PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

SITUACIONES DE PRE-CRISIS, CRISIS Y POST-CRISIS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

CENTROS ESPECIALIZADOS DE 24 HORAS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL

NOVIEMBRE DE 2019

30 años de la Convención sobre los Derechos del Niño

inau

INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

El presente **Protocolo de Intervención en Situaciones de Pre-Crisis, Crisis y Post-Crisis De Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)** fue desarrollado por la Sub Dirección General Programática. Su ámbito de aplicación son los Centros de atención especializados de 24 Hs del sistema de protección integral del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU).

El mismo busca constituirse en un manual básico para equipos de gestión directa en modalidad de 24 hs., con un enfoque de derechos y garantía en la atención de los niños, niñas, adolescentes y la gestión de los procesos de contención por parte de los operadores del proyecto.

Una crisis en un niño, niña o adolescente en el contexto de un Centro de protección del sistema INAU puede ser entendida como una respuesta reactiva, y/o manifestación de éste, ante situaciones de estrés. La crisis requiere de una intervención asertiva, atenta a su presentación y desarrollo, desplegando acciones que garanticen la seguridad del niño, niña y adolescente y su entorno.

A su vez, debe tenerse en cuenta que, en algunas situaciones, estas manifestaciones pueden responder a una variedad de trastornos que se caracterizan por un aumento desorganizado de la conducta motora u otros síntomas.

El protocolo busca interactuar en atención al desarrollo del proceso de crisis y su oportuna contención, definiendo e identificando tres momentos: pre crisis – crisis – post crisis. En dicho abordaje se introduce una mirada integral sobre el proceso y la manifestación sintomatológica de la crisis, considerando esta última, en el marco de un proceso que se inicia previamente y cuenta con indicadores que permiten actuar en forma oportuna (pre-crisis) en sus primeras manifestaciones buscando evitar el advenimiento de la crisis.

Una intervención segura estará enmarcada en un acompañamiento asertivo del proceso de crisis, mediado principalmente por

una detección y valoración oportuna de sus indicadores y la implementación de las acciones contendidas en el presente protocolo. La relación de progresividad entre ambas es ineludible para la toma de decisiones por parte del equipo de trabajo durante el proceso de instalación, desarrollo y desinstalación de la crisis, con soporte en las competencias profesionales, funcionales y del perfil de atención del proyecto.

El protocolo es producto de un análisis de documentación y trabajos en la temática (nacionales e internacionales), la revisión de guías y manuales específicos (públicos y privados) y aportes de áreas sustantivas del Instituto: Programa Familias y Cuidados Parentales de la SGP, Dirección Departamental de Montevideo desde su asistencia técnica, Espacio Salud y asesorías del Directorio del Instituto.

El Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), como Organismo rector en políticas públicas de infancia y adolescencia tiene entre sus cometidos la promoción, protección y restitución de derechos de niños/as, adolescentes y sus familias.

Sus acciones se encuentran enmarcadas en el paradigma de la Protección Integral establecido en la Convención de Derechos del Niño y en el Código de la Niñez y la Adolescencia. Este marco conceptual y normativo reconoce a los niños/as y adolescentes como sujetos de derecho exigibles y al Estado como garante del ejercicio de esos derechos.

En cumplimiento de estos deberes el INAU desarrolla planes y programas que buscan favorecer el ejercicio de derechos de niños, niñas y adolescentes. En ese marco se prevé, a través del Sistema Integral de Protección 24 hs., las acciones necesarias para la atención a niños, niñas y adolescentes privados del cuidado familiar.

El Sistema de Protección se encuentra integrado por una red de dispositivos de gestión directa y por convenio, que contemplan dentro de sus particularidades la protección integral potenciando el desarrollo del niño, niña y adolescentes y sus familias en las diferentes etapas del ciclo vital, a través de Centros de Acogimiento y Centros de Atención Especializada que buscan dar respuestas a situaciones de especial vulnerabilidad.

MARCO CONCEPTUAL

Durante el proceso de atención e intervención, el niño, niña y adolescente puede presentar situaciones con altos niveles de estrés psico-emocional que puede generar un desequilibrio y tensión en la cotidianeidad del Centro, configurando episodios que alteran y condicionan la convivencia interna y los procesos socio educativos. Estos episodios de vida, indican que el niño, niña y adolescente vive una situación de ansiedad reactiva a situaciones de sufrimiento psíquico o físico, pudiendo manifestarse en conflictos con su entorno directo, llegando a exponerlo o exponer a terceros a situaciones de auto o hetero-agresividad.

Generalmente la presentación de una crisis es identificada y relacionada con la idea de problema, riesgo y peligro.

G. Caplan 1961, identifica en la crisis "un obstáculo" que el individuo encuentra en sus recorridos vitales y que no logra resolver adecuadamente a través de mecanismos cotidianos para la resolución de conflictos. Desde esta perspectiva, a la figura de crisis se le puede atribuir la idea de oportunidad cuando la intervención desde los referentes de cuidado es considera una herramienta preventiva en los procesos de "sufrimiento" psico-emocional en el proceso de institucionalización del niño, niña y adolescente.

La intervención ante estas situaciones demandara un diagnóstico temprano y oportuno, y acciones que eviten la instalación de la crisis (pre-crisis); y cuando ello no fuese posible, la necesaria contención y atención de la misma (crisis) en su desarrollo y monitoreo atento a un protocolo que orienta la intervención de los equipos de trabajo.

El vínculo de proximidad de los operadores educativos y equipos técnicos en la cotidianeidad de la vida del niño, constituye un elemento significativo al momento de la exposición critica del sufrimiento del niño, niña y adolecente en la formación de la crisis.

La intervención deberá ser concebida desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial que favorezca la integralidad. Tal como se recoge en la normativa vigente, el abordaje en salud

mental es concebido como inseparable de la protección integral de la salud, y abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Aportar criterios para el manejo protocolizado de episodios de auto y/o heteroagresividad[1] y/o Crisis de Excitación Psicomotriz (CEPM)[2] en niños, niñas y adolescentes en Centros de Protección Integral de 24 hs Especializados del Sistema INAU.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantizar la integridad y protección de los niños, niñas y adolescentes que cursan episodios de auto y/o hetero-agresividad y CEPM, y de sus pares.
- Brindar parámetros de intervención a los equipos referentes en la atención a los niños, niñas y adolescentes.
- Definir y establecer las condiciones de aplicación de la contención como recurso terapéutico.
- Prevenir acciones inadecuadas que devengan de la interacción del adulto referente con el niño, niña y adolescente en su aplicación, en el marco del desarrollo de buenas prácticas.
- Prevenir daños al entorno.

1 Ver definiciones en anexos

2 Ver definiciones en anexos.

AMBITO DE APLICACIÓN DEL INSTRUCTIVO

El presente protocolo será de aplicación en los Centros de Protección Integral de 24 hs. ESPECIALIZADOS de Salud Mental, Discapacidad y Uso Problemático de Sustancias del sistema INAU.

INTERVENCIÓN

"La intervención en la crisis es un procedimiento específico cuyo objetivo principal es modificar la relación de fuerzas en lucha que forman la crisis, incrementando la probabilidad de inclinar la balanza hacia el lado positivo. Una pequeña corrección de trayectoria en el momento oportuno tiene grandes efectos"[3]

Definiremos la crisis como un suceso en la vida del niño, niña y adolescente, de tiempo variable, con una pérdida progresiva del control sobre sí mismo, pudiendo constituirse en una situación de vulnerabilidad con riego vital, "una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida"[4].

Un niño, niña y adolescente agitado, confuso, excesivamente demandante y que se presenta hostil frente a algún/os integrantes del equipo de trabajo, suele generar en el entorno un clima, al menos tenso, que puede devenir en una fase aguda o crisis.

3 José Luis González de Rivera y Revuelta, Catedrático de Psiquiatría. Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática, Psicoterapia de la crisis. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. no.79 Madrid jul./sep. 2001.

4 José Luis González de Rivera y Revuelta,Catedrático de Psiquiatría. Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática, Psicoterapia de la crisis. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. no.79 Madrid jul./sep. 2001

Se puede correr el riesgo que frente a una determinada manifestación conductual del niño, niña y adolescente se le atribuya inmediatamente un padecimiento psíquico, sin tomar en cuenta en la emergencia otras posibles causas, realizando una valoración que puede no ajustarse a un diagnóstico correcto. Si bien algunos episodios pueden tener un origen psiquiátrico, las historias de vida de los niños, niñas y adolescentes que atendemos cotidianamente dan razón suficiente para que episodios de descontrol o agresividad se manifiesten en los ámbitos socios educativos institucionales.

Si bien el episodio crítico demanda una especial atención, hay dos momentos que también deben ser considerados especialmente. Nos referimos al momento previo y al momento posterior a la crisis.

PRE-CRISIS

Generalmente, la irrupción de un hecho violento o de un episodio de excitación o agitación psicomotriz viene precedida de signos que la advierten, y que interpretados a tiempo y correctamente, pueden evitar su desarrollo.

Algunos de los signos y síntomas que pueden indicar un posible episodio de crisis son:

- Expresión facial tensa y enojada, con o sin contacto visual prolongado.
- Discurso hostil o desconfiado.
- Elevación del tono de voz.
- Insultos y amenazas.
- Cambio súbito de conducta.

- Intranquilidad.
- No respeto al espacio y a las pertenencias del resto de las personas, discusión con otros residentes o personal.
- Golpes de mobiliario y objetos.
- Gestualidad agresiva.
- Hiperactividad músculo-esquelética, aumento de la inquietud, deambulamiento constante por el edificio o parte del mismo.
- Respiración rápida, jadeo, taquicardia, etc.

Todas las consideraciones y acciones que pongamos en práctica para identificar de forma prematura las manifestaciones de una agitación leve o moderada, podrán contribuir a que éstas no devengan en agitación grave y agresión. Es clave entonces, anticiparse a esta progresión y conjunción de síntomas. Por eso el educador y demás integrantes del equipo de trabajo que atiende a los niños, niñas y adolescentes, y visualiza los síntomas y signos anteriormente mencionados, debe adoptar medidas urgentes para evitar el desenlace crítico. Se puede sugerir al niño, niña y adolescente que pueda reflexionar sobre el motivo de su angustia, de su enojo. También se le puede ofrecer otras alternativas para la expresión de sus emociones. Planificar con el niño, niña y adolescente actividades que sean de su agrado con el objetivo de facilitar el tránsito del episodio, etc.

CRISIS: MEDIDAS DE CONTENCIÓN

Las medidas de contención siempre se deberán adoptar tomando en cuenta el estado emocional del niño, niña o adolescente, aplicando el criterio de gradualidad, de menor a mayor restricción.

Según el grado de excitación se emplearán distintas estrategias con el objetivo fundamental de contener al niño, niña y adolescente, evitando que el mismo se lastime a sí mismo, que lastime o dañe a otra persona o a su entorno. Para ello, se dispondrán de medidas terapéuticas, que denominaremos Medidas de Contención diferenciándolas de la siguiente forma:

1. **Medidas Psico-emocionales de Contención**

2. **Medidas Farmacológicas de Contención**

3. **Medidas Físicas de Contención**

1. Medidas psico-emocionales de contención

Para el manejo de situaciones que pueden devenir en una crisis de excitación psicomotriz o en un episodio de violencia (Pre-Crisis), el primer recurso a utilizar debe ser la contención a través del uso de la palabra, del dialogo, de la escucha, del intento de entender lo que está sucediendo.

Este tipo de contención tiene como finalidad disminuir y aliviar la tensión en el niño, niña o adolescente y el entorno, disminuyendo la ansiedad, hostilidad y agresividad.

Debemos para ello, tomar en cuenta los siguientes aspectos.

- La elección de un lugar físico tranquilo, sin ruidos y sin la presencia de personas con las cuales el niño, niña y adolescente haya tenido dificultades en el vínculo, favorece un entendimiento mayor. Un ambiente físico seguro, lejos de ventanas, escaleras, etc., y también libre de elementos que puedan ser utilizados para lastimar/se, son aspectos a tomar en cuenta a la hora de generar un ambiente sin riesgo para la integridad física de los implicados. Es importante que el niño, niña y adolescente perciba que no está atrapado y sin salida del lugar. Tiene que visualizar que puede salir cuando quiera de la habitación en donde está.

- La persona o personas (una, máximo dos) que estén abocada/s a llevar a cabo este tipo de contención (enfermero, educador, coordinador, médico, psicólogo, etc.) en la medida de lo posible, debe ser una figura de influencia positiva para el niño, niña y adolescente, que no represente amenaza, sino todo lo contrario. Los referentes adultos que hayan podido generar un lazo afectivo con el niño, niña y adolescente deben ser identificados para embarcarse en esta labor de contención.

- El personal que esté implicado en este procedimiento, debe tener una actitud tranquila, que demuestre su interés en comprender lo que le está sucediendo al niño, niña y adolescente, que dé cuenta de que está allí para escucharlo y que su intervención tiene como propósito fundamental su bienestar. Para ello es importante dirigirse al niño, niña y adolescente con tono de voz adecuado, buscando trasmitir tranquilidad, minimizando los gestos y manteniendo las manos abajo.

- El adulto que lleve a cabo este tipo de contención debe cuidar que su discurso y gestualidad no sean interpretados como amenazantes, aunque debe transmitir firmeza y seguridad.

- No se debe reaccionar ante amenazas, provocaciones e insultos. Sí manifestar con palabras la incomodidad ante ello y recordar las condiciones de convivencia que el lugar institucional establece.

- Es aconsejable evitar la confrontación de ideas y argumentos, así como también los juicios de valor.

- La actitud de escucha favorece la expresión de sentimientos, de vivencias, de miedos, de expectativas, etc. por parte del niño, niña y adolescente, posibilitando al adulto, y también al niño, niña y adolescente, comprender lo que está sucediendo. La posibilidad del niño, niña y adolescente de expresarse, poner en palabras lo que le pasa y ser escuchado, suele tener un efecto de alivio. Para ello hay que dejar que el niño, niña y adolescente hable sin ser interrumpido en un ambiente amigable, ofreciéndole algo para tomar, para comer.

- Usar frases positivas como “yo sé que estás enojado pero podemos encontrar una solución”, “capaz que tenés razón pero así no puedo escuchar ni entender”.

- La postura física distendida y el diálogo calmo y relajado, ayuda generalmente a que disminuya el monto de ansiedad y agresividad.

- Es aconsejable mantener un tono de voz medio, ni alto, ni bajo.

- No es aconsejable mantener la mirada en forma directa y continua. Tampoco evitar el encuentro visual. De todos modos, se aconseja mantener al niño, niña y adolescente dentro del campo visual.

- En ocasiones, cuando no se tiene conocimiento del niño, niña y adolescente, es aconsejable mantenerse a una distancia prudencial, evitando estar al alcance de sus brazos y piernas, y así exponerse a una agresión física. Evitar estar de frente, si al costado. Con acceso más cercano a una puerta de salida de la habitación en la cual están para facilitar la solicitud de colaboración y/o apoyo en caso en que se evalúa necesario.

Es muy importante antes, durante o después de la intervención de contención, identificar cuál o cuáles son, o pudieron ser, los factores desencadenantes de la situación de desestabilización del niño, niña y adolescente. Con la finalidad de entender mejor las conductas y sentimientos de los mismos, es necesario conocer la motivación, el conflicto, etc.

Las Medidas de Contención Psico-emocional deben ser implementadas ante la aparición de los signos que advierten el posible devenir de una crisis.

No necesariamente deben ser indicadas o implementadas por un profesional vinculado a la salud mental, constituyen acciones de protección y cuidado en el marco de las intervenciones socio educativas por parte de los integrantes del equipo de trabajo, asociadas al cuidado y contención emocional del niño, niña y adolescente.

Si las medidas de contención psico emocionales no logra disminuir el monto de ansiedad y tensión en el niño, niña y adolescente, sino por el contario tiende a aumentar, se debe solicitar apoyo médico, preferentemente la intervención de médico psiquiatra

2. Medidas Farmacológicas de contención

Si las Medidas de Contención Psico-emocionales no alcanzaran para estabilizar el estado emocional del niño, niña y adolescente, a instancia, *únicamente de prescripción médica - médico del Centro y/o servicio de emergencia médica,* se habilitará la administración de fármaco/s con la finalidad remitir la crisis.

Ante una situación de ansiedad extrema el coordinador o director del centro valorara y orientara en la solicitud de apoyo médico.

En la medida que el estado de conciencia del niño, niña y adolescente lo permita, se le debe explicar que se solicitará la valoración de un médico, el procedimiento, sus objetivos, y las consecuencias y derivaciones.

Si el médico indicara la aplicación de medidas de contención farmacológicas, y si la actividad psicomotora del niño, niña o adolecente impidiese el procedimiento, se podrá inmovilizar temporalmente al mismo, con el fin de aplicar el tratamiento farmacológico correspondiente, *por indicación y bajo supervisión del médico.* En este sentido debe quedar claro que la aplicación de las medidas farmacológicas y las medidas físicas de contención no guardan un orden secuencial, sino que ambas deberán ser valoradas en su aplicación en atención al momento de la crisis.

Las Medidas de Contención Farmacológica sólo son aplicadas bajo prescripción y supervisión médica. En Centros de Atención 24 hs especializados (Salud Mental, Discapacidad y Uso Problemático de Sustancias) la medicación indicada por este profesional será suministrada por personal afectado al Servicio de Enfermería del proyecto

3. Medidas Físicas de contención

Las Medidas de Contención Física se aplican únicamente en los casos en los que no hayan alcanzado el efecto buscado las antes descriptas, o bien se utilizan como coadyuvantes de las mismas (farmacológicas).

Se trata de un procedimiento que se aplica excepcionalmente ante una situación grave, entendiendo por situación grave aquellos episodios donde se pone en riesgo (riego vital o de vida[5]) la integridad del niño, niña y adolescente y/o la de otros/as.

Esta medida debe ser temporal; será mantenida hasta tanto remita el estado de excitación o riesgo. Son empleadas para limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo del niño, niña y adolescente excitado, con el objetivo de controlar su actividad motora para evitar lesiones a sí mismo, a terceros o al entorno.

La contención física de un niño, niña o adolescente es un evento agresivo y estresante para la persona que es objeto de sujeción, por lo que no debe ser una respuesta reactiva a la agitación o descontrol del mismo. En términos generales, el personal requerido para la contención física va a depender del tipo e intensidad de la crisis, del tipo de contención requerida, de los recursos humanos disponibles, del tipo de relación establecida con el niño, niña y adolescente, de los recursos físicos y de espacio con que se cuente.

En el procedimiento de contención física, podrá implicarse a todo integrante del equipo de trabajo del dispositivo que se encuentre en el momento, número no mayor de 5 (cinco), siempre que se requiera.

Es conveniente que las personas que intervengan, conozcan los procedimientos en relación a la buena práctica en lo que refiere a la aplicación de las medidas de contención. Es fundamental que los servicios capaciten en forma continua a los equipos de trabajo, actualizando información técnica y marcos regulatorios.

5 Definimos riesgo vital o de vida para el niño, niña y adolescente o terceros (pares o integrantes del equipo de trabajo), a aquella/s situación/es en las que se ve comprometidas la integridad física les (lesiones, secuela funcional grave o muerte) de la/s persona/s. En todos los casos que referimos, el riesgo vital o de vida deviene de conductas agresivas (auto y/o hetero- agresivas).

Las medidas de contención física deben ser indicadas por personal médico. En los casos en que no haya presente un médico o que demore la asistencia de este profesional, etc. y en casos en que se vea comprometida la integridad física del propio niño, niña y adolescente u otros (lesiones, secuela funcional grave o muerte), la decisión de iniciar la contención la tomará personal perteneciente al Servicio de Enfermería o el coordinador o el adulto responsable del Dispositivo. El Director o responsable del servicio deberá obtener informe del médico interviniente, con valoración de aplicación de las medidas de contención física aplicadas e indicaciones posteriores de abordaje y/o tratamiento.

3 a) Recursos Humanos

Atendiendo a que es una situación extraordinaria, va a involucrar a todos los integrantes del equipo de trabajo que estén presentes en el dispositivo en el momento de producirse la crisis, participado en el cuidado del niño, niña o adolescente que la atraviesa y del resto de los niños, niñas y/o adolescentes que se encuentran en el centro.

La participación del equipo debe trascender su disciplina y función, aportando además, desde su rol especifico.

- **Lic. Psicología:** Participa en la contención y en la evaluación periódica del estado psicopatológico del niño, niña y adolescente atendido en coordinación con el servicio médico.

- **Lic. en Enfermería/Auxiliar de Enfermería:** Coopera en la ejecución y supresión de la contención mecánica. Participa de los cuidados, control y observación del niño, niña y adolescente.

- **Educador/a:** Colaborar en la contención física y el traslado del niño, niña y adolescente, la instauración y el cese de la contención.

- **Director/Coordinador/otros técnicos:** Cooperará en la contención en el caso de que esté presente y se requiera

su participación. También realizará las coordinaciones necesarias para dar la atención correspondiente al niño, niña y adolescente.

En todos los casos, el mismo número de personas que participan en la aplicación de las medidas deberán estar presentes en la remoción de la sujeción física, por si necesita ser restablecida.

3 b) Recursos Materiales

Espacio de seguridad para situaciones de auto y/o hetero-agresividad en Clínicas de atención a episodios agudos, Centros de atención a personas con trastornos mentales severos (Crónicos) y Centros de atención integral en salud mental (Medio Camino).

Este espacio debe encontrase visible desde Enfermería.

- Es aconsejable que disponga de circuito cerrado de TV.
- El espacio debe contar con una cama, prescindiendo de cualquier otro mobiliario. Preferiblemente debe estar fijada al suelo. La misma debe permitir que el niño, niña y adolescente pueda mantener la cabeza elevada aproximadamente unos 30°, con la finalidad de evitar la posible aspiración de alimentos.
- La ubicación de la cama debe facilitar la circulación del personal que atiende al niño, niña y adolescente. Debe estar ubicada en el centro, nunca contra una pared.
- Dicho espacio debe tener buena ventilación y posibilidades de climatizar.
- Por precaución, si existen aberturas (ventanas y puertas) deben contar con seguridad.
- En caso de disponer de baño propio, éste no necesitaría puerta.

3 c) Procedimiento de sujeción

Paso 1: Sujeción Física

Detectada la necesidad de sujeción física como último recurso y ante la constatación de riesgos, se procederá a sujetar al niño, niña y adolescente preferentemente desde atrás abrazándolo por sobre el medio brazo (codos), evitando golpes involuntarios hacia sí mismo y hacia el personal que está procediendo a la sujeción. La presión a ejercer deberá solo cumplir con el objetivo de impedir movimientos y riesgos de lesión. Ésta puede ser desde un solo miembro (como el brazo) a la totalidad del cuerpo, valorando constantemente la necesidad de profundizar en las medidas de sujeción física de abrazo inicial.

El personal presente solicitará inmediatamente apoyo, en el caso que lo entienda necesario, a fin de contar con el mayor número de personas, máximo cinco (5) en elprocedimiento. Solo si las medidas de contención inicial descriptas en el párrafo anterior no logran disminuir los riegos de vida, se procederá, con el objetivo de acostar al niño, niña y adolescente en el piso, acompañando el descenso, desde los miembros inferiores se realizara presión en gemelos suavemente, continuando por el tronco y finalmente brazos y cabeza hasta colocarlo sobre el suelo (preferentemente con colchoneta o material de amortiguación, frazadas, etc.), con el mayor cuidado posible a manera de evitar lesiones. Una vez en el piso las personas que realizan la contención, sujetarán las extremidades (brazos, piernas y cabeza). Se intentará colocar y mantener los brazos y piernas extendidas lateramente al cuerpo del niño, niña y adolescente. Se extremarán las medidas con respecto a evitar que el niño, niña y adolescente golpe su cabeza contra el suelo u otro objeto, para ello se puede utilizar almohada, colchoneta, etc. A manera de minimizar riesgo de lesiones, se evitará utilizar las rodillas y codos contra el cuerpo del niño, niña y adolescente.

El que sostiene la cabeza del niño, niña y adolescente, dado que tiene una mejor percepción de lo que está sucediendo, será el que guíe el procedimiento.

Si se hubiese dispuesto la aplicación de medidas de contención farmacológica, el mismo recurso a administrar debe estar disponible al momento de realizar la contención física. El personal sanitario (enfermería) debe estar pronto para realizar esta acción.

Preferentemente, una vez alcanzado leves o moderados niveles agitación, se procederá al traslado del niño, niña y adolescente a la habitación de contención.

Si el procedimiento de sujeción fuera iniciado previo a la valoración e intervención médica, una vez alcanzado leves o moderados niveles agitación que no implican riesgo vital, se valora la suspensión parcial o total del procedimiento.

Paso 2: Sujeción Mecánica (únicamente servicios especializados salud mental – discapacidad nivel III y IV, con indicación y supervisión médica)

El niño, niña y adolescente será colocado sobre la cama acostado boca arriba, cuello en posición neutra, miembros superiores extendidos separados ligeramente del tronco para sujetarlos por las muñecas con las palmas de las manos hacia arriba, miembros inferiores extendidos y separados para sujetarlos por los tobillos. El proceso de sujeción mecánica se iniciará en el tórax, seguidamente de los miembros superiores e inferiores.

La sujeción de tronco y miembros deberá realizarse con instrumental adecuado que permita el movimiento de extremidades (manos y pies), prestando especial atención en su colocación, a fin de evitar lesiones por una excesiva presión y/o deslizamientos del niño, niña y adolescente en el proceso de sujeción. Finalizada la colocación de instrumental de sujeción se recomienda verificar, que el niño, niña y adolescente se encuentre semi-incorporado con la cabeza elevada a fin de evitar aspiración de vómito. La inmovilización debe permitir accesibilidad para la aplicación de tratamiento endovenoso e ingestión de líquidos y alimentos.

El personal que lidere el proceso de sujeción física y mecánica deberá permanecer visible al niño, niña y adolescente procurando comunicar al mismo los sucesos que irán ocurriendo, como buscando captar su atención a fin de disminuir la tensión psico- emocional que produce el procedimiento, aliviar la sensación de vulnerabilidad y evitar la pérdida de control. Se le expresará que la intención es, cuidar que no se lastime y que cuando se encuentre tranquilo serán retiradas las mismas.

***Instrumentos de Sujeción Mecánica* (centros de Salud Mental y Discapacidad niveles III y IV de cuidado)**

Se debe utilizar siempre material de sujeción de tipo estandarizado que impida ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sea confortable, no lesivo, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación, quedando prohibido el uso de vendas, sabanas o similares.

Un equipo completo de contención mecánica (con independencia de que la inmovilización sea total o parcial) está compuesto por:

- Cinturón ancho abdominal y cintas anti-vuelco.
- Cintas para miembros superiores e inferiores.
- Cintas cruzadas para tórax.
- Cinturones estrechos para fijar las contenciones a la cama.
- Botones magnéticos de fijación en número suficiente.
- Llave magnética (imán para anclajes).

Atención y monitoreo del niño, niña o adolescente con medidas de sujeción mecánica

El Equipo de Atención establecerá una estrategia de monitoreo especial para el niño, niña y adolescente al cual fueron aplicadas medidas de sujeción hasta el retiro de las mismas.

El procedimiento no podrá superar los 30 minutos de aplicación, salvo prescripción y monitoreo medico psiquiátrico.

El equipo de enfermería y/o educador asignado monitoreara en periodos de 5 a 10 minutos el procedimiento y mantenimiento de las condiciones de seguridad del mismo.

Se establecerán controles de signos vitales, condiciones ambientales y personales del niño, niña y adolescente (higiene – suministro de líquidos).

Se monitoreará la remisión de indicadores de crisis, favoreciéndole el retiro progresivo de las medidas de sujeción según valoración médica, involucrando mediante el contacto verbal al niño, niña y adolescente.

Importante:

- Cuando el niño, niña y adolescente se encuentre más tranquilo o sedado por la aplicación de la terapéutica farmacología de apoyo, se procederá a la finalización de las medidas de contención mecánica mediante el retiro del instrumental de sujeción colocado en muñequera y tobillera contra-lateral de forma progresiva y monitoreando constantemente la respuesta del niño, niña y adolescente al proceso, finalizando en el retiro del cinturón de contención.

- El niño, niña y adolescente podrá permanecer en la habitación de contención, sin medidas de sujeción y con indicación médica hasta el reintegro del niño, niña y adolescente al cotidiano del centro, bajo monitoreo constante y sin que ello represente bajo ningún concepto la aplicación de medidas sancionatorias o de castigo al niño, niña y adolescente.

Riesgos en la aplicación de las medidas de contención

Es importante tener presente que la utilización de medidas restrictivas vulnera varios derechos del ser humano. En ocasiones, es riesgosa y tiene efectos iatrogénicos. Por tanto, la decisión de implementarlas, su finalidad, su forma de aplicación cómo y quién la llevan a cabo, entre otros, son aspectos a tener en cuenta a la hora de ponerlas en práctica.

Estos son algunos de los riesgos que puede traer aparejado la puesta en práctica de estas medidas de contención, cuando no se toman en cuenta las recomendaciones en cuanto al tiempo y a la calidad de la intervención:

- Alteración de la integridad cutánea (úlceras por presión, lesiones cutáneas por fricción, etc.). A efectos de evitarlas se sugiere en el capítulo correspondiente realizar cambios posturales siempre que la situación del niño, niña y adolescente lo permita).
- Caídas.
- Bronco-aspiración. A los efectos de evitarlas se sugiere mantener al niño, niña y adolescente semiincorporado con la cabeza elevada.
- Incontinencia, estreñimiento.
- Rigidez y contractura, pérdida de la fuerza y tono muscular.
- Trombosis arterial y venosa.
- Riesgos psicológicos: depresión, confusión, aislamiento social, etc.

POST- CRISIS

Antes de finalizar consideramos fundamental detenernos en el momento posterior a la Crisis, cuando remite el episodio de excitación psicomotriz o el suceso de violencia.

Tres aspectos a considerar, y a partir de ello establecer estrategias de intervención particulares e inmediatas son:

En referencia al niño, niña y adolescente:

- El Equipo de Trabajo del Dispositivo (personal sanitario y personal no sanitario), tomará en cuenta toda la información que se dispone en cuanto a datos personales, sociales, sanitarios del niño, niña y adolescente a los efectos de poder identificar cuál o cuáles pudieron ser los factores desencadenantes de la crisis, realizando despistaje de si el episodio pudo ser ocasionado por factores orgánicos, ambientales y/o emocionales. Es fundamental también, entender cuál fue el significado del mismo buscando trascender en este ejercicio de reflexión el hecho en sí (crisis), para poder comprender con mayor claridad el proceso en el que se encuentra el niño, niña y adolescente. Esto permitirá al equipo de trabajo establecer estrategias de abordaje particulares que puedan mejorar las condiciones de protección del niño, niña y adolescente y a la vez evitar minimizar la posibilidad de la irrupción de nuevos episodios.

- El Equipo de Trabajo además deberá, garantizar y gestionar las indicaciones sanitarias que fueran realizadas por equipo médico interviniente en el proceso de contención. Coordinará con los Centros Especializados correspondientes (Prestadores de Salud Públicos o Privados) y /o técnicos de salud mental la atención.

En referencia al grupo de pares que presenció un suceso de violencia o el episodio de excitación psicomotriz o el suceso de violencia:

- Sin lugar a dudas cualquiera de estos dos acontecimientos son muy movilizadores para el entorno. El Equipo de Trabajo por tanto, también deberá atender este aspecto, estableciendo acciones concretas cuyo objetivo sea conocer cuál fue el impacto en el resto de los niño, niña y adolescente, tanto a nivel grupal como a nivel individual.

En referencia a la familia y/o referentes afectivos del niño, niña y adolescente:

- Atento al proceso de intervención en el marco de la protección del niño, niña y/o adolescente y al abordaje que se desarrolla con la familia y/o referentes afectivos se valorará la pertinencia de la comunicación del episodio orientada a la promoción de la participación de los mismos.

REGISTROS DE INTERVENCIÓN

El registro de lo actuado por el equipo del centro de atención en referencia al episodio de crisis, a las medidas de contención utilizadas, y al procedimiento de sujeción si se hubiese aplicado, tendrá carácter obligatorio y se aplicara como elemento de garantía en la atención al niño, niña y adolescente.

El registro estará sujeto a las especificidades del centro y las competencias aplicadas a la presente guía.

- Centro especializado: historia clínica, cuaderno de enfermería, parte diario.

Es imprescindible que todos los adultos que desempeñan funciones en los centros de atención conozcan estos procedimientos que buscan garantizar buenas prácticas en la aplicación de las medidas de contención. A su vez, es relevante que los servicios capaciten en forma continua a sus funcionarios, actualizando información técnica, marcos regulatorios.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ***Aplicación de Protocolos de Atención de Enfermería en Contención Física y Mecánica en Usuarios con Agitación y Excitación Psicomotríz.*** Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Departamento de Enfermería en salud mental. Montevideo 2007. Virginia Andriani, Claudia Méndez, María José Segundo, María Virginia Viera y Carolina Yakimenko.

- ***Aplicación De Medidas De Contención En Exitación Psicomotríz En Niños Y Adolescentes.*** ASSE Salud. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Realizado por Lic. Mariela Alamilla y Lic. Bárbara Toscano. Revisado por Dra. Gabriela Garrido. Febrero 2017.

- ***Atención del Usuario con Medidas de Sujeción Mecánica.*** API Los Robles. Agosto 2017.

- ***Efectos Psicológicos de la Institucionalización en Niños, Niñas y Adolescentes.*** Carolina Valbuena Arango y Jorge Saldarriaga.

- ***Excitación Psicomotriz: "Manejo en los Diferentes Contextos".*** Juan Ignacio Bustos, Iván Capponi, Rodrigo Ferrante, María José Frausin, Bernabé Ibañez. Marzo 2010.

- ***Instructivo para la Implementación de Medidas de Contención.*** API Los Robles. Agosto 2017.

- ***Manejo de la Excitacion Psicomotriz en Niños y Adolescentes.*** Dras. Valeria Greif, Mariana Treibel. Junio 2017.

- ***Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría.*** Julio 2003. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud.

- ***Pauta (guia) para la Aplicación de Medidas de Contención.*** Dra. Beatriz López, Lic. Renée del Castillo, Dra. María del Carmen Mautone, Dr. Ariel Montalbán, Lic. en Trabajo Social Gerardo Pastorino , Lic. en Enfermería PierinaMarcolini, Dra. MarlénCompan, Dra. Luján Álvarez, Lic. Fanny González.

- ***Protocolo De Contención.*** Centro Psiquiátrico Larrañaga.

- ***Protocolo de Contención de Pacientes.*** Servicio de Salud del Principado de Asturias. Abril 2005.

- ***Protocolo de Contención Mecánica.*** Unidades de hospitalización de psiquiatría de la red de salud mental de Extremadura. Junio 2017.

- ***Revista Asoc. Esp. Neuropsiquiatria No.79.*** José Luis González de Rivera y Revuelta, Catedrático de Psiquiatría. Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática, Psicoterapia de la crisis. Madrid jul./sep. 2001

ANEXO- DEFINICIONES

CONDUCTAS AUTO Y HETERO-AGRESIVAS

- **Auto-agresividad:** agresividad dirigida contra sí mismo. Algunas de sus manifestaciones son:

    - **Autolesiones:** Son actos auto-agresivos que suponen un daño corporal en los que no existe un deseo por parte del sujeto de comprometer la vida.

    - **Mutilaciones:** Se desea la pérdida de una parte del cuerpo, que suele tener un carácter simbólico

    - **Conductas suicidas:** Son aquellas actitudes activas o pasivas cuya finalidad es provocar de forma voluntaria la propia muerte.

- **Hetero-agresividad:** Es la agresividad dirigida contra otros. La conducta violenta es una acción que tiene como finalidad de agredir o amenazar a otra/s persona/s o a sí mismo, causando o no lesiones (físicas y/o psicológicas).

AGITACIÓN O EXCITACIÓN PSICO-MOTRÍZ

Agitación es la actividad motora exagerada, desorganizada, asociada a exaltación y excitabilidad mental. Es también, parte constitutiva de los cuadros de agresión o violencia. Dentro de la misma podemos encontrar grados en cuanto a la intensidad.

Puede oscilar desde una simple inquietud psicomotora hasta una intensa agitación con comportamiento verbal y/o motor violento o auto-agresivo. Durante el episodio puede variar su intensidad. Puede tratarse de una leve inquietud o de una descarga motriz y afectiva muy intensa, en donde podemos identificar sentimientos de angustia, de enojo, de miedo, de violencia, de euforia, etc.

Este síndrome puede responder a varias causas, o estar condicionadas por la interacción de varios factores, no constituyéndose por sí misma una enfermedad. Sin duda, dan cuenta de un malestar, de un sufrimiento, o de un incorrecto funcionamiento de los mecanismos vitales de la persona. Si bien no es una enfermedad, tal como expresamos anteriormente, requiere por parte de los equipos de atención (sanitarios o no sanitarios) que se establezca una estrategia de intervención orientada a evitar el daño del niño, niña y adolescente, de terceros y del entorno.

Puede ser resultado de tres grupos de causas:

- **Delirium (síndrome confusional o síndrome cerebral agudo).** Se caracteriza por una afectación de la conciencia (alteración del nivel de alerta, una disminución de la atención, y la pérdida de la orientación, sobre todo la temporal). Puede llegar a haber alteraciones de la memoria, del lenguaje y del ciclo sueño-vigilia. Desde el punto de vista emocional se pueden manifestar vivencias de ansiedad, miedo, etc.

  Pueden encontrarse también síntomas psicóticos con contenidos delirantes, y alteraciones senso-perceptivas, como ilusiones o alucinaciones, de cualquier modalidad, aunque más frecuentemente visuales.

  El Delirium puede ser ocasionado por:

  - una o varias causas orgánicas subyacentes (alteraciones metabólicas, infecciones sistémicas, tumores, fiebre, etc.),

  - y/o por intoxicaciones por consumo de sustancias psicoactivas (benzodiacepinas, cocaína, pasta base de cocaína, alcohol, anfetaminas, marihuana, inhalantes, etc.) o por abstinencia a alguno de los/las mismos/as.

- **Trastornos psicóticos asociados a Delirium.** En estos la conciencia no se ve afectada. En estos cuadros se observan vivencias delirantes, alucinatorias (auditivas predominantemente) o conductas desorganizadas.

- **Trastornos no psicóticos con agitación**. El niño, niña y adolescente afectado por una crisis de angustia, con cierta frecuencia, puede presentar episodios de agitación. También los niño, niña y adolescente que transcurren por sucesos estresantes o traumáticos. Los Trastornos de Personalidad, especialmente, el antisocial y el límite, pueden presentar episodios de agitación y violencia.

- **Padecimiento físico.** Personas con retardo mental o trastorno del espectro autista.

Piedras 482 Oficina 008- Montevideo - Uruguay
Tel: 2915 7317 I Int. 486, 488
www.inau.gub.uy
inauoficial
@INAU_oficial
inau_oficial