impulsos básicos de este tipo de pacientes, a fin de entender mejor su conducta y los sentimientos que manifiestan.

ABSTRACT

In this article, basic facts are shown regarding the treatment of the psychologically impaired and persons with disturbed behaviour by the nursing personnel. All supported by a nursing care plan.

Objectives: Educate and Inform nursing professionals in order to assess and intervene in each case in an efficient manner in reference to institutionalized psychologically impaired patients.

Methodology: Bibliographic examination of the topic and exhibition of the common ways to assist the process. Starting with the use of verbal methods and, if not enough, using chemical measures and as a last resource applying movement restrictions with suitable devices for each subject.

Results: Presentation of a performance protocol in regards to an institutionalized psychologically impaired patient.

Conclusion: Nursing professionals need to be educated in order to recognize and understand the manifestations of aggressive impulses when planning more efficient direct care, in this way better adjusting to the needs of the patient. At the same time, inform them about the motivations, the conflicts and the basic impulses of this kind of patients, so that they can better understand the patients' behavior and feelings.

INTRODUCCIÓN

El profesional de Enfermería que desempeña su ejercicio profesional en un centro ocupacional de disminuidos atiende a individuos con unas peculiares características, debido a las distintas presentaciones de sus discapacidades psíquicas.

El retraso mental se define como "capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales-interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad".⁽¹⁾

La American Association on Mental Retardation (AAMR) continúa utilizando el término retraso mental para referirse a la discapacidad psíquica, a pesar de reconocer que debe limitarse su uso y sugiere que quizás deban utilizarse diferentes nombres según los propósitos y los contextos.

En España, tal y como recoge Verdugo⁽²⁾, se utilizan los términos discapacidad psíquica o intelectual y la principal razón para sugerir un cambio en la terminología se deriva del carácter peyorativo del significado de retraso mental. Además, añade que la discapacidad psíquica o intelectual debe concebirse desde un enfoque que subraye en un primer término a la persona como a cualquier otro individuo de nuestra sociedad.

Siguiendo los sistemas de clasificación CIE y DSM IV se diferencian los siguientes niveles de gravedad y coeficiente intelectual:⁽³⁾

Retraso mental leve.

Incluye a la mayoría de las personas afectadas por el trastorno, un 85%, éste es un tipo de problema considerado como educable. Ello significa que pueden ser autónomos, en cierta

medida, en su vida adulta y en condiciones de equilibrio, pero pueden necesitar supervisión y orientación, además de asistencia especial, en situaciones de conflicto social o familiar, estrés, etc.

Retraso mental moderado.

Constituye aproximadamente el 10% de la población diagnosticada. Se suelen adaptar bien a la vida en comunidad, si no existen otros tipos de trastornos asociados.

Retraso mental grave.

Incluye el 3-4% de los individuos con retraso mental, adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. En la edad escolar pueden aprender a hablar y también pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal.

Adquieren una ligera familiaridad con habilidades elementales de cuidado personal. Pueden realizar tareas simples con estrecha supervisión en instituciones. La mayoría se adaptan bien a la vida en familia y en comunidad, a no ser que tengan alguna discapacidad asociada que requiera cuidados o asistencia especializada.

Retraso mental profundo.

Este grupo supone aproximadamente el 1-2% de la población diagnosticada de retraso mental. La mayoría presentan una enfermedad neurológica asociada que explica el retraso. En los primeros años desarrollan muy variadas alteraciones del funcionamiento sensorio motor. En un ambiente muy estructurado, con apoyo y supervisión constantes pueden adquirir un desarrollo inmejorable.

En los centros ocupacionales de discapacitados intelectuales, entendidos como servicios sociales dirigidos a personas que tengan la mayoría de edad, con discapacidad intelectual justificada mediante un certificado de disminución igual o superior al 65% y que actualmente no tengan capacidad manifiesta para gozar de un contrato laboral en una empresa ordinaria o en un centro especial de trabajo (Decreto 279/1987, del 27 de agosto). La gran mayoría de la población residente se engloba en los grupos de retraso mental grave y profundo.

Por ello, ante un discapacitado intelectual institucionalizado (que reside en un centro ocupacional) en estado de agitación⁽⁴⁾, es decir, un paciente en estado de excitación mental y de aumento inmotivado, desproporcionado y desorganizado de la actividad motriz, se deben tomar decisiones que permitan hacer frente de forma efectiva a la situación. El profesional de enfermería requiere de conocimientos que le permitan valorar e intervenir de forma eficiente en cada caso.

Protocolo de actuación. Intervención de enfermería ante una agitación en discapacitados intelectuales.

Ante una situación de violencia inminente, se disponen de tres medidas de intervención para garantizar la seguridad del usuario y del personal.

Si existe la posibilidad de que el paciente se lesione a sí mismo o a otros puede ser necesaria la contención, que se utilizará en tres fases, que serán priorizadas y ejecutadas dependiendo de la posibilidad de manejo del paciente:

Contención verbal

Es el primer paso dentro de todo el proceso. Nos debemos dirigir de forma educada, en tono bajo, pero con seguridad y firmeza, mostrarle nuestro interés por su problema, escuchándole, ofreciéndole ayuda y comprensión. Una buena estrategia consiste en distraer su atención del foco de agitación. En general, la contención verbal suele ser suficiente para controlar un cuadro de agitación.

Reconocer y comprender las manifestaciones de impulsos agresivos en cuanto a su significado ayuda a la enfermera a planificar los cuidados de forma más eficiente.

Por ello, la comunicación es la esencia de este primer abordaje, lo que implica la importancia de una buena observación ⁽⁵⁾.

Medidas de seguridad durante la contención verbal:

- Tener en cuenta que lo primero es salvaguardar la propia integridad y la de los demás miembros del equipo y el resto de sujetos del entorno.
- Solicitar el apoyo de compañeros.
- Mantener siempre una distancia de seguridad, teniendo una vía de salida y permaneciendo de pie si fuera necesario.
- Evitar la presencia de objetos contundentes en la sala ⁽⁶⁾.

Contención química

Si la causa es orgánica se convierte en la primera pauta de actuación, en segundo lugar la contención mecánica. Para lo cual la enfermera consultará los planes de actuación individuales de cada usuario, donde se recogerá la medicación concreta a administrar en cada caso.

Contención mecánica

Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización para tórax, muñecas y tobillos, principalmente. ^(7,8)

Indicaciones ⁽⁹⁾:

- Conducta violenta que resulte peligrosa para él mismo.
- Riesgo de lesiones a terceros.
- Prevenir caídas.
- Conducta inapropiada grave.
- Riesgo de autolesión.

Elementos de sujeción:

Según el caso se usará uno o varios de estos elementos combinados; en nuestro centro se emplean sistemas homologados del tipo SEGUFIX^R.

- Cinturón abdominal.
- Muñequeras
- Tobilleras
- Arnés de hombros
- Tiras para cambios posturales
- Botones magnéticos (Hay de varios tipos, según la habilidad del usuario)
- Llaves magnéticas (Diferentes según el botón usado)

Procedimiento:

Debido a que la restricción de movimientos genera preocupación por los derechos humanos y las libertades civiles, especialmente en personas discapacitadas intelectualmente, los pasos que seguimos son:

- Avisar al médico que constatará la oportuna indicación de la sujeción mecánica.
- Elección de los elementos de sujeción necesarios, según el caso.
- Enviar mediante FAX al juzgado de primera instancia y dirigido al Excmo. Sr. Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, los motivos por los que se lleva a cabo la restricción temporal de movimientos del usuario en cuestión y los elementos que van a intervenir. Todo ello, firmado por el médico.
- Efectuar la sujeción.
- Registrar lo ocurrido y ponerlo en conocimiento de la Dirección del Centro.

Recomendaciones para realizar la sujeción: ⁽⁹⁾

- Explicarle al usuario (según su grado de comprensión) los motivos de la sujeción.
- Se necesitará un mínimo de cuatro personas.
- Se comenzará por el tronco, con cuidado de no apretar demasiado, lo que dificultaría la respiración y tampoco dejarlo flojo ya que podría deslizarse.
- Los brazos se colocarán a lo largo del tronco, ligeramente separados de éste, y por medio de las muñequeras se inmovilizarán a la altura del cinturón.
- Las piernas, también ligeramente separadas, se sujetarán mediante las tobilleras a una tira previamente colocada a lo ancho de la cama, a la altura pertinente.
- Comprobar periódicamente las sujeciones por seguridad, por el riesgo de lesión debida a una falta de riego sanguíneo.
- Mantener la puerta de la habitación cerrada, para evitar que otros pacientes accedan al paciente inmovilizado.

La sujeción se mantendrá el menor tiempo posible y se irá retirando a medida que el usuario se vaya tranquilizando.

El personal de enfermería realizará un seguimiento continuado durante el tiempo que el usuario esté sometido a medidas de contención, estableciendo un plan individualizado de cuidados de enfermería.

Según el modelo de patrones funcionales de Gordon, los principales patrones de salud alterados en el discapacitado intelectual agitado son⁽³⁾:

Patrón de la percepción/control de la salud
Patrón cognitivo-perceptivo

Patrón de adaptación-tolerancia al estrés.

Los principales diagnósticos de enfermería aplicables en este tipo de situación son:

Afrontamiento individual ineficaz, relacionado con incapacidad en la resolución de problemas e incapacidad para cubrir las exigencias:

Definición: Estado en el que el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar una incapacidad para controlar los factores de estrés internos o ambientales por carecer de recursos adecuados (físicos, psicológicos, de conducta y/o cognitivos).

Objetivo: El paciente demostrará habilidades para resolver los problemas y para adaptarse al entorno circundante, según su grado y nivel intelectual y de adaptación.

Actividades:

De apoyo:

- Escucharle con atención y observar su lenguaje no verbal.
- Ofrecerle apoyo cuando habla, ayudando a expresar sentimientos y verbalizar preocupaciones.

Instrumentales:

- Enseñar técnicas sencillas de resolución de problemas y de afrontamiento dentro de sus capacidades intelectuales y proporcionando sentimientos de logro personal y autoestima.
- Programar actividades de ejercicio diario.

Alto riesgo de violencia, relacionado con escaso control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, carácter antisocial o trastornos en los patrones de comunicación.

Definición: Estado en el cual el individuo es o puede ser agresivo, hacia sí mismo, hacia los demás o hacia el entorno.

Objetivo: El individuo disminuirá el número de conductas violentas y experimentará el control de la conducta con ayuda de los demás.

Actividades:

- Reducir los estímulos ambientales, ruidos, luces, espectadores,...
- Llamarla a la persona por su nombre, permanecer tranquilo, mantener el contacto ocular, pero no la mirada fija, ya que puede interpretarse como desafiante.
- Si la persona tiene un objeto peligroso, no intentar cogerlo, y dar instrucciones precisas para que lo suelte.
- Mantener la serenidad y calma y evitar las expresiones de temor.
- Asegurar la disponibilidad de personal ante la conducta violenta y prever el número de personas para cuando ocurra. Determinar quien será el encargado de dirigir los pasos a seguir y asegurar la protección de sí mismo y de los demás.

- No dejarlo solo en ningún momento.
- Utilizar medidas de contención física sólo cuando fracasen las demás.

CONSIDERACIONES FINALES

Reconocer y comprender las manifestaciones de impulsos agresivos resulta de inestimable ayuda a la enfermera para planificar el cuidado directo más eficiente y que se ajuste mejor a las necesidades del paciente, teniendo en cuenta que las medidas adoptadas no se utilizarán por castigo, sino para evitar conductas peligrosas para él mismo, hacia terceros, prevenir caídas o conductas inapropiadas graves.

Es imprescindible que las enfermeras posean los adecuados conocimientos sobre la motivación, el conflicto y los impulsos básicos de este tipo de pacientes, a fin de entender mejor su conducta y los sentimientos que manifiestan, así como los conflictos emocionales del enfermo y del propio equipo. Ello las ayudará a resolver conflictos de manera que sea más efectivo el servicio que prestan.

Todo esto sin olvidar los aspectos éticos y legales que entrañan esta decisión. Ya que la decisión de una contención mecánica obliga a actuar en contra de la voluntad del sujeto en un contexto de apremio o urgencia. La legislación española es parca en la regulación de estas acciones sanitarias, existe doctrina suficiente para sostener que la regulación de las mismas se encuentra subsumida en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad. La idea general que subyace en la legislación vigente pretende cumplir el mandato constitucional por el que la privación de libertad debe estar sometida a la tutela judicial. Ésa es la razón por la que deba ser autorizada por un juez, una vez conocida la opinión del personal facultativo⁽¹⁰⁾

Agradecimientos

Centro Ocupacional de Canteras (CO). (Cartagena)
 Enfermeros/as del C.O. de Canteras, en especial a Juana Pagán.
 Francisco Javier Caballero Martínez (Médico del C.O. de Canteras)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 2003; 47
2. Verdugo, M.A.. Análisis de la definición de discapacitado intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002. Siglo Cero. 2003; vol.34 (1) (205) 5-19.
3. Megías-Lizancos F, Serrano Parra M.D. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: D.A.E., 2000; 550-559.
4. Megías-Lizancos F, Molino Contreras J.L, Pacheco Borrilla G. Guía rápida de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: D.A.E., 2004; 68-77.

5. Cibanal Juan L, Arce Sánchez M.C, Carballal Balsai M.C. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud. Madrid. Elsevier España. 2003; 2: 25-32.
6. Chinchilla A. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona. Masson, 2003; 4: 109-116.
7. Hyman E. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona. Segunda edición. Salvat Editores. 1987.
8. Guías para el Manejo de Urgencias: Enfermería Disponible en: <http://www.fepafem.org.ve/guiaurgencias12.php>. (Consultado el 20.2.2007).
9. Lledó Sala J. Protocolo de la Sujeción mecánica y terapéutica. Disponible en: <http://www.dip-alicante.es/servdipu/areasani/enferpsi/enfpro06.htm> (Consultado el 20.3.2006).
10. Ramos Brieva J. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Barcelona: Masson, 1999; 37-40.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia