

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

Autor principal GLORIA LEJARCEGUI GUTIERREZ

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería en Salud Mental

Palabras clave abordaje agresividad seguridad enfermedad mental

» Resumen

INTRODUCCIÓN:

Los problemas de comunicación son un rasgo común en la mayoría de los pacientes con enfermedad mental. Estos pacientes, con frecuencia, presentan dificultad para desarrollar confianza en los demás, por lo que la enfermedad mental suele ir acompañada de sensación de soledad y aislamiento. Este deterioro de la comunicación se agrava en los pacientes con tendencia a adoptar conductas violentas y agresivas ya que ello dificulta enormemente las relaciones interpersonales, con el consiguiente riesgo de generar situaciones conflictivas que pueden derivar en recurrentes ingresos hospitalarios.

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la seguridad de los pacientes con enfermedad mental y riesgo de heteroagresividad tanto en el entorno hospitalario como en la comunidad disminuyendo así el estigma a ello relacionado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Me he basado en la propia experiencia y en la evidencia científica.

CONCLUSIONES:

Para realizar un abordaje integral del paciente con enfermedad mental y riesgo de heteroagresividad es necesario desarrollar una serie de medidas relacionadas con la formación específica del personal sanitario que les presta los cuidados, con la realización de talleres de autocontrol y gestión del estrés por parte de los pacientes, y con programas psicoeducativos para sus familias. Con ello mejorará la comunicación en las

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

En primer lugar, es conveniente definir los conceptos de violencia, agresividad y agitación así como los términos con ellos relacionados.

La OMS define la violencia como: " El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones " (1).

Según Morera, Hueso y Martínez (2001) (2), la violencia es el conjunto de conductas capaces de producir daños a objetos o a personas (a uno mismo o a otros), así como las verbalizaciones de contenido agresivo o amenazante que no respeten los límites convencionales e induzcan reacciones de huida, temor o confrontación.

En opinión de Vallejo (1999) (3), la conducta violenta puede definirse como un conjunto de actos, intencionados o no, dirigidos a uno o varios individuos u objetos, cuyo resultado es un daño que es posible objetivar. Así mismo, la agresividad sin resultado material de daño, por ejemplo la agresividad verbal, en términos psicopatológicos estrictos, correspondería a la hostilidad. Con frecuencia se confunde conducta violenta o agresiva con agitación. Sin embargo, un paciente agitado puede ser o no violento en función, la mayoría de veces, del modo en que se intente reducir su agitación, ya que puede producirse una conducta violenta secundaria a situaciones de defensa o evitación de las intenciones coercitivas del personal sanitario durante el abordaje de un paciente agitado. Para Vallejo, la conducta violenta de un paciente confuso o desorientado es distinta de la de un paciente con claridad sensorial. En el paciente confuso, la violencia suele ser súbita, inesperada y carente de intencionalidad. La conducta alucinatoria puede acompañarse de violencia sobre todo cuando las alucinaciones son de carácter imperativo. La agitación de los pacientes esquizofrénicos se acompaña de un delirio de contenido ilógico, alucinaciones y alteración del lenguaje. Un paciente con paranoia con frecuencia emite amenazas en función de su delirio persecutorio y/o se muestra extremadamente violento si considera que peligra su integridad. Los pacientes con trastorno afectivo, especialmente hipomaniaco o maniaco, rara vez son violentos, sino que muestran una conducta irritable o agresiva, con frecuencia en función de su temple e impulsividad.

Según Sevillano (2003) (4), la agresión y la violencia siguen un patrón de respuesta emocional predecible que puede reflejarse en la llamada "Curva de la agresividad", en la cual se distinguen cinco etapas: desencadenamiento, ascenso, crisis, recuperación, y postcrisis o depresión.

En la etapa de desencadenamiento, aparece un suceso que provoca estrés y que da lugar a respuestas como ira, miedo, ansiedad, etc. En esta fase, la intervención de contención verbal, con frecuencia, suele tener éxito. Durante el ascenso, la situación avanza hacia la pérdida de control. La etapa de crisis es la fase con mayor peligro potencial y con mayor contenido violento, por lo que en ella, la intervención fundamental sería la protección del individuo y de las personas que le rodean. En la fase de recuperación, el nivel de agresividad disminuye progresivamente por lo que se podrán valorar las posibles lesiones, siendo fundamental el proporcionar un entorno tranquilo al paciente. Durante la postcrisis o depresión aparecen los sentimientos de culpabilidad y la persona se siente mal por su actuación.

Según Chertok (2009) (5), la conducta agresiva se define como aquella cuyo fin es el daño intencional a otras personas. El punto central de la agresividad radica en la intencionalidad o propósito de hacer daño quedando fuera el daño accidental. Este autor distingue tres tipos de agresividad: física, verbal y relacional, definiendo esta última como aquella cuyo propósito es dañar el estatus, la reputación o las relaciones de otras personas.

Finalmente, según Tellez, Villena, Morena, Pascual y López (2005) (6), la agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la

heterodestrucción.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

En el entorno hospitalario, el hecho de mantener una comunicación sincera y respetuosa entre el personal sanitario y el paciente con enfermedad mental, ayuda a eliminar las barreras que aíslan a este tipo de pacientes, siendo fundamental la formación del personal en habilidades comunicativas y estrategias de contención verbal. En este entorno, el fin principal de la comunicación terapéutica es aumentar la calidad de los cuidados mediante la creación de una relación terapéutica eficaz con el paciente haciendo que éste sea y se sienta el centro de los cuidados proporcionados en el proceso de atención de enfermería. El papel del paciente en la comunicación consistirá en expresar su malestar, a su manera, para que la enfermera pueda conocerle y así ayudarlo mejor. Es importante que el paciente tome conciencia de la necesidad de desarrollar un proceso de comunicación eficaz, y de mejorar sus habilidades comunicativas dentro de lo posible, ya que no hay que olvidar que el paciente está ahí, enfermo, intentando vivir la situación que le ha tocado.

La formación específica del personal sanitario en el abordaje de pacientes con enfermedad mental y tendencia a la heteroagresividad, es un factor esencial a la hora de proporcionarles cuidados más humanos y personalizados, mejorando con ello tanto la seguridad de estos pacientes como la calidad asistencial. Ello es debido a que la experiencia y el entrenamiento del personal en la prevención y abordaje de la violencia contribuye a detectar los síntomas prodrómicos de conducta violenta, ayuda a perfeccionar los procedimientos de actuación y mejora la relación terapéutica.

Por otro lado, el educar a los pacientes con enfermedad mental y riesgo de heteroagresividad a gestionar adecuadamente su agresividad contribuye, en gran medida, a mejorar tanto su seguridad como su calidad de vida. Por ello, es aconsejable la participación de estos pacientes en talleres de autocontrol y gestión del estrés, siendo imprescindible animarles a que se impliquen activamente en el proceso de la comunicación, así como educarles y entrenarles en habilidades sociales con el fin de que conozcan el conjunto de herramientas comunicativas existentes. Ello contribuirá a que puedan expresar correctamente sus emociones, miedos, etc, en base a un proceso de comunicación efectivo, pudiendo identificar y comunicar precozmente las sensaciones previas a estados de ansiedad y nerviosismo de modo que puedan recibir a tiempo la ayuda y el soporte emocional que necesitan, evitando así la generación de posibles situaciones conflictivas. Todo ello facilitará el que puedan conseguir una parte importante de sus objetivos personales y les ayudará a manejarse adecuadamente en las relaciones interpersonales comunicándose de modo que defiendan sus derechos sin perjudicar a otros y evitando el que se vean inmersos en conflictos y situaciones violentas que puedan desembocar en recurrentes ingresos hospitalarios.

Así mismo, la mayoría de las familias que tienen que cuidar a una persona que padece una enfermedad mental con tendencia a adoptar conductas agresivas, carecen de las herramientas adecuadas para manejar los posibles conflictos relacionados con la patología de estas personas. Por ello, es fundamental la participación activa en programas de psicoeducación de las familias que conviven con estos pacientes ya

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Para mejorar la comunicación con un paciente con enfermedad mental que presenta una conducta violenta o agresiva, es conveniente conocer y aplicar una serie de pautas. Entre ellas se encuentran las siguientes:

Dirigirse al paciente de forma relajada y segura y hablando de modo suave y cuidando especialmente el lenguaje no verbal. No se le obligará a permanecer inmóvil si es que se está moviendo. No acorralarle, y no dejar de observar su conducta. Se utilizarán verbalizaciones neutras, acompañadas de una mínima actividad motriz, evitando sugerencias de retos, desafíos y promesas imposibles de cumplir. Se utilizarán preguntas abiertas, claras, concisas y directas, sin abordar los aspectos más conflictivos para evitar reacciones no deseadas. Se intentará descubrir la preocupación del paciente, la fuente de su malestar y/o el motivo de su conducta inadecuada. Se le preguntará por lo que está sintiendo, sin utilizar una actitud desafiante ni crítica, facilitándole el que hable y exprese sus necesidades, demandas etc. No se realizarán juicios de valor ni reproches sobre su conducta. Hay que crear un clima de confianza, y si es necesario, buscar una manera de aproximación (ofrecer bebida, comida, etc.). Se le permitirá que exprese verbalmente su irritación antes de responderle y sin intentar calmarle. Se practicará la escucha activa. Se evitará el contacto tranquilizador con el paciente ya que puede ser interpretado por este como una provocación. Cuando el paciente responda, se parafraseará, preguntándole si lo que se ha entendido es correcto. El personal mantendrá una actitud firme y acogedora, utilizando un tono de voz bajo y calmado, con mucho tacto y respeto. No responder de modo autoritario ni intimidatorio. Se ha de ser flexible en el diálogo pero estableciendo a la vez unos límites claros y precisos. Se le describirán las conductas inaceptables y se le ayudará a comprender la razón del límite. Se responderá con interés y disposición de ayuda. Le comunicaremos al paciente que le ayudaremos a impedir una pérdida de control. Se tratará de consensuar soluciones concretas que refuercen su sentido de la realidad, con flexibilidad, y acorde con los límites permitidos. El comunicarse de forma asertiva al tiempo que se ponen límites a la conducta, suele ser suficiente en casos leves-moderados de agresividad y/o agitación. No llegar a la confrontación de ideas ni de razonamientos, sino buscar alianzas sencillas que tranquilicen al paciente y refuercen su sentido de la realidad. Se intentará hacerle comprender el carácter transitorio de la situación y se potenciará su autoestima. Se tratará de aceptar soluciones en base a propuestas del paciente, manteniendo una actitud abierta en el modo de reconducir la situación. Una vez que la hostilidad se haya reducido, se empatizará con el paciente y se formalizará verbalmente un acuerdo aclarando tanto las conductas no permitidas como las conductas correctas esperadas.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

La búsqueda de evidencia científica sobre la aplicabilidad de un plan de cuidados específico para personas con enfermedad mental y riesgo de heteroagresividad se ha visto reducido a hallazgos de estudios teóricos sobre el tema y a los diagnósticos de enfermería relacionados.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

A la hora de realizar un abordaje integral de los pacientes con enfermedad mental y riesgo de heteroagresividad desde el punto de vista de la seguridad del paciente, es muy importante la participación activa tanto del personal sanitario como del paciente y de su familia, ya que de ello dependerá en gran medida la integración social de este tipo de pacientes y la eliminación del estigma asociado a la violencia.

» Propuestas de líneas de investigación.

Es importante fomentar la investigación en este tema ya que ello contribuirá a mejorar la seguridad de estos pacientes, tanto en el entorno hospitalario como en la comunidad, mejorando con ello su calidad de vida.

» **Bibliografía.**

- 1- Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C. 2002.
- 2- Morera B, Hueso V, Martínez L. Conductas violentas y enfermedad mental; 2001; 6(2):137- 154.
- 3- Vallejo J. Árboles de decisión en Psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Ed.Médica; 1999.
- 4- Sevillano M A. Abordaje del paciente agitado. 2003; 7(3).
- 5- Chertok A. Desarrollo y tratamiento de los comportamientos agresivos. 2009 septiembre.
- 6- Téllez JM, Villena A, Morena S. El paciente agitado. Guías Clínicas 2005; 5(34).