

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
EN SITUACIONES DE PRE-CRISIS,
CRISIS Y POST-CRISIS
DE NNA EN CENTROS 24 HS DEL
SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL
DE I.N.A.U.**

INDICE

- 1. INTRODUCCIÓN.**
- 2. MARCO CONCEPTUAL.**
- 3. OBJETIVOS.**
 - 3.1 Objetivo general.**
 - 3.2 Objetivos específicos.**
- 4. AMBITO DE APLICACIÓN DEL INSTRUCTIVO.**
- 5. INTERVENCION**
 - 5.1 PRE - CRISIS**
 - 5.2 CRISIS - MEDIDAS DE CONTENCIÓN.**
 - 5.2.1 Medidas psico-emocionales de contención.**
 - 5.2.2 Medidas farmacológicas de contención.**
 - 5.2.3 Medidas físicas de contención.**
 - 5.2.3 A) Recursos Humanos**
 - Centros de Atención 24 hs No Especializados.**
 - Centros de Atención 24 hs Especializados**
 - 5.2.3 B) Recursos Materiales**
 - 5.2.4 Procedimiento de sujeción.**
 - 5.2.5 Atención y monitoreo del niño, niña o adolescente con medidas de sujeción mecánica (centros de atención especializados).**
 - 5.2.6 Riesgos en la aplicación de las medidas de contención.**
 - 5.3 POST-CRISIS.**
- 6. REGISTRO DEL PROCESO DE INTERVENCION.**
- 7. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.**
- 8. ANEXOS - Definiciones**

1. INTRODUCCION

El presente PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE PRE-CRISIS, CRISIS Y POST- CRISIS de niños, niñas y adolescentes fue desarrollado por la Sub Dirección General Programática. Su ámbito de aplicación son los centros de atención 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 proyectos y equipos de atención 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 este a 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.

El protocolo busca interactuar en atención al desarrollo del proceso de crisis y su oportuna contención, definiendo e identificando tres momentos: pres crisis – crisis – pos crisis. En dicho abordaje se introduce una mirada integral sobre el proceso y la manifestación sintomatología 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 contenidas 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 contiene un significativo análisis de documentación y trabajos en la temática, la revisión de guías y manuales específicos a nivel público y privado y aportes de áreas sustantivas del Instituto: Programa Familia y Cuidados Parentales de la SGP, Dirección Departamental de Montevideo desde su asistencia técnica y el área de Espacio Salud, y asesorías del Directorio del Instituto.

2. MARCO CONCEPTUAL.

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 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 atención 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.

Durante el proceso de atención e intervención el NNA 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 NNA 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 representación de una crisis es identificada y relacionada con la idea de problema, riesgo y peligro.

G. Caplan¹⁹⁶¹, 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 considerada una herramienta preventiva en los procesos de "sufrimiento" psico-emocional en el proceso de institucionalización del NNA.

La intervención ante estas situaciones demandará 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 crítica del sufrimiento del niño, niña y adolescente 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.

3. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo general.

Aportar criterios para el manejo protocolizado de episodios de auto y/o hetero-agresividad y/o Crisis de Excitación Psicomotriz (CEPM) en niños, niñas y adolescentes (NNA) en centros de protección de 24 hs. del Sistema INAU.

3.2 Objetivos específicos.

- Definir y establecer las condiciones de aplicación de la contención como recurso terapéutico.
- Garantizar la integridad y protección de los NNA 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 NNA.

- Prevenir daños al entorno.
- Prevenir acciones inadecuadas que devengan de la interacción del adulto referente con el NNA en su aplicación, en el marco del desarrollo de buenas prácticas.

4. **AMBITO DE APLICACIÓN DEL INSTRUCTIVO.**

El presente protocolo será de aplicación en los centros de protección del sistema 24 hs de INAU. Esta definición comprende todos los modelos y perfiles de atención en 24h, especializados y no especializados.

5. **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”¹

Definiremos la crisis como un suceso en la vida del NNA, de tiempo variable, con una pérdida progresiva del control sobre sí mismo, pudiendo constituirse en una situación de vulnerabilidad con riesgo vital, “una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida”².

Un NNA agitado, confuso, excesivamente demandante y que se presenta hostil frente al vínculo con educadores y/o equipo de trabajo, suele generar en el entorno, un clima, al menos tenso, que puede devenir en una fase aguda o crisis.

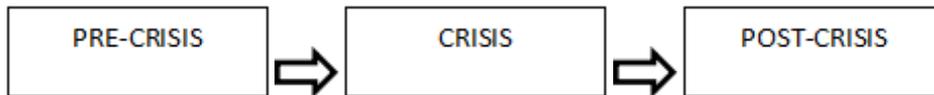
Se puede correr el riesgo que frente a una determinada manifestación conductual del NNA se le atribuya inmediatamente un origen psiquiátrico, sin tomar en cuenta en la emergencia otras posibles causas, realizando una valoración que puede no ajustarse a un diagnóstico correcto. Si bien alguno de ellos puede responder a esto último, las historias de vida de los NNA que atendemos cotidianamente dan razón suficiente para que los episodios de descontrol o agresividad se exterioricen. Estas manifestaciones en el NNA no constituyen por si mismas la pérdida de control sobre sí mismo y/o de su

¹ 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

² 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

situación vital (crisis), a pesar de poder constituirse en momentos de tensión en la dinámica de convivencia del proyecto/centro. Incluso cuando estas conductas las desarrolle un niño niña o adolescente que recibe o requiere atención psiquiátrica y/o psicológica.

Si bien el episodio crítico demanda una especial consideración, hay dos momentos que también deben ser identificados, dado su importancia en la atención de los NNA. Nos referimos al momento previo y al momento posterior a la crisis.



5.1 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, permitirán que estas no devengan en agitación grave y agresión. Es clave entonces anticiparse a esta progresión y conjunción de síntomas. Por eso el personal que atiende a los NNA y visualiza los síntomas y signos anteriormente mencionados, debe adoptar medidas urgentes para evitar el desenlace crítico.

5.2 CRISIS: MEDIDAS DE CONTENCIÓN

Las medidas de contención siempre se deberán adoptar tomando en cuenta el estado emocional del NNA, 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 NNA, evitando que el mismo se lastime a sí mismo, que lastime o dañe a otra persona o a su entorno; y garantizar, en el caso de que amerite, la continuidad de un tratamiento específico. Para ello, se dispondrán de medidas terapéuticas, que denominaremos Medidas de Contención diferenciándolas de la siguiente forma:

- Medidas Psico-emocionales de Contención
- Medidas Farmacológicas de Contención.
- Medidas Físicas de Contención (Ambientales y/o Mecánicas).

5.2.1 Medidas psico-emocionales de contención.

Para el manejo de situaciones que pueden devenir en una CEPM o en un episodio de violencia 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 aliviar la situación 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 NNA 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 NNA 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 NNA, que no represente amenaza, sino todo lo contrario. Los referentes adultos que hayan podido generar un lazo afectivo con el NNA 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 NNA, 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 NNA con tono de voz adecuado, buscando transmitir 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.

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

_ La postura física distendida y el diálogo calmado 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 NNA dentro del campo visual.

_ En ocasiones, cuando no se tiene conocimiento del NNA, 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 NNA. Con la finalidad de entender mejor las conductas y sentimientos de los NNA, es necesario conocer la motivación, el conflicto, etc. Por último, si estas medidas y consideraciones no tienen el efecto buscado (disminuir el monto de ansiedad o estado de agitación psicomotriz), y a su vez los indicadores tienen a aumentar, se debe consultar a un médico, preferentemente a un psiquiatra. Este profesional evaluará la situación y propondrá la estrategia terapéutica a seguir.

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 protectoras en el marco de las intervenciones socio educativas por parte de los integrantes del equipo de trabajo, asociadas al cuidado y contención emocional del NNA

La actitud de escucha favorece la expresión de sentimientos, de vivencias, de miedos, de expectativas, etc. por parte del NNA posibilitando al adulto, y también al NNA, comprender lo que está sucediendo. La posibilidad del NNA 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 NNA hable sin ser interrumpido en un ambiente amigable, ofreciéndole algo para tomar, para comer.

5.2.2 Medidas farmacológicas de contención.

Tal como se mencionó anteriormente, los criterios de gradualidad y de seguridad determinarán las medidas de contención a emplear.

Si las medidas de contención psico-emocionales no alcanzaron para estabilizar el estado emocional del NNA, a instancia únicamente de prescripción médica - médico del proyecto y/o servicio de emergencia médica-, se habilitará la administración de fármaco/s con la finalidad de aliviar la sintomatología, tranquilizando al mismo lo antes posible.

Para los centros de protección de 24 hs no especializados, el coordinador o director del mismo valorará y orientará en la solicitud de apoyo médico.

En la medida que el estado de conciencia del NNA lo permita, se le debe explicar que se solicitara la valoración de un médico, en detalle el procedimiento, sus objetivos, consecuencias y derivaciones.

Si la situación de agitación psicomotora impidiese el procedimiento, se podrá inmovilizar temporalmente al NNA, 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 a la situación de cada NNA

Las medidas de contención farmacológica sólo son aplicadas bajo prescripción y supervisión médica. En Centros de Atención 24 hs. que cuenten con servicio de enfermería, las medidas serán aplicadas por personal del mismo. En los Centros en los que no se cuentan con servicio de enfermería, el procedimiento será realizado por el servicio médico de apoyo externo.

5.2.3 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 descritas, o bien se utilizan como coadyuvantes de las mismas (farmacológicas).

Se trata de un procedimiento que se aplica de manera excepcional cuando ante una situación grave. Se entiende por situación grave aquellos episodios inmanejable en donde se pone en riesgo la integridad del NNA y/o la de otros/as. Esta medida, además, debe ser temporal. Será mantenida hasta tanto remita el estado de excitación.

Estas medidas de contención son empleadas para limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo del NNA excitado, con el objetivo de controlar su actividad motora para evitar lesiones a sí mismo, a terceros o al entorno.

En la contención física de un NNA agitado o violento podrá implicarse a todo adulto responsable que esté presenciando la situación siempre que el responsable de guiar la contención así lo 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 relevante que los Servicios capaciten en forma continua a sus funcionarios, actualizando información técnica y marcos regulatorios.

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 NNA, de los recursos físicos y de espacio con que se cuente.

Ante un cuadro de violencia extrema, el equipo de centro podrá solicitar apoyo para la inmovilización a personal de seguridad o policía.

Las medidas de contención física deben ser indicadas por personal médico y no se corresponden con medidas de sujeción. Salvo en casos de urgencia (inminente riesgo de integridad física del propio NNA u otros) en los cuales la decisión de iniciar la contención la tomará el licenciado o auxiliar en enfermería, el coordinador o el adulto responsable del centro donde está atendido el NNA. Este comunicará de la medida al médico responsable, para servicios especializados y al jerarca administrativo institucional en el plazo lo más breve posible, solicitando apoyo médico de urgencia (medico de proyecto y/o unidad de emergencia médica).El director o responsable del servicio deberá obtener informe del médico interviniente, con valoración de aplicación de las medidas de contención física aplicadas previa supervisión médica e indicaciones posteriores de tratamiento.

5.2.3 a) Recursos Humanos

Los protocolos de actuación elaborados para orientar la intervención frente a situaciones de crisis en centros especializados en salud mental indican que la cantidad de personas recomendada para llevar a cabo la contención física es de cinco (5) con la finalidad de que una de ellas pueda sujetar la cabeza de la persona sobre la que se aplica la contención y cuatro de ellas puedan sujetar sus extremidades. Al tratarse este protocolo de una orientación para la actuación en centros especializados y no especializados, la cantidad de personas necesarias para la contención física se establecerá en función del tipo de centro, lo que se encuentra directamente asociado a las características de la población atendida.

Todos los integrantes del equipo de trabajo de un centro de atención, con capacitación previa en la intervención en situaciones de crisis de NNA, podrán intervenir en el proceso de contención física de los NNA, y su función en dicho proceso dependerá del vínculo de referencia que mantengan con los NNA priorizando la participación de aquellos que mantengan la mayor referencia afectiva con los NNA, en especial en la contención psicoemocional.

En todos los casos, la contención física será guiada por personal de salud o en su defecto por la persona con mayor experiencia en manejo de este tipo de situaciones.

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.

Centros de Atención 24 hs No Especializados

En los Centros de Atención 24 hs No Especializados, el número de personas destinadas a realizar la contención física, estará sujeta a la cantidad de personas que se encuentra en el Centro en el momento que surge la emergencia. La Medida de Contención física en estos centros sin supervisión médica se aplicara solo en casos de inminente riesgo³ de vida y se mantendrá hasta tanto el médico de la Institución o el de la Emergencia Móvil contratada por la misma lo indique o reduzcan los niveles de riesgo de vida inferidos por el personal presente. La aplicación de las medidas de contención física en centros de 24h no especializados, implicara el más mínimo compromiso en la inmovilización del NNA, por el menor tiempo posible, salvo indicación médica supervisada.

Todos los integrantes del equipo de trabajo, estando presentes en el dispositivo en el momento de producirse la crisis, deben participar de la contención, aportando además desde su rol específico.

Lic. Psicología: Participa en la contención y en la evaluación periódica del estado psicopatológico del NNA atendido en coordinación con el servicio médico.

Auxiliar de Enfermería (si existiere): Coopera en la ejecución y supresión de la contención mecánica. Participa de los cuidados, control y observación del NNA.

Educador/a: Colaborar en la contención física y el traslado del NNA, 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 NNA.

Centros de Atención 24 hs Especializados:

³Definimos riesgo vital o de vida para el NNA o terceros (pares o integrantes del equipo de trabajo), a aquella/s situación/es en las que se ve comprometidas la integridad física (muerte o secuela funcional grave) 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).

Médico ó Médico Psiquiatra_ Indica y participa de la medida. Evalúa periódicamente el estado general y psicopatológico del NNA objeto de la medida. Indica la prórroga de la medida y/o modificación del tipo de sujeción. Indica el cese de la contención tras la valoración conjunta con el resto del equipo terapéutico.

El médico o médico psiquiatra podrá dejar registrado en Historia Clínica indicación de medidas de contención ante situaciones de excitación; el Director o Coordinador junto con Enfermería podrá ejecutar las mismas.

Psicólogo_ Participa durante el tiempo que esté presente en el Centro y en coordinación con el/la psiquiatra, en la evaluación periódica del estado psicopatológico del NNA atendido.

Lic. Enfermería_ Participa y monitorea el estado sanitario general, y garantiza que las necesidades físicas y psicológicas sean contempladas. Estando en el Servicio, es responsable de la dirección de la contención coordinando su ejecución. La indica en caso de ausencia de previa autorización médica. Es responsable del uso que se le da al instrumental mecánico de sujeción y también de los cuidados y controles.

Aux. de Enfermería_ Coopera en la ejecución y supresión de la contención mecánica. Participa de los cuidados, control y observación del NNA. Debe mantener preparada la habitación de contención, asegurándose de que todo el material de sujeción está dispuesto en la cama antes de la aplicación de la medida. Monitorea el estado sanitario general en ausencia de Licenciada/o de Enfermería.

Educador/a_ Colaborar en la contención física y el traslado del NNA, la instauración y el cese de la contención. Mantener preparada la habitación de contención, asegurándose de que todo el material de sujeción está dispuesto en la cama antes de la aplicación de la medida. Esta función es compartida con la auxiliar de enfermería.

Director/Coordinador: 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 NNA.

Personal de seguridad_ Colaborar en el procedimiento, siempre que sea requerido por el personal del Servicio. Intervendrá en la contención física del/de la paciente, en situaciones muy excepcionales, si no es suficiente con el personal del propio Servicio y solo a requerimiento explícito del personal de psiquiatría o enfermería, o del Director o Coordinador institucional, siguiendo las instrucciones claras de éstos.

5.2.3 b) Recursos Materiales (únicamente para centros de atención Especializados)

Habitación individual de contención. Comprende a Clínicas de Agudos, Clínicas de Crónicos y Centros de Medio Camino.

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

Instrumentos de Sujeción.

Su aplicación solo corresponde a centros atención integral especializados, salud mental y discapacidad para niveles III y IV atención.

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, evitando la utilización 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).

5.2.4 Procedimiento de sujeción.

Paso 1_ Sujeción Física (centros especializados – no especializados, con indicación y supervisión médica)

Detectada la necesidad de sujeción física como último recurso y ante la constatación de riesgos, se procederá a sujetar al NNA 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, a fin de contar con el mayor número de personas en el procedimiento (ver RR.HH.). Solo si las medidas de contención inicial descritas en el párrafo 1 no logran disminuir los riesgos de vida, se procederá con el objetivo de acostar al NNA en el piso, acompañado el descenso, desde los miembros inferiores se realizara presión en gemelos con la rodilla o pie del operador, suavemente continuando por el tronco y finalmente brazos y cabeza hasta tenerlo 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 cada uno, una de las extremidades (brazos, piernas y cabeza). Se intentará colocar y mantener los brazos y piernas extendidas lateralmente al cuerpo del NNA. Se extremarán las medidas con respecto a evitar que el NNA golpee 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 NNA. Ver habilitaciones punto 5.2.3

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

Si se hubiese dispuesto la aplicación de mediadas 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 de agitación, se procederá al traslado del NNA a la habitación de contención en los Centros Especializados o al Prestador de Salud del NNA según indicación médica en la Unidad Emergencia Móvil de Traslado.

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

El NNA 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 NNA en el proceso de sujeción.

Finalizada la colocación de instrumental de sujeción se recomienda verificar, que el NNA 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 NNA 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 medidas.

5.2.5 Atención y monitoreo del niño, niña o adolescente con medidas de sujeción mecánica (servicios especializados).

El Equipo de Atención establecerá una estrategia de monitoreo especial para el NNA 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 médico 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 NNA (higiene – suministro de líquidos).

Se monitoreara la remisión de indicadores de crisis, favoreciéndole el retiro progresivo de las medidas de sujeción según valoración médica, involucrando mediante el contacto verbal al NNA.

Importante:

- cuando el NNA se encuentre más tranquilo o sedado por la aplicación de la terapéutica farmacológica 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 NNA al proceso, finalizando en el retiro del cinturón de contención.
- El NNA podrá permanecer en la habitación de contención, sin medidas de sujeción y con indicación médica hasta el reintegro del NNA al cotidiano del centro, bajo monitoreo constante y sin que ello represente bajo ningún concepto la aplicación de medidas sancionatorias o de castigo al NNA.

5.2.6 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 además, 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 NNA lo permita).
- Caídas.

- Bronco-aspiración. A los efectos de evitarlas se sugiere mantener al NNA semi-incorporado 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.

5.3 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.

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

- En referencia al NNA:

_ 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 NNA 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 NNA. Esto permitirá al equipo de trabajo establecer estrategias de abordaje particulares que puedan mejorar las condiciones de protección del NNA 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 movilizados 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 NNA, tanto a nivel grupal como a nivel individual.

- En referencia a la familia y/o referentes afectivos del NNA:

_ 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.

6. REGISTROS DEL PROCESO 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 NNA.

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.
- Centro no Especializado: legajo móvil, cuaderno 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.

7. 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 Pierina Marcolini, Dra. Marlén Compan, 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 Picosomática, Psicoterapia de la crisis. Madrid jul./sep. 2001

7. 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).

6.3 **Agitación o excitación psico-motriz.**

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 NNA, de terceros y del entorno.

Puede ser resultado de tres grupos de causas:

1. 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 (benzodiazepinas, cocaína, pasta base de cocaína, alcohol, anfetaminas, marihuana, inhalantes, etc.) o por abstinencia a alguno de los/las mismos/as.

2. 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.

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

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