



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA:

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AGITACIÓN
PSICOMOTRIZ EN LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE
DE QUITO, AÑO 2014.**

AUTORA:

Flores Placencia Jessica Lizbeth

DIRECTORA DE TESIS:

MSc. Viviana Espinel Jara

IBARRA

MARZO 2016

ACEPTACIÓN DE LA DIRECTORA

Luego de haber sido designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología de la Universidad Técnica del Norte de la Ciudad de Ibarra, he aceptado con satisfacción participar como Directora del Trabajo de Grado del siguiente tema: **“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE DE QUITO, AÑO 2014”** Trabajo realizado por las señorita Flores Placencia Jessica Lizbeth previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Al ser testigo presencial, y corresponsable directo del desarrollo del presente trabajo de investigación. Certifico que reúne los requisitos y méritos suficientes para el sustento ante el tribunal que sea designado oportunamente.

Es todo lo que puedo certificar por ser justo y legal.



Msc. Viviana Espinel

C.I 1001927951

DIRECTORA DEL TRABAJO DE GRADO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1004021828		
APELLIDOS Y NOMBRES:	FLORES PLACENCIA JESSICA LIZBETH		
DIRECCIÓN:	SALINAS		
EMAIL:	Jessy-lizbeth@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	NO TIENE	TELÉFONO MÓVIL:	0987828319
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE DE QUITO, AÑO 2014		
AUTOR (ES):	FLORES PLACENCIA JESSICA LIZBETH		
FECHA: AAAAMMDD	18/03/2016		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciadas en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Viviana Espinel		

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Jessica Lizbeth Flores Placencia, con cédula de identidad Nro. 100402182-8, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo

de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 18 días del mes de Marzo del 2016

LA AUTORA:



Flores Placencia Jessica Lizbeth

CI. 100402182-8



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, FLORES PLACENCIA JESSICA LIZBETH con cédula Nro. 100402182-8, expreso mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE DE QUITO, AÑO 2014., que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciada en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. Suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 18 días del mes de Marzo de 2016.

LA AUTORA:

Flores Placencia Jessica Lizbeth

CI. 100402182-8

DEDICATORIA

Dedico esta tesis principalmente a Dios por ser el ser supremo que me ha permitido llegar hasta estos momentos tan importante en mi formación profesional.

A mis padres por haberme apoyado en todo momento de mi carrera por ser los pilares fundamentales de mi vida, por creer en mí y darme alientos en todo momento y hacerme ver que la vida es a base de esfuerzos y que si se propone algo se lo cumple.

A mi hijo Francis por ser el motor que me ha impulsado a superarme cada día por ser mi alegría en momentos difíciles por darme fuerzas para salir adelante y ser mi motor cada día para superarme y ser su ejemplo de superación constante.

A mi hermano porque he tenido la fortuna de contar con él en todo momento, por sus consejos y alientos para terminar lo que un día me propuse por la confianza y apoyarme a lo largo de mi carrera.

A ti Juan por darme ánimos para superar los obstáculos y no sentirme derrotada por apoyarme cuando sentí ganas de darme por vencida, por la paciencia y la atención brindada.

Jessica Flores

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte por la formación académica brindada desde sus aulas.

A todos los docentes que con paciencia y buena voluntad impartieron sus conocimientos durante esta etapa de formación profesional.

A mis compañeras que supieron compartir nuestras vivencias estudiantiles.

A mi familia que con esfuerzo, sacrificio y mucho amor supieron apoyarme a lo largo de mi carrera.

A todo el personal que labora en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe de la ciudad de Quito conjuntamente con sus pacientes por permitirme realizar este trabajo de investigación.

Jessica Flores

ÍNDICE

ACEPTACIÓN DE LA DIRECTORA.....	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO;	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN.....	xii
SUMMARY	xiii
TEMA	xiv
CAPÍTULO I.....	1
El Problema de Investigación.....	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.2 Formulación del problema.	5
1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos	9
1.4.1 Objetivo General.....	9
1.4.2 Objetivos Específicos	9
1.4.3 Preguntas de la investigación	10
CAPÍTULO II	11
Marco Teórico.....	11
2.1 Marco referencial.....	11
2.2 Marco contextual.....	13
2.2.1 Antecedentes.....	13
2.3 Marco conceptual	14
2.3.1 Agitación psicomotriz.....	14
2.3.2 Etiología.....	14

2.3.3 Factores que influyen en la realización de una valoración psiquiátrica en pacientes que consultan por intoxicación por cocaína.....	15
2.3.4 Trastornos psicóticos	16
2.3.5 Causas orgánicas de agitación psicomotriz	17
2.3.6 Trastorno mental orgánico	18
2.3.7 Trastornos psicóticos	18
2.3.8 Trastorno no orgánico y no psicótico	19
2.3.9 Actividad Terapéutica.....	20
2.3.10 Tipos de contención	21
2.3.11 Contención mecánica.....	22
2.3.12 Cuidados de Enfermería	25
2.3.13 Consentimiento Informado	31
2.3.14 Administración de Medicación.....	33
2.4 Marco Legal	34
2.4.1 Constitución de la República del Ecuador.....	34
2.4.2 Modelo de Atención Integral (MAIS-FCI).....	34
2.5 Marco Ético	36
2.5.1 Código de Ética de la F.E.D.E.	36
2.5.2 Principios Generales de Ética	36
2.5.3 Derechos de derecho y amparo al paciente.....	37
CAPÍTULO III.....	39
Metodología de la investigación	39
3.1 Diseño de investigación.....	39
3.2 Tipo de investigación	39
3.3 Población y Muestra	40
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión	40
3.5 Técnicas e Instrumentos	41
3.6 Operacionalización de Variables.....	42
3.7 Análisis de Resultados.....	44

CAPÍTULO IV	45
Resultados de la Investigación	45
4.1 Características sociales de pacientes con agitación psicomotriz que acuden a la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe de la ciudad de Quito.....	46
4.2 Identificación de cuidados específicos más frecuentes en la atención de enfermería para pacientes con problemas de agitación psicomotriz.	52
CAPÍTULO V	61
Conclusiones y recomendaciones	61
5.1 Conclusiones	61
3.7 Recomendaciones.....	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	67
Anexo 1. Propuesta	67
Anexo 2. Encuesta.....	68
Anexo 3. Glosario	70
Anexo 4. Fotos	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la población por género.....	46
Gráfico 2. Distribución de la población según su estado civil.....	47
Gráfico 3. Edad de los pacientes atendidos.....	48
Gráfico 4. Ocupación de los pacientes atendidos.....	50
Gráfico 5. Patología más frecuente en pacientes con agitación psicomotriz.	51
Gráfico 6. Grado de conocimiento que posee el personal de enfermería tiene sobre los procedimientos de atención.	52
Gráfico 7. Recibe capacitación para la aplicación y desarrollo de acciones, procedimientos para el cuidado del paciente con agitación psicomotriz.	53
Gráfico 8. Criterio de importancia al compromiso, predisposición y responsabilidad frente al manejo de procedimientos de atención en cuidados de enfermería.....	54
Gráfico 9. Desarrollo de los cuidados al paciente con conocimiento ético profesional.....	55

RESUMEN

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE DE QUITO, AÑO 2014.

Jessica Lizbeth Flores Placencia¹

¹Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte

jessy-lizbeth@hotmail.com

Los problemas de Salud Mental son trastornos graves con un alto coste social, laboral, económico y familiar alrededor del cual se han tejido innumerables teorías y vínculos sociales negativos de ahí que se perfila como uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad, con el objetivo de especificar la atención que brindan los profesionales de Enfermería en pacientes con agitación Psicomotriz en la Clínica Nuestra Señora De Guadalupe de Quito, Año 2014. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo y explicativo, con un diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 169 pacientes con agitación psicomotriz, además se tomó en cuenta a toda la población del personal de enfermería que labora en la clínica. Dentro de los resultados obtenidos se pudo determinar que la mayoría de pacientes atendidos son hombres, en edades comprendidas entre 26, 40 y 55 años. La mayoría presentaron trastornos mentales y de comportamiento por el abuso de múltiples drogas y/o alcohol. En cuanto al personal que labora en esta casa de salud se pudo determinar que sólo un 22% de ellas conocen totalmente el manejo de los protocolos, debido a que son poco frecuentes las capacitaciones que han recibido. Además, el 12% de las profesionales no tienen suficiente conocimiento ético al tratar con familiares y pacientes. Como una propuesta alternativa se elaboró una guía de atención de enfermería que vaya en beneficio directamente de los pacientes con este tipo de afectaciones.

Palabras Clave: Agitación Psicomotriz, Trastornos Mentales, Guía

SUMMARY

NURSING CARE IN PATIENTS WITH STIRRING IN CLINICAL PSYCHOMOTOR NUESTRA SEÑORA OF GUADALUPE QUITO, 2014.

This research was conducted at “Nuestra Señora de Guadalupe from Quito Clinic” focusing on patients with mental health problems. The aim was to design a protocol based on nursing care in patients with psychomotor agitation in crisis intervention and treble unit. This work was supported methodologically on a kind of quantitative descriptive and explanatory research, with a non-experimental and cross-sectional design. With a population of 418 patients, they are treated in 2014, and the sample gave a total of 169 patients with psychomotor agitation, it was also taken into account the entire nurses staff working in the clinic. Among the results, it was determined that the majority of patients are men, aged 26, 40 and 55. Most had mental and behavioral disorders by abuse if multiple drugs and / or alcohol. As the staff working in nursing it was determined that only 22% of them understood fully the management of the protocols, because they have received rare training. In addition 12% of professional do not have enough ethics when they have to work whit family members and patients. As an alternative proposal, guide nursing care was made that will benefit directly patients with this type of damages.

Keywords: Agitation Psychomotor, Mental Disorders, Guide

TEMA

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AGITACIÓN
PSICOMOTRIZ EN LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE DE
QUITO, AÑO 2014.

CAPÍTULO I

El Problema de Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

Las enfermedades mentales han existido en todo el curso de la historia, el ser humano ha ido construyendo en forma permanente significaciones sociales para explicar y dar cuenta de la enfermedad mental, las cuales se han caracterizado por poseer diversas relaciones negativas que caracterizaban, etiquetaban y estigmatizaban a los enfermos mentales.

Los problemas de Salud Mental son trastornos graves con un alto coste social, laboral, económico y familiar alrededor del cual se han tejido innumerables teorías y vínculos sociales negativos de ahí que se perfila como uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad. Gran parte de esto se debe al miedo, a la incomprensión y a la desproporcionada e inapropiada publicidad que se les otorga a los enfermos mentales entorno a sus conductas violentas (1).

En la historia se encuentran mitos, leyendas y referencias literarias referentes a las vivencias del profesional de enfermería ante el problema de salud mental. Según estimaciones publicadas en octubre de 2006 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico”. Esto evidencia, la necesidad de emprender una línea de acción, para fomentar los cambios que permitan mejorar estilos de vida

saludable, la promoción del desarrollo psicosocial y mental de las personas, a fin de minimizar los problemas de salud mental.

Los problemas de salud mental se encuentran dentro de los primeros estadios a la carga de la enfermedad a nivel mundial y en muchos países europeos son ya la primera causa de morbilidad. Estas cifras representan un enorme costo humano de la enfermedad, con un estimado de 83 millones de personas están afectadas, sin embargo, incluso estas cifras probablemente subestiman la magnitud del problema ya que solo un número limitado de trastornos se incluyen y no se han recogido datos sobre los mayores de 65 años, un grupo que está en riesgo particular (2).

En América Latina, la situación es similar al resto del Mundo. Según refiere Ramírez, E (2006) “alrededor de 1 de cada 100 personas, suele presentar problemas de salud mental al comenzar en la juventud. Alrededor de 20 a 40% de los pacientes con problemas mentales son personas en edades comprendidas entre 20 y 30 años, de los cuales, el 30% presenta trastornos graves de éstas patologías.”. Estos registros, evidencian que la salud mental constituye un problema de salud pública importante en la actualidad esta situación ha sido motivo de preocupación para los profesionales de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que los trastornos psiquiátricos que se inician en la infancia o adolescencia deben ser una prioridad para la Salud Pública (3). La OMS enfatiza que el primer paso en la planificación de servicios de Salud Mental es la recolección de información relevante.

La OMS está elaborando un plan global de acción de salud mental. La situación mundial según la OMS, “el número de personas con trastornos mentales en la región de las Américas aumentara de 114 millones a 176 millones en el 2012. Los países de

ingresos bajos cuentan con 0,05 psiquiatras y 0,42 enfermeras psiquiátricas por cada 100.000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos la tasa de los psiquiatras es 170 veces mayor y la de las enfermeras 70 veces mayor” (4).

Para las acciones de salud mental se dispone únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública. De esta cantidad el 59% se destina a los hospitales psiquiátricos. Los cinco hospitales psiquiátricos están situados en las tres ciudades más grandes del país. Existen 12 camas en los hospitales psiquiátricos por cada 100.000 habitantes.

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Oficina de Salud Mental cumple en forma periódica acciones de capacitación sobre atención primaria en salud mental, lo que ha permitido que el año 2.006 al menos el 20% de quienes trabajan en ese sector se hayan capacitado. Una falencia crítica es la de servicios especializados y personal capacitado para atender a los niños y adolescentes con problemas de salud mental. De los pacientes ingresados a los hospitales psiquiátricos apenas el 35% son menores de 17 años (2).

La Clínica Nuestra Señora de Guadalupe de la ciudad de Quito es una Institución privada que brinda atención de especialidad psiquiátrica, la cual atiende a pacientes que acuden de todas las provincias del Ecuador debido a la gran demanda y a la falta de Instituciones de esta especialidad, han realizado en la actualidad un convenio con el IESS para que accedan a los beneficios de la atención en Salud Mental.

La atención de enfermería y los cuidados que se relacionan con las distintas afecciones psiquiátricas tienen gran importancia ya que la descripción de estos está avalada por la necesidad de su conocimiento y por la formación de recursos humanos altamente calificados que tengan una base científica y profunda.

De la atención de enfermería se espera la identificación oportuna de las necesidades del paciente y diagnósticos de enfermería correctos, que garanticen una correcta práctica, de la aplicación de conocimientos teórico-prácticos, la toma de decisiones correctas y la actuación oportuna ante las diferentes situaciones, si lo logramos habremos contribuido en algo a alcanzar nuestras metas.

El manejo de la persona con alteraciones de la salud mental es una tarea compleja para realizar en el área de enfermería sin embargo, es bien sabido que en los últimos estudios sobre estos problemas de salud, se ha comprobado que al mantenerse el paciente con el grupo familiar resulta más beneficioso para el mantenimiento y control de la enfermedad (5).

Ser profesional de enfermería, es un gran compromiso ya que este rol de traspasar los cuidados físicos y mentales de las personas con problemas antes descritos, deben ser capaces de observar, analizar y comprender los cambios y actitudes de una persona con problemas de salud mental, contar con herramientas para abordar a ese ser humano ligado a tantos factores de su entorno.

Los protocolos de Enfermería constituyen uno de los pilares básicos que de alguna manera determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados; la clínica necesita poner al día estos procedimientos y ofrecer así, una guía que disminuya la variabilidad en la práctica, adecuándose a los nuevos escenarios del Plan de Atención ciudadana y que sirva de horizonte a todos aquellos profesionales que se enfrentan de distinta forma, al arte de cuidar.

1.2 Formulación del problema.

¿Qué tipo de atención de enfermería se brinda a pacientes con agitación psicomotriz en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe de la ciudad de Quito, año 2014?

1.3 Justificación

Es de importancia el rol del personal de enfermería en salud mental para afrontar las necesidades y demandas y así asegurar la calidad de atención y los derechos del paciente. La implementación de un protocolo servirá para que el personal actúe de una forma ágil y oportuna con conocimiento práctico, pero también teórico de esta manera se evitará complicaciones o situaciones que salgan de control.

En la actualidad el personal de enfermería enfrenta cada día nuevos retos en su campo de acción más aun cuando no se cuenta con protocolos estandarizados y existen pocos estudios actualizados en nuestro país, especialmente en salud mental que permitan mejorar las oportunas y adecuadas actuaciones para la pronta recuperación de los pacientes. Es muy importante recalcar que la educación a los familiares toma un papel muy importante en la recuperación, así como también en el seguimiento correcto del tratamiento.

Según estimaciones publicadas en octubre de 2006 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico”.

En América Latina, la situación es similar al resto del mundo, “alrededor de 1 de cada 100 personas, suele presentar problemas de salud mental al comenzar en la juventud. Alrededor de 20 a 40% de los pacientes con problemas mentales son personas en edades comprendidas entre 20 y 30 años, de los cuales, el 30% presenta trastornos graves de éstas patologías.”.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Oficina de Salud Mental cumple en forma periódica acciones de capacitación sobre atención primaria en salud mental, lo que ha permitido que el año 2.006 al menos el 20% de quienes trabajan en ese sector se hayan capacitado. Una falencia crítica es la de servicios especializados y personal capacitado para atender a los niños y adolescentes con problemas de salud mental.

Para esto la intervención del personal de enfermería cobra importancia; ya que este grupo humano debe contar con los conocimientos y preparación suficientes para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos, no solamente hacia brindar el cuidado específico a las personas con problemas en su salud mental, sino también hacia la prevención y detección temprana de sus complicaciones.

La presente investigación tendrá como grupo beneficiario a los pacientes de la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe, mediante la prestación de cuidados específicos y en segunda instancia al personal de enfermería con la utilización de un protocolo estandarizado, consensado por el grupo de trabajo, mismo que servirá de guía y apoyo para la realización de cuidados individualizados en los pacientes que presenten problemas de agitación psicomotriz.

La utilidad de la investigación radica en la aplicación de protocolos estandarizados para asegurar que las personas necesitadas reciban el mejor cuidado posible y esté apegada a la asistencia médica en concordancia con los avances de la ciencia, con el objetivo de asegurar la continuidad de la misma y la satisfacción del usuario. Para su medición en los servicios de salud es necesario elaborar estándares e indicadores que guíen y orienten la práctica profesional y será de gran utilidad para la realización de una técnica rápida segura y eficaz.

Es por ello que este estudio tiene relevancia práctica por los beneficios que aporta la investigación al personal de enfermería, quienes tendrán la oportunidad de abordar algunos temas que les inquieten sobre este tópico de interés, al tiempo que se mejorará la calidad del cuidado de la persona con problemas de salud mental. Por otra parte, la investigación reviste gran importancia para las personas afectadas ya que son quienes se van a beneficiar directamente cuando la enfermera en su rol de orientadora, le proporcione el cuidado necesario y oportuno sobre la forma de manejar su problema.

Tendrá un impacto positivo dentro del grupo de profesionales de enfermería como un medio de consulta para cumplir uno de los roles más importantes, como son la educación, orientación y capacitación, donde la enfermera proporciona la información necesaria y apoyo al paciente en todas sus necesidades.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Especificar la atención que brindan los profesionales de Enfermería en pacientes con agitación Psicomotriz en la Clínica Nuestra Señora De Guadalupe de Quito, Año 2014.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociales de los pacientes con agitación psicomotriz que acuden a la Clínica Nuestra Señora De Guadalupe de Quito.
- Describir los cuidados de enfermería en la atención de pacientes con problemas de agitación psicomotriz.
- Diseñar una guía de atención de enfermería que guíe y oriente la práctica profesional en pacientes con agitación psicomotriz.

1.4.3 Preguntas de la investigación

- ¿Cuáles son las características sociales de los pacientes con agitación psicomotriz que acuden a la Clínica Nuestra Señora De Guadalupe de Quito?
- ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en la atención de pacientes con problemas de agitación psicomotriz?
- ¿El diseño de una guía de atención de enfermería orientará la práctica profesional en pacientes con agitación psicomotriz?

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1 Marco referencial

El Dr. Luis López Mora realizó una investigación realizada sobre manejo Farmacológico de paciente agitado con riesgo de conducta agresiva (6), señala que “la agitación Psicomotriz es un complejo síndrome, pobremente entendido, que involucra un estado de sobre productividad motora y mental, con conductas que pueden suponer riesgo de agresividad en el paciente con una posible base neuro anatómica cortico- estriado- talámico”.

Rafael Estévez, Ihosvany Basset, Ma. Guadalupe Guerrero y otros (7), en un trabajo realizado sobre: la sujeción del paciente con agitación psicomotriz concluyen que, “La agitación psicomotriz es un síndrome, un conjunto de signos y síntomas psíquicos clásicamente englobados en los trastornos de la conexión o conducta motora, por hiperactividad, situándolos en el polo opuesto a la inhibición psicomotriz. Aunque no existe una definición y criterios unánimes en la actualidad, conceptualmente puede decirse que se trata de un síndrome caracterizado por aumento significativo de la actividad motora, acompañado por alteración de la esfera emocional (ansiedad severa, miedo, pánico, cólera, euforia, etc.). De intensidad variable, puede presentarse de una mínima inquietud psicomotriz hasta movimientos totalmente incordiados y sin finalidad alguna.

Según Dorothea E. Orem y su Teoría del déficit de auto cuidado (8). “Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.”

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.

Según, Miguel Angel Sevillano Arroyo. Las crisis de agitación se presentan de forma frecuente en la práctica hospitalaria tanto en la unidad de psiquiatría como en otras áreas de hospitalización. Por ello es frecuente que tengamos que recurrir a una técnica compleja, por las connotaciones que conlleva, como es la contención mecánica. Cuando un paciente presenta una crisis de agitación psicomotriz, muchas veces nos vemos desbordados y dubitativos acerca de la conducta correcta a seguir. Un buen abordaje hará mucho más sencillo el control de la situación. Si es precisa la inmovilización, el seguimiento de unas normas protocolizadas para llevar a cabo la contención mecánica nos será de gran utilidad para la realización de la técnica de forma rápida, segura y eficaz (9).

Francisco L Montes Galdeano. La contención mecánica se entiende como el uso de dispositivos físicos y/o mecánicos para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o de su totalidad, para prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en riesgo o peligro de lesión a la persona enferma o a su entorno (10).

2.2 Marco contextual

2.2.1 Antecedentes

La Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús tiene como misión apostólica la asistencia a enfermos mentales, minusválidos físicos y psíquicos, ancianos con problemas psíquicos y enfermos con otras patologías. Al final de la década de los 60 la psiquiatría ecuatoriana mostraba condiciones precarias resultado de la desatención estatal y la incompreensión social, al inicio se dedicó al cuidado de pacientes de sexo femenino más tarde se abrió la sección de varones y de modo natural surgió la atención de consulta externa a medida que los paciente salían con el alta se daba a conocer la clínica la cual fue fundada el 24 de junio del año 1967 y así surgió la asistencia de internación y consulta externa, el área de la UIC (Unidad de intervención en crisis y Agudos), Paliativos y Residencia. Este centro está ubicado en la ciudad de Quito, cuenta con un servicio de consulta externa, área administrativa, áreas de terapias tanto ocupacional, física, respiratoria, auditorio, un área verde, lavandería, cocina.

Para una mejor atención el servicio de hospitalización está dividido por secciones las misma que están de acuerdo a la características de cada uno de los pacientes así podemos renunciar a los siguientes: Unidad de Intervención en Crisis y Agudos con capacidad de 24 camas para pacientes psiquiátricos, Residencia con 23 camas para pacientes con afecciones siquiátricas o no de la tercera edad de estancia prolongada , Cuidados Paliativos con 43 camas que brinda atención a pacientes oncológicos en etapa terminal y de enfermedades crónico degenerativas, en la actualidad este centro cuenta con un convenio de atención con el IESS.

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Agitación psicomotriz

La agitación psicomotriz se lo conoce como un estado de hiperactividad mental acompañada de un aumento inadecuado de la actividad motora. Con un grado variable con una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado puede acompañarse de distintos síntomas y signos de gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos.

Es imprescindible realizar un Diagnóstico diferencial entre la agitación orgánica y psiquiátrica, “es importante distinguir la agitación de la violencia. La violencia en si se circunscribe al campo de la conducta humana, forma parte del repertorio esperable en nuestra especie y está sujeta al marco legislativo de nuestro ámbito cultural. Así mismo hay que diferenciar a la agitación del cuadro confesional agudo o delirium” (11).

2.3.2 Etiología

La agitación es en ocasiones la manifestación de una enfermedad médica, en otras es signo de ansiedad extrema y en otras la expresión de un trastorno mental subyacente. Si la agitación psicomotriz viene acompañada con alteración del nivel de conciencia se habla de delirium. Antes de abordar una decisión terapéutica se ha de establecer un diagnóstico diferencial de presunción y categorizar al paciente en alguno de estos tres grandes grupos diagnósticos.

Este diagnóstico de presunción orientará el abordaje terapéutico, se hará en función tanto de la sintomatología reflejada por el paciente (nivel de conciencia, lenguaje,

etc.) como por la información facilitada por familiares, amigos o testigos (antecedentes psiquiátricos o de enfermedad orgánica, factores precipitantes, consumo o suspensión de tóxicos, forma de inicio, episodios previos, duración del mismo, etc.). En ocasiones, una buena historia clínica detallada no es posible hasta la contención del paciente.

La prioridad, como en toda urgencia psiquiátrica, será descartar una causa orgánica que requiera un tratamiento específico. Diversos trastornos sistémicos del sistema nervioso central, así como el abuso de tóxicos terminan repercutiendo sobre la función cerebral, y pueden ocasionar un cuadro de agitación psicomotriz que se manifiesta generalmente como un síndrome confesional agudo o delirium, que presenta unas características propias y que generalmente no ceden con la contención verbal, por lo que se debe recurrir a la inmovilización del paciente. Los trastornos orgánicos que pueden provocar un cuadro de agitación psicomotriz se pueden ver en la tabla adjunta. Estas situaciones se plantean con más frecuencia en los pacientes ingresados en hospitales generales.

2.3.3 Factores que influyen en la realización de una valoración psiquiátrica en pacientes que consultan por intoxicación por cocaína.

El consumo de cocaína y las consultas en urgencias por este motivo han experimentado un importante incremento en los últimos años, tanto en Europa¹ como en España. Se estima que un 6% de la población de entre 19 y 39 años la ha consumido en alguna ocasión. En la encuesta del Plan Nacional de Drogas del año 2005 se confirma una tendencia al alza en el consumo de la cocaína en polvo, que pasa del 1,6% en 1999 al 3% en 2005.

Además, la cocaína es la sustancia que se menciona con mayor frecuencia en las urgencias hospitalarias por intoxicación por drogas de abuso. En este sentido, en dos

series españolas, las consultas en urgencias por consumo de cocaína representaron entre el 28,6% y el 66% de las urgencias generadas por sustancias de abuso. Por otra parte, los consumidores de drogas de abuso tienen comorbilidades psiquiátricas con relativa frecuencia, y alcanzan hasta un 30% en los consumidores de cocaína.

En un reciente estudio en nuestro medio, que se realizó en jóvenes consumidores de cocaína, se detectaron hasta un 42,5% de comorbilidades psiquiátricas, inducidas o no por la droga, en las que predominan los trastornos del humor y de ansiedad. Además, la cocaína es la sustancia de abuso que más a menudo se asocia con ideas autolíticas. Atendiendo a esta elevada prevalencia de patología psiquiátrica concomitante, se podría plantear la necesidad de realizar una valoración psiquiátrica a los pacientes con intoxicación por cocaína que acuden a urgencias. Sin embargo, en la práctica diaria, esto no es así (12).

2.3.4 Trastornos psicóticos

El paciente que padece un trastorno esquizofrénico de tipo paranoide es el que con mayor frecuencia puede protagonizar cuadros de agitación psicomotriz en el contexto de descompensaciones o reagudizaciones de su enfermedad por cualquier causa. Los síntomas positivos que se intensifican en las reagudizaciones (ideas delirantes, alucinaciones, etc.) llevan con frecuencia a conductas auto o heteroagresivas en los pacientes que las sufren. Éstos en ocasiones, pueden pasar al acto de forma brusca, cuando previamente se han mostrado “aparentemente tranquilos”.

La diferencia entre los pacientes esquizofrénicos o con otro tipo de enfermedad mental de tipo psicótico y los pacientes que sufren un cuadro psicótico dentro de un delirium (origen orgánico) estaría fundamentalmente en el nivel de conciencia: en el delirium el estado de conciencia está siempre alterado y no lo está en las psicosis

funcionales. Otra patología psiquiátrica donde también pueden darse episodios de agitación con relativa frecuencia son los trastornos bipolares en las fases de manía, sobre todo si cursan con síntomas psicóticos. La manía delirante se puede manifestar como un comportamiento agresivo, acompañado generalmente de euforia, verborrea y grandiosidad.

Habitualmente el paciente tiene un diagnóstico previo de trastorno bipolar. Éste es el paciente con el trastorno funcional más peligroso. En general, en los pacientes con una descompensación de tipo psicótico es difícil conseguir un abordaje o contención verbal debido a su desconexión de la realidad, pero no por ello hay que dejar de intentarlo en primera instancia, aunque suele ser necesario recurrir a la contención y administración de medicación neuroléptica.

2.3.5 Causas orgánicas de agitación psicomotriz

Demencia: Alzheimer, D. vascular, secundarias a otras enfermedades como la enfermedad de Pick, VIH, Epilepsia, especialmente la del lóbulo temporal, Consumo de drogas: cocaína, fenciclidina o polvo de ángel (“poppers”), opioides, alcohol, hipnóticos, Síndrome de abstinencia de drogas. Abstinencia de alcohol, cuadro de Delirium tremens.

Encefalopatías: anóxica, urémica, hepática, hipertensiva Esta forma de presentación, con frecuencia asociada al consumo de tóxicos es más habitual observarla en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios. Trastorno no orgánico y no psicótico. Aquí se englobarían aquellos pacientes con trastornos de la personalidad, o aquellos en que la agitación psicomotriz suele ser una situación reactiva a determinados factores como: agitación reactiva o situacional (trastorno adaptativo).

2.3.6 Trastorno mental orgánico

La prioridad, como en toda urgencia psiquiátrica será descartar una causa orgánica que requiera de un tratamiento específico. Diversos trastornos sistémicos del sistema nervioso central, así como el abuso de tóxicos terminan repercutiendo sobre la función cerebral, y pueden ocasionar un cuadro de agitación psicomotriz que se manifiesta generalmente como un síndrome confesional agudo o delirium, que presenta unas características propias. Y generalmente no seden con la contención verbal por lo que se debe recurrir a la inmovilización del paciente.

2.3.7 Trastornos psicóticos

El paciente que padece un trastorno esquizofrénico de tipo paranoide es el que con mayor frecuencia puede protagonizar cuadros de agitación psicomotriz en el contexto de descompensaciones o reagudización de su enfermedad. Los síntomas positivos que se intensifican llevan con frecuencia a conductas auto o hetero agresivas en los pacientes que las sufren. Estos en ocasiones pueden pasar al acto de forma brusca cuando previamente se han mostrado “aparentemente tranquilos”. La diferencia entre los pacientes esquizofrénicos o con otro tipo de enfermedad mental de tipo psicótico y los pacientes que sufren un cuadro psicótico dentro de un delirium estaría fundamentalmente en el nivel de conciencia: en el delirium el estado de conciencia está siempre alterado y no está en las psicosis funcionales.

La manía delirante se puede manifestar como un comportamiento agresivo, acompañado generalmente de euforia verborrea y grandiosidad. Habitualmente el paciente tiene un diagnóstico previo de trastorno bipolar, este es un paciente con trastorno funcional mucho más peligroso.

Los pacientes con descompensación de tipo psicótico es difícil conseguir una contención verbal debido a su desconexión de la realidad, pero siempre hay que seguir intentando en las sesiones subsiguientes, si es necesario se recurrirá a la contención y administración de medicación neuroléptica. Esta forma de presentación como frecuencia está asociada al consumo de tóxicos el más habitual observado en los servicios de urgencias hospitalarios.

2.3.8 Trastorno no orgánico y no psicótico

Se engloba a pacientes con trastornos de la personalidad, o aquellos en que la agitación psicomotriz suele ser una situación reactiva a determinados factores. El paciente reacciona con agresividad o agitación a un contexto nuevo o situación nueva y no puede adaptarse fácilmente. Ante situaciones catastróficas, reacciones a estrés agudo. El paciente puede reaccionar con ira, rabia y agresividad o incluso con un cuadro de apatía semicatatónico (despersonalización), estas reacciones pueden ser ocurrir por accidentes o muerte de familiares (duelo); niños sometidos a abuso sexual o maltrato; o por privación sensorial.

Son frecuentes los cuadros de agitación luego de intervenciones oftalmológicas en los que el paciente ha estado privado de la visión, o en pacientes atendidos en unidades de cuidados intensivos, luego de la sedación. Esta situación aumenta con la edad y la gravedad de los pacientes. Las consecuencias son la autoextubación, retirada de catéteres, drenajes y otros dispositivos de monitorización invasiva.

A este grupo es más eficaz la intervención oral, ya que no hay alteración del nivel de conciencia, se ofrece apoyo psicológico, y médico (generalmente ansiolíticos que el paciente puede aceptar o rechazar), y ya no es necesario recurrir a medidas de contención física.

Ante situaciones catastróficas, reacciones a estrés agudo. El paciente puede reaccionar con ira, rabia y agresividad o incluso con un cuadro de apatía semicatatónico (despersonalización).

- Reacciones emocionales, ante accidentes, muerte de familiares (duelo).
- Niños sometidos a abuso sexual o maltrato. Debe indagarse esta posibilidad cuando se detecta un cambio brusco de comportamiento o actitudes agresivas en un niño sin patología previa ni historia de psicosis ni consumo de tóxicos.
- Reacciones de agresividad por privación sensorial. Son relativamente frecuentes los cuadros de agitación tras intervenciones oftalmológicas en los que el paciente ha estado privado de la visión, o en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos tras la retirada de la sedación. Esta incidencia aumenta con la edad y la gravedad de los pacientes. Las consecuencias son la autoextubación, retirada de catéteres, drenajes y otros dispositivos de monitorización invasiva.

En este grupo suele resultar más eficaz la intervención verbal, ya que no hay alteración del nivel de conciencia, ofreciendo tanto apoyo psicológico, como en ocasiones medicación (generalmente ansiolíticos que el paciente puede aceptar o rechazar), por lo que no es frecuente recurrir a medidas de contención física.

2.3.9 Actividad Terapéutica

El tratamiento debe ir dirigido en a abordar la causa que provoca la agitación. La característica más común es la exigencia de un tratamiento inmediato, ya que pueden encontrarse en peligro toda la familia, los elementos sociales e incluso el propio individuo. Es un error frecuente ante un paciente agitado asumir un origen psiquiátrico, nos olvidamos de descartar un proceso orgánico potencialmente vital

como es la hipoglucemia, hemorragia subaracnoidea, meningo encefalitis, hematomasubdural, etc.

- ***Abordaje general y medidas de seguridad***

Se debe garantizar la seguridad del personal, paciente, familia y del entorno material, crear un ambiente seguro con el paciente para no intervenir con la evaluación. La sala de atención de consultar externa de este tipo de pacientes debe ser amplia, disponer de dos salidas sin cerrojo interior y de ser posible un timbre en la mesa o en su proximidad para avisar al personal la urgencia de su presencia.

Se debe evitar tener a la vista objetos que pueden ser utilizados como armas blancas como: lapiceros, ceniceros entre otros. Jamás dar la espalda al paciente, proporcionar un ambiente lo más relajado posible evitando estímulos externos ya sea música, gente gritando, estímulos luminosos etc.

2.3.10 Tipos de contención

- **Contención emocional y ambiental**

Usar un tono de voz suave, ser empático, actitud firme pero amable, primero escuchar, persuadir, tranquilizar y estimular la confianza del paciente, evitar responder a provocaciones, no confrontarlo, no mostrar enojos. Se debe fomentar la verbalización es esta fase algún miembro de la familia puede contribuir y así podremos controlar a algunos pacientes con agitación leve o moderada.

Identificarnos con el paciente, darle información en todo momento de lo que se va hacer, evitar amenazas y promesas falsas y ofrecer expectativas razonables. No mantener la mirada fija sino efectuar desplazamientos naturales de la vista puede favorecer al diálogo ofrecer alguna bebida. Se debe estar atento a signos de violencia, tales como el aumento de voz, tensión

muscular, nerviosismo, hiperactividad un signo inminente de violencia es el comportamiento motor. Se debe aplicar, control de los estímulos visuales y auditivos y desplazamiento, bajar volumen de equipos.

- **Contención farmacológica**

Esta es la fase invasiva, donde se administra medicamentos, se evalúa los signos vitales antes de continuar con la administración del tratamiento. La característica de estos medicamentos es de acción rápida y sedante los fármacos de elección en estos casos son los benzodiazepinas tales como: diazepam, alprazolam, lorazepam o neurolepticos como haloperidol y sinogan.

- **Benzodiazepinas**

Estos medicamentos producen una sedación rápida y eficaz, en el caso del midazolam tiene buena absorción por vía IM no debemos olvidar el riesgo de depresión respiratoria otro medicamento utilizado es el Valium.

- **Neurolepticos**

Estos medicamentos disminuyen los síntomas psicóticos y pueden requerirlos por varias semanas, los efectos secundarios son los extra piramidales y deben ser tratados con la administración del akineton, los medicamentos más utilizados son el haloperidol, largactilysinogan (13).

2.3.11 Contención mecánica

Uno de estos eventos es La agitación psicomotora, que es un síndrome inespecífico, de etiología multifactorial con factores que la desencadenan como las causas orgánicas (tóxicas, metabólicas y neurológicas); psiquiátricas (psicóticas y no psicóticas) y reactivos (situaciones catastróficas); que está caracterizado por una

alteración del comportamiento motor, la cual consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis), ansiedad severa, agresividad, pánico u otros 2 intensos estados emocionales.

Estas alteraciones en el comportamiento específicamente la agitación corresponde a una de las urgencias hospitalarias más frecuentes e importantes, de consecuencias graves e incluso fatales. Su manejo presenta algunas dificultades, porque habitualmente se trata de un individuo difícilmente colaborador y que puede presentar conductas agresivas o violentas, lo que entorpece mucho la labor médica y de enfermería de un servicio de urgencias. Existe la tendencia a subestimar este cuadro, atribuirlo a enfermedades psiquiátricas y derivarlo directamente a una valoración especializada en este campo.

Para el abordaje de este tipo de situaciones se procede a la contención mecánica que es definida como la medida terapéutica dirigida a la inmovilización parcial o generalizada del cuerpo, con sujeción a una cama, con el objetivo de restringir los movimientos; esta contención va encaminada, en los usuarios con cuadro de agitación motora, autoagresividad o heteroagresividad, impidiendo la manipulación de vías o sondas y así lograr evitar la fuga de un paciente 3 ingresado involuntariamente.

La importancia que tiene la elaboración, diseño y ejecución de este tipo de investigaciones clínico terapéuticas en el campo de la salud, le permite al profesional de la salud, la correcta intervención basada no sólo en el respeto a la persona, sino también a su salud y seguridad, teniendo como fundamentos los aspectos teórico, legales y éticos que se deben considerar como profesionales de la salud (14).

Todo el personal sanitario y auxiliar está obligado a prestar su colaboración.

- Generalmente el médico dirige el procedimiento como norma se colocara en la cabecera del paciente en caso de no poder asistir debe ser plantado por el personal de enfermería.
- Asignar a cada persona la sujeción de una extremidad ya asignada, no olvidarse de la utilización de guantes.
- Se sujeta a los pacientes por la axila con una mano y la otra sujetamos las manos.
- Cuando el paciente es sometido en el piso se lo debe mantener con la espalda sobre el suelo, quien dirige el procedimiento debe mantener sujeta la cabeza del paciente los otros sujetan cada uno de los miembros del paciente, asegurando la inmovilidad de las articulaciones, limitando así la movilidad y a su vez disminuimos el riesgo de fracturas.
- En cama o camilla se colocará ataduras, en las muñecas y tobillos la posición para la inmovilización de ver ser en decúbito prono esta posición tiene ciertas ventajas ya que evita la aspiración, evita que el paciente se golpee con la cabeza, en pacientes con obesidad no es recomendable ya que puede presentar asfixia por aspiración. Debemos considerar que la posición decúbito supino controlar y vigilar al paciente, anticipar nuevos episodios de agitación y un mejor acceso venoso. Las ataduras deben revisarse periódicamente para comprobar su comodidad y seguridad en caso de necesitar un tiempo largo de inmovilización física se liberará una extremidad de forma alternativa aproximadamente cada 30 minutos para prevenir el tromboembolismo, observando la respuesta del paciente nunca se debe dejar a un paciente sujeto solo un miembro ya que puede soltarse y autolesionarse.

- La contención mecánica es muy estresante para el paciente por lo que sino sede la agitación será necesario la sedación farmacológica. El material necesario para la Contención Física Mecánica se realiza mediante sujeciones homologadas y para realizar un procedimiento de contención de manera adecuada se han de tener preparados los siguientes materiales:
- Sistemas de sujeción propios de cada dispositivo asistencial. Existen diferentes marcas comerciales.
- Dos sujeciones de extremidades superiores (cortas).
- Dos sujeciones de extremidades inferiores (largas).
- Una sujeción de abdomen, opcional pero recomendable en casos de agitación intensa.
- Banda de sujeción de extremidades inferiores. Sujeción cruzada de tórax.
- Pivotes de acero y capuchones de plástico con cierre magnético.
- Imán de apertura de los cierres magnéticos. Es aconsejable que haya dos.

2.3.12 Cuidados de Enfermería

- **Observaciones**

No es posible establecer una pauta rígida de conducta a la hora de establecer unos cuidados genéricos con un paciente agitado. Las recomendaciones/modos de actuar que se exponen a continuación, pretenden ser orientativas, pero no unas normas para aplicar de forma invariable en todos los casos que atendamos (15).

- **Tratamiento verbal:**

Si es posible, estaremos con el paciente fuera del salón de la unidad (botiquín, habitación del paciente o habitación de aislamiento si sospechamos una difícil resolución del problema). Durante la intervención, debemos preocuparnos por

nuestra propia seguridad, guardando una distancia segura y de frente al paciente, poniéndonos cerca de la puerta (sin cerrar el paso, que la puerta no tenga pestillo por dentro), eliminando objetos peligrosos de la estancia, etc.)

Mantendremos la calma y el control de la situación, asegurándole que le ayudaremos a impedir una pérdida de control, proporcionándole métodos alternativos para liberar la tensión acumulada.

Nuestra actitud será siempre de empatía, mostrándole respeto, hablando despacio, con tono de voz firme pero no autoritario, sin provocaciones ni juicios de su conducta.

- Practicaremos la escucha activa, facilitando que hable, sin distanciarnos en exceso, ni mirarle fijamente, cuidando el lenguaje no verbal de nuestro cuerpo.
- Ofrecer medicación si está pautada como opcional “si agitación” (o aunque no lo esté ofrecer avisar al psiquiatra).
- Es probable que el tratamiento verbal sea suficiente y poco a poco el paciente se vaya tranquilizando. A veces es efectivo mientras se permanezca con el paciente. Cuando estas medidas no han resultado efectivas es cuando se debe recurrir al aislamiento terapéutico.
- **Aislamiento terapéutico**

Entendemos el aislamiento como una medida consistente en el confinamiento de una persona a solas en una habitación (acondicionada para ello) con fines terapéuticos y/o preventivos, impidiéndole salir de ella durante un periodo limitado de tiempo.

- **Indicaciones**

- Para prevenir un daño inminente a otras personas.
- Para prevenir un daño inminente al propio paciente.
- Para prevenir una interrupción en el programa de tratamiento o un daño significativo del ambiente.
- Como parte de un programa de tratamiento conductual en curso.
- Para disminuir la estimulación que recibe el paciente.
- A petición del paciente.

- **El aislamiento no está indicado cuando**

- Se pretenda castigar al paciente.
- La petición del paciente evite que participe en el programa del tratamiento.
- La habitación de aislamiento no reúne unas condiciones determinadas.
- Se decida por conveniencia del personal o de otros pacientes hospitalizados.

- **Actuaciones de enfermería En el momento del aislamiento:**

- Preparar el material que pueda ser necesario (medicación, sujeciones fijadas a la cama).
- El encargado de dirigir el aislamiento será elegido por el equipo y todo el personal que interviene seguirá sus indicaciones.
- Una vez que se ha tomado la decisión de aislar al paciente, debemos hacerlo lo más rápido posible con el fin de no incrementar la ansiedad y tensión del momento.
- Se contará previamente con el personal necesario de la unidad o de refuerzo para evitar enfrentamientos violentos.

- Retirarse los objetos que puedan ser peligrosos para nuestra integridad física o la del paciente (gafas, relojes, pulseras).
 - Evitar que haya público para no aumentar su ansiedad si se trata de otros pacientes y para evitar que el paciente tome una actitud heroica
 - Se explicará al paciente en todo momento lo que va a suceder, así como los motivos que han causado el procedimiento, dándole la posibilidad de que coopere.
 - Utilizaremos un lenguaje sencillo, instrucciones cortas y fáciles de comprender. Tono de voz tranquilo y firme.
 - Se procederá al registro del paciente antes de aislarle, para retirarle los objetos potencialmente peligrosos (mecheros, cuchillas, llaves, cinto, gafas, prótesis)
 - Comprobaremos que se mantiene la seguridad en la sala de observación (manilla ventana cerrada, baño cerrado, objetos peligrosos fuera del alcance del paciente, valorar la posibilidad de retirar todo el mobiliario de la habitación).
- **En el caso de que sea necesaria la contención física:**
 - Realizar la misma de la manera más rápida y menos traumática posible para el paciente, personal y resto de pacientes.
 - Tener en cuenta en todo momento la intimidad y la integridad física del paciente.
 - Estar presente un número de personal suficiente para realizar la contención.
 - Avisar al médico responsable y administrar medicación pautada por el facultativo.

Anotación en la historia de enfermería del proceso seguido (causas del aislamiento, manera en la que se llevó a cabo, reacción del paciente y el personal, etc.)

- **En la habitación de observación:**

- Se le supervisará y ayudará en su autocuidado diario (higiene personal, vestido, ingesta de alimentos, toma de medicación, bienestar físico)
- Ventilar la habitación las veces que sea necesario (evitar exceso de calor, malos olores).
- Supervisión y observación del paciente cada 15 minutos.
- Valorar antes de cada visita el número de personal necesario para realizarla.
- En el caso de que el baño esté cerrado, se facilitará al paciente una cuña o una botella para la eliminación.
- Se le dará un vaso de plástico y una botella de agua para favorecer la hidratación controlando la ingesta y su diuresis
- Reducir estímulos como ruidos, excesiva luz, etc.
- A la hora de las comidas se llevarán vasos y platos de plástico y cuchara. no llevar nunca tenedor ni cuchillo. Permaneceremos con el paciente mientras come para evitar atragantamientos, aspiraciones, etc
- En el caso de que necesiten objetos cortantes para su aseo (tijeras para cortar las uñas, cuchillas para afeitarse), los utilizarán con supervisión directa del personal de enfermería.
- Se atenderán las demandas de los pacientes con la mayor brevedad posible.
- En caso de que hubiera sido precisa la sujeción mecánica, esta se revisará cada vez que se visite al paciente, observando posibles lesiones en muñecas o tobillos, edemas en manos y pies, zonas de enrojecimiento por presión, posibilidad de ir retirándolas en función del estado del paciente, etc.
- Seguiremos comprobando si se mantiene la seguridad dentro de la habitación de observación y explicando al paciente todos los cuidados que vayamos realizando.

- Valoración del nivel de conciencia y estabilización física (constantes vitales), sobre todo si permanece sedado o con altas dosis de neurolepticos.
- Comprobar si ha mejorado la situación que propició la sujeción.

En el momento de la salida de la habitación de observación:

- **Si la salida es progresiva:**
 - Se acompañará al paciente en todo momento mientras esté fuera de la habitación.
 - La salida se realizará por la unidad.
 - La duración de la salida, dependerá de las pautas individuales de cada paciente.

- **Si la salida es definitiva:**
 - Se supervisará indirectamente la conducta del paciente.
 - Se indicará al paciente que comente al personal si se nota un incremento de la ansiedad que no pueda controlar su conducta, para valorar nuevas pautas de actuación.

- **Evaluación:**
 - Tiempo desde que se detecta la crisis hasta que se inicia la intervención.
 - Necesidad de refuerzo de personal.
 - Número de personas disponibles.
 - Tiempo de la sujeción o restricción.
 - Disponibilidad de la sujeción mecánica.
 - Tiempo empleado en equipar la habitación.

- Información al paciente de las medidas a tomar.

2.3.13 Consentimiento Informado

El consentimiento informado en el área clínica tiene que entenderse como la aceptación por parte de un enfermo competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica. Los requisitos básicos son: libertad, competencia e información suficiente. Por lo tanto, tiene que entenderse como fruto de la relación clínica, siempre basada en dos pilares insustituibles e inconfundibles: la confianza y el proceso de información más o menos complejo. Tendría que favorecer la comprensión del procedimiento propuesto, decir en qué consiste, las alternativas posibles, la oportunidad y los resultados esperados (con beneficios, secuelas y riesgos), con el fin de llegar a una decisión, ya sea de elección, de aceptación o de rechazo.

El consentimiento informado en el área de la investigación clínica se refiere a que los investigadores deben proporcionar toda la información respecto del experimento o trabajo que van a realizar, indicando al presunto participante los efectos secundarios que pueden sufrir; además el partícipe tiene el derecho de retirarse de la misma, cuando lo considere conveniente.

- **Base legal en Ecuador**

En nuestro país la Constitución Política de la República del Ecuador, no hace una referencia específica al Consentimiento Informado, pero en la Ley Orgánica de la

Salud, y en el Código de Ética Médica del Ecuador, se detalla en forma clara sobre el consentimiento informado.

La Ley Orgánica de la Salud dice: “Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;

e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;”

El Código de Ética Médica del Ecuador dice: “Art. 15.- El Médico no hará ninguna intervención quirúrgica sin previa autorización del enfermo, y si éste no pudiera darla recurrirá a su representante o a un miembro de la familia, salvo que esté de por medio la vida del paciente a corto plazo. En todos los casos la autorización incluirá el tipo de intervención, los riesgos y las posibles complicaciones. Art. 16.- Igualmente, los casos que sean sometidos a procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que signifiquen riesgo, a juicio del médico tratante, deben tener la autorización del paciente, de su representante o de sus familiares. También lo hará en caso de usar técnicas o drogas nuevas a falta de otros recursos debidamente probados como medios terapéuticos y salvaguardando la vida e integridad del paciente” (16).

2.3.14 Administración de Medicación

Todos los profesionales de enfermería conocemos los 5 correctos, los cuales nos permiten seguir algunas precauciones estándares, para evitar o minimizar al máximo la posibilidad de un error al administrar un medicamento. Al utilizarlos se asegura el cumplimiento de pautas preestablecidas para dicha administración.

La administración de medicamentos es una de las tareas más importantes del personal de enfermería. La seguridad y la competencia son condiciones básicas para administrar la dosis correcta de la manera menos traumática posible (17).

Para administrar un medicamento de forma segura para los pacientes debemos tener en cuenta 10 correctos que son: (18)

1. Administrar el medicamento correcto
2. Verificar la fecha de vencimiento del medicamento
3. Administrar el medicamento al Paciente correcto
4. Administrar la Dosis correcta
5. Administrar el medicamento a la hora correcta
6. Vía de administración correcta
7. Educar e informar al paciente sobre el medicamento.
8. Indagar sobre posibles alergias a medicamentos.
9. Generar una historia farmacológica completa.
10. Registrar todos los medicamentos administrados.

2.4 Marco Legal

2.4.1 Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.” (19)

2.4.2 Modelo de Atención Integral (MAIS-FCI)

Salud

El MAIS-FCI asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. La salud entendida en una doble dimensión: como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo, se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de

cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones.

Integrar a la Salud Mental en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud.

La Salud Mental es definida como un estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien consigo mismo, realizarse en relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con “el otro”; desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos. En este sentido, es más que la mera ausencia de trastornos mentales; e incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. La salud mental también se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades para alcanzar sus propios objetivos (OMS, 2004).

En este sentido, la salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental. En el Ecuador la Constitución de la República señala la importancia de la asistencia psicológica para garantizar estabilidad física y mental a la población. De igual manera en la Ley Orgánica de Salud constan artículos relacionados directamente con algunos tópicos de la salud mental y en el Plan Nacional para el Buen Vivir se inscriben de manera tácita aspectos relacionados a la promoción de la salud mental. Bajo estos instrumentos legales el Modelo de Atención Integral de Salud, enfatiza en la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud, y la incorporación de la Salud Mental Comunitaria en los planes de salud y la organización de los servicios, superando los Modelos: Curativo y Clínico Biológico que marcan aún el quehacer de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el país (20).

2.5 Marco Ético

2.5.1 Código de Ética de la F.E.D.E.

En toda investigación que se desee realizar con seres humanos deben existir principios éticos básicos, para justificar la correcta aplicación del estudio. Entre los principios que se aceptan de manera general, tres de ellos son particularmente relevantes para la atención con seres humanos: los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

El principio de Beneficencia se cumplió a cabalidad en este estudio, y a que, el balance de riesgo versus beneficio demostró que los riesgos son mínimos, debido a que durante la investigación no se realizó ningún tipo de intervención directa a los participantes, por tanto, no existe un alto riesgo de causar daño.

Para ello, se asegura la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos. Por otro lado, se contó con el apoyo del personal de enfermería para manejar durante el desarrollo de entrevistas a familiares, eventuales situaciones de alteraciones del ánimo o conducta, tomándose en cuenta las medidas de apoyo emocional correspondientes y asegurar el principio de no maleficencia de la persona atendida (21).

2.5.2 Principios Generales de Ética

Toda investigación en que participen seres humanos debe realizarse de acuerdo con cuatro principios éticos básicos, a saber, el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Se da por sentado habitualmente que estos principios guían la preparación concienzuda de propuestas para los estudio científicos. En circunstancias diversas, pueden expresarse en forma diferente y se

les puede otorgar una importancia diferente, y su aplicación, de absoluta buena fe, puede tener efectos diferentes y provocar decisiones o cursos de acción diferentes. Estos principios se han debatido y elucidado intensamente en las últimas décadas, y el objetivo de estas Pautas es que se apliquen a la epidemiología (22).

2.5.3 Derechos de derecho y amparo al paciente

Considerando que la protección de la salud y la vida son derechos inalienables del ser humano y así los consigna la Constitución Política de la Republica (23).

***Artículo 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.-** “Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía”.*

***Artículo 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO.-** “Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica”.*

***Artículo 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.-** “Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial”.*

***Artículo 5.- DERECHO A LA INFORMACION.-** “Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y*

tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptuándose las situaciones de emergencia”.

“El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento”.

Artículo 6.- DERECHO A DECIDIR.- *“Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión”.*

CAPÍTULO III

Metodología de la investigación

3.1 Diseño de investigación

En lo referente al diseño correspondió a un estudio *Cualitativo*, porque esta investigación estudió las características de los pacientes con agitación psicomotriz, en el medio social donde se desenvuelven para conocer los hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad para directamente intervenir determinando una correcta correlación de cada variable empleando métodos estadísticos para analizar los datos y *No experimental* porque se realizó la investigación sin manipular deliberadamente variables. Se basó fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad. En este diseño de investigación los sujetos son observados en su ambiente natural. Se trabajó evaluando a los pacientes que presentaron agitación psicomotriz en la Clínica nuestra Señora de Guadalupe.

2.2 Tipo de investigación

La investigación realizada se enmarcó dentro de los siguientes enfoques, Descriptivo y Explicativo, se utilizó la investigación Descriptiva porque se basó fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares basándose en predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Puso énfasis en el cuidado específico más frecuentes en la atención de enfermería para pacientes con este tipo de problemas de

salud mental, fue Explicativa ya que se encargó de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto, se centró en explicar por qué ocurre un fenómeno, como es el caso del problema de la agitación psicomotriz en pacientes que acuden a la casa de salud y el aporte que brindaran las y los profesionales de enfermería en el cuidado necesario y oportuno sobre la forma de manejar su problema. Tuvo un *corte transversal* ya que se realizó en un lapso de tiempo corto. Su propósito fue describir variables, y analizar su interrelación en un momento dado. Es decir los pacientes fueron evaluados durante el año 2014.

3.3 Población y Muestra

Dentro la investigación realizada se analizó a toda la población de pacientes que fueron atendidos durante el año 2014 en la clínica nuestra Señora de Guadalupe de la ciudad de Quito en el área de unidad de intervención en crisis y agudos, según las historias clínicas verificadas fueron 418 pacientes atendidos.

Tota del personal de enfermería que labora en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

La muestra estuvo conformada por 196 pacientes que tuvieron diagnóstico de agitación psicomotriz. Además, fueron integrados al grupo de estudio 50 enfermeras/os que laboran en la clínica en el área de unidad de intervención.

3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

Dentro de los criterios de inclusión fueron tomados en cuenta los siguientes:

- Pacientes con agitación psicomotriz.
- Pacientes que ingresaron al área de unidad de intervención.

- Pacientes con problemas de salud mental.
- Problemas del comportamiento por el abuso de drogas y/o alcohol.
- Personal de enfermería que labora en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Los criterios que fueron tomados en cuenta para excluir son:

- Pacientes que ingresaron a otras unidades.
- Pacientes por consulta externa.
- Pacientes con traumatismo cráneo-encefálico.
- Pacientes transferidos a otras casas de salud.
- Personal de enfermería que se negó a participar del estudio.

3.5 Técnicas e Instrumentos

Dentro de las técnicas de recolección de datos fue necesario elaborar una encuesta destinada a obtener información primaria, a partir de un número representativo de pacientes y personal de enfermería que laboran en el Área de Psiquiatría de la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe, como instrumento de la misma se realizó un cuestionario estructurado el mismo que contó con preguntas abiertas y cerradas, para evaluar la atención de enfermería en pacientes con problemas de salud mental antes descrito.

3.6 Operacionalización de Variables

OBJETIVO	VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
<p>1.-Identificar las características sociales de los pacientes con agitación psicomotriz que acuden a la Clínica Nuestra Señora De Guadalupe de Quito.</p>	<p>Características Sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Género 	<p>Femenino. Masculino.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil 	<p>Soltero. Casado. Divorciado. Viudo. Unión libre.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Edad 	<p>18-25. 26-40. 41-54. +55.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación 	<p>Ama de casa. Empleado privado. Empleado público. Estudiante. Jubilado.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Patologías frecuentes en los pacientes con agitación psicomotriz 	<p>Trastornos Esquizofrénicos Trastorno mental Trastornos psicóticos</p>

2.-Determinar los cuidados específicos más frecuentes en la atención de enfermería para pacientes con problemas de agitación psicomotriz.	Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Ética profesional 	<p>Siempre.</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Rara vez.</p> <p>Nunca.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos 	<p>Totalmente.</p> <p>En buena medida.</p> <p>Parcialmente.</p> <p>Escasamente.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Información a familiares 	<p>Siempre.</p> <p>Frecuentemente.</p> <p>Rara vez.</p> <p>Nunca.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de equipos e insumos. 	<p>Siempre.</p> <p>Frecuentemente.</p> <p>Rara vez.</p> <p>Nunca.</p>
	Actividades de Enfermería según procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Atención al paciente durante la admisión 	<p>Apertura de la hoja de ingreso con datos del paciente.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Atención al paciente durante el ingreso 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de constantes vitales. • Llenado de hoja de ingreso a la unidad. • Información a pacientes sobre Tto del paciente.
		<ul style="list-style-type: none"> • Atención al paciente durante la estadía 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de muestras para exámenes complementarios. • Toma de signos vitales. • Control por médico tratante
		<ul style="list-style-type: none"> • Atención al paciente durante el egreso 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta con indicaciones médicas. • Educación a familiares sobre cómo administrar medicación. • Control por consulta externa.

3.7 Análisis de Resultados

Los datos recolectados de las encuestas fueron ingresados en el paquete informático Excel para su procesamiento y tabulación.

CAPÍTULO IV

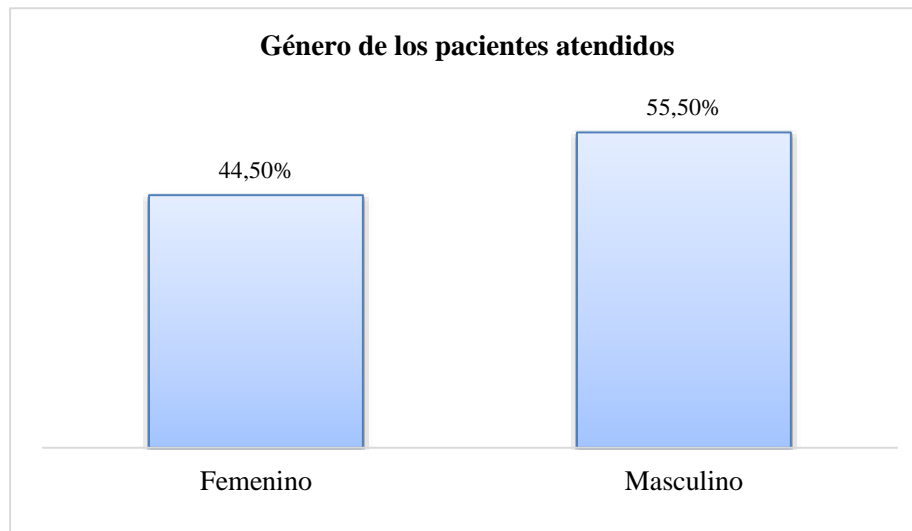
Resultados de la Investigación

En este capítulo se procede a presentar la información obtenida, con la finalidad de dar respuestas a los objetivos y preguntas de investigación planteadas en el estudio. Fueron aplicados los instrumentos a los pacientes y a los profesionales de enfermería que laboran en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe de la ciudad de Quito.

A fin de presentar la información recolectada, se introduce en este capítulo técnicas gráficas para la presentación de los datos. Estas técnicas gráficas, están relacionadas, con cuadros estadísticos o ilustraciones como son gráficos de barra, los cuales permitirán demostrar de forma clara y precisa los datos estudiados, atendiendo a las características de los mismos y al conjunto de variables que se evalúan para luego proceder al análisis de cada una de ellas. Luego de la aplicación del instrumento, se procedió a ingresar los resultados en una base de datos en el programa Microsoft Excel para la tabulación y obtención de las figuras que se detallan a continuación.

4.1 Características sociales de pacientes con agitación psicomotriz que acuden a la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe de la ciudad de Quito.

Gráfico 1. Distribución de la población por género.



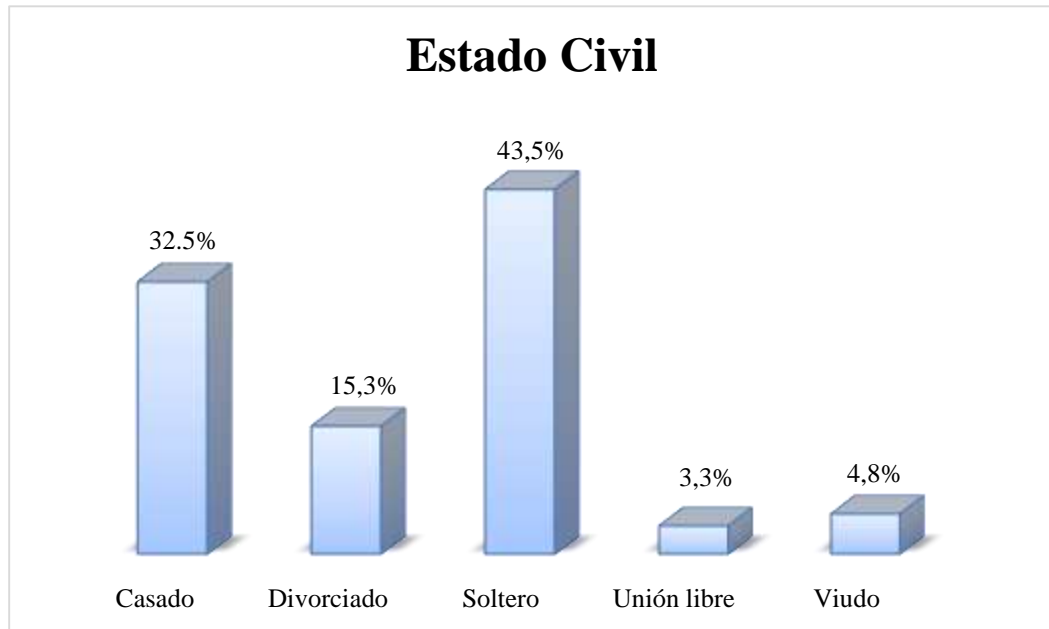
Fuente: Estadística de la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaboración: Flores Jessica. 2014

Análisis.

De las historias clínicas analizadas se pudo observar que la mayoría de los pacientes atendidos con problemas de agitación psicomotriz en la clínica nuestra Señora de Guadalupe de Quito pertenecieron al género masculino en un 55.5%. Según un estudio del Dr. Samir Jaber con respecto al sexo de los pacientes afectados por la agitación, el 90,33% fueron hombres y el 9,67% mujeres. Estos resultados vienen a corroborar los estudios de pacientes agitados cuya mayoría suelen ser hombres (24). Lo cual demuestra que este tipo de afectación es más frecuente a nivel del género masculino, su incidencia es mayor en hombres que en mujeres. La causa de agitación psicomotriz más frecuente en hombres es el consumo de tóxicos y otros tipos de adicciones.

Gráfico 2. Distribución de la población según su estado civil.



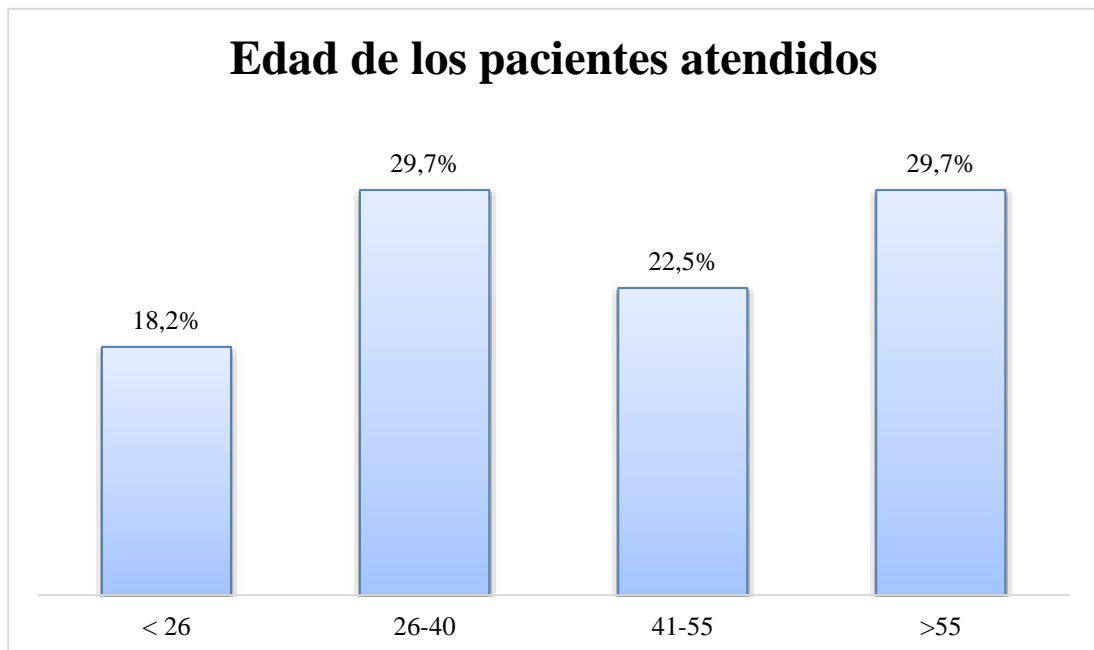
Fuente: Estadística de la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaboración: Flores Jessica. 2014

Análisis.

Dentro del análisis del estado civil de los pacientes atendidos con problemas en su salud mental se pudo verificar que el 43.5% fueron solteros, seguido de un 32.5% de casados, a continuación, tenemos al grupo de divorciados, luego viudos, en unión libre. Martin Cazorla en un estudio de Medicina Forense en el año 2011 en España pudo comprobar que con respecto al estado civil de los pacientes, 13 estaban solteros, 8 casados y 1 divorciado (25). La patología descrita afecta más a las personas de estado civil solteras, a pesar de que un porcentaje menor correspondió también a los pacientes casados. Los solteros son más vulnerable para desarrollar algún tipo de adicción, ya sea por su situación civil, socioeconómica, desempleo, migración y otros factores desencadenantes de ésta patología.

Gráfico 3. Edad de los pacientes atendidos



Fuente: Estadística de la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaboración: Flores Jessica. 2014

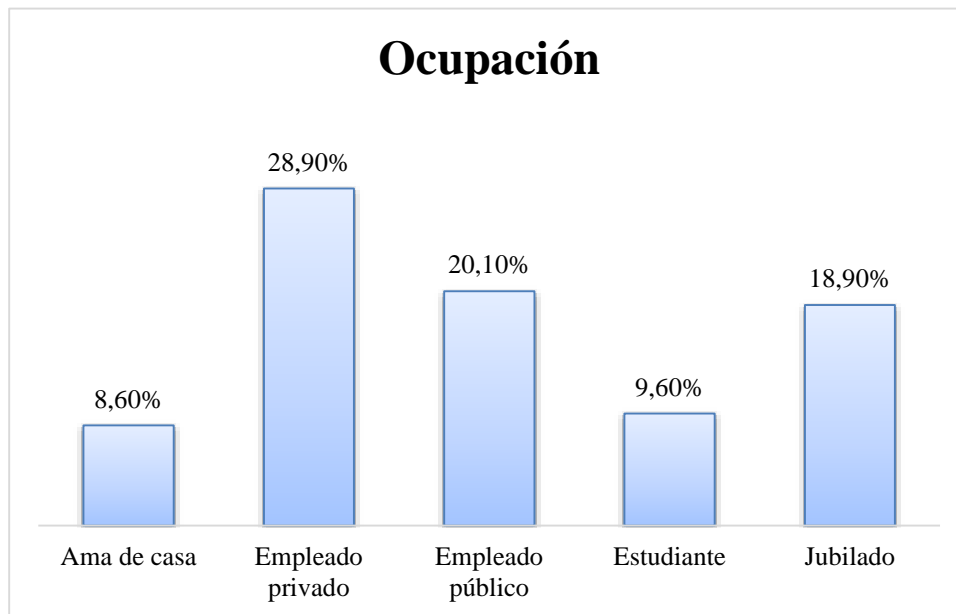
Análisis.-

En lo referente a la edad del grupo investigado se pudo evidenciar que existe un alto porcentaje del 29.7% de personas de más de 55 años de edad seguido del grupo en edades comprendidas entre 26 y 40 años. En el estudio prospectivo de la agitación psicomotriz dirigido por el Dr. Samir Jaber del Hospital Universitario Saint Eloi de Montpellier entre los años 1999 y 2000, la edad media de los pacientes por agitación psicomotriz incluidos en dicho estudio fue de 60 ± 15 años (26). Según Isis Yvonne Sánchez Gil y Víctor T. Pérez dicen “Consideramos muy importante señalar que las alteraciones que puedan presentarse en la atención del adulto mayor están íntimamente relacionadas con la motivación que despierte la tarea que se esté acometiendo, y con las alteraciones perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad, de tal manera que en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida podría debilitarse, mientras que en ambientes estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del senescente. Algunas

condiciones mentales, como la depresión, podrían también afectar la atención, así como el consumo de psicofármacos, fundamentalmente de benzodiazepinas” (27).

Los adultos mayores se ven afectados porque tienen mayor prevalencia de enfermedades médicas, pluripatológicas, polimedicados con más frecuencia y tienen tasas disminuidas de metabolización y excreción de fármacos. Los resultados obtenidos fueron de igual porcentaje en adultos jóvenes, ya que en ellos la agitación psicomotriz puede darse por varios factores como: las adicciones, abstinencia, trastornos de la conducta tanto violenta como antisocial.

Gráfico 4. Ocupación de los pacientes atendidos.



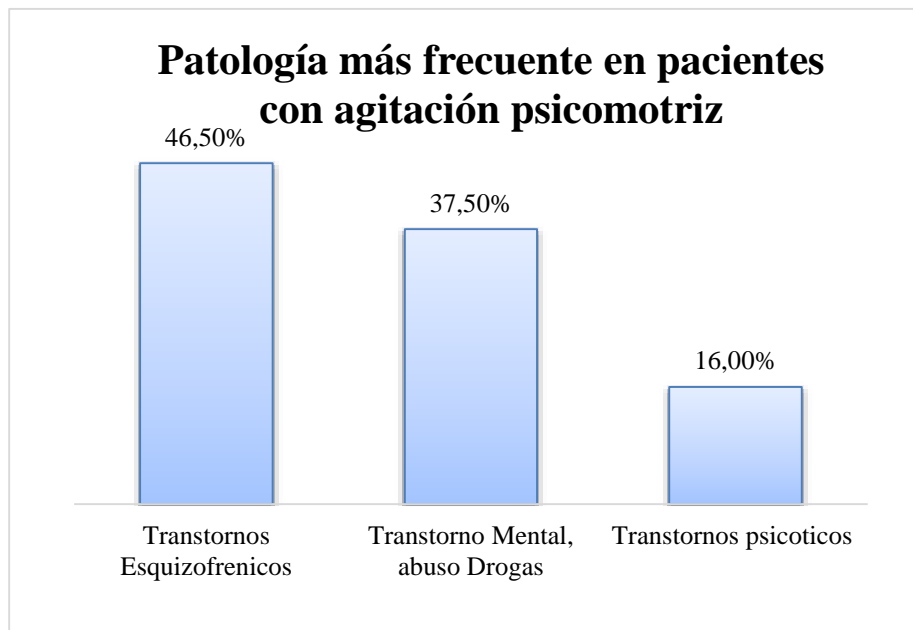
Fuente: Estadística de la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaboración: Flores Jessica. 2014

Análisis.-

Dentro de la ocupación se pudo observar que el grupo de empleados privados ocupa un porcentaje relevante del 28.9%, a continuación, los empleados públicos presentan un porcentaje considerable del 20.1%, seguidos de los jubilados quienes obtuvieron un porcentaje del 18.9%. Se debe tomar importancia al grupo de jubilados ya que en esta etapa de la vida corren el riesgo de presentar este tipo de patologías por su situación laboral ya cesada. Hay que tomar en cuenta que dentro de los resultados también tuvieron un alto porcentaje los grupos de pacientes empleados públicos y privados por factores como la inestabilidad laboral, carga horaria, acumulación de trabajo, presiones externas e internas, afectando directamente la salud mental de ellos.

Gráfico 5. Patología más frecuente en pacientes con agitación psicomotriz.



Fuente: Estadística de la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

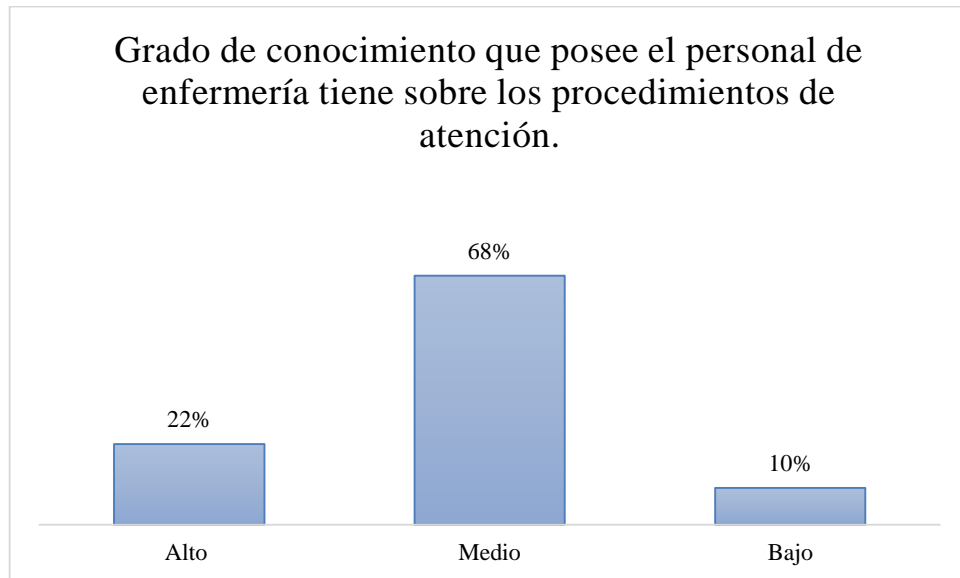
Elaboración: Flores Jessica. 2014

Análisis.

Se pudo comprobar que dentro de las patologías más frecuentes en los pacientes que presentan Agitación Psicomotriz fueron: los trastornos esquizofrénicos en un porcentaje del 46,5%, seguidos de los trastornos mentales por abuso de drogas en un 37,5% y por último se encontraron a los trastornos psicóticos en un 16,0. Según estudios realizados por Dabrowski casi el 50% de los individuos con un diagnóstico establecido de esquizofrenia presenta también los criterios de dependencia y abuso de sustancias (28). La agitación psicomotriz puede obedecer a tres grupos fundamentales de causas que, jerárquicamente, por sus posibles repercusiones vitales, han de descartarse siempre en el siguiente orden: Delirium, Trastornos Psicóticos y otros trastornos (29). De las historias clínicas analizadas existió un porcentaje considerable de pacientes con trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastornos maníacos, depresión, ideas delirantes) y no psicóticos (crisis de angustia, histeria, trastornos de la personalidad y estrés) que presentaron agitación psicomotriz, comprobándose además este mismo resultado con la teoría.

4.2 Identificación de cuidados específicos más frecuentes en la atención de enfermería para pacientes con problemas de agitación psicomotriz.

Gráfico 6. Grado de conocimiento que posee el personal de enfermería tiene sobre los procedimientos de atención.



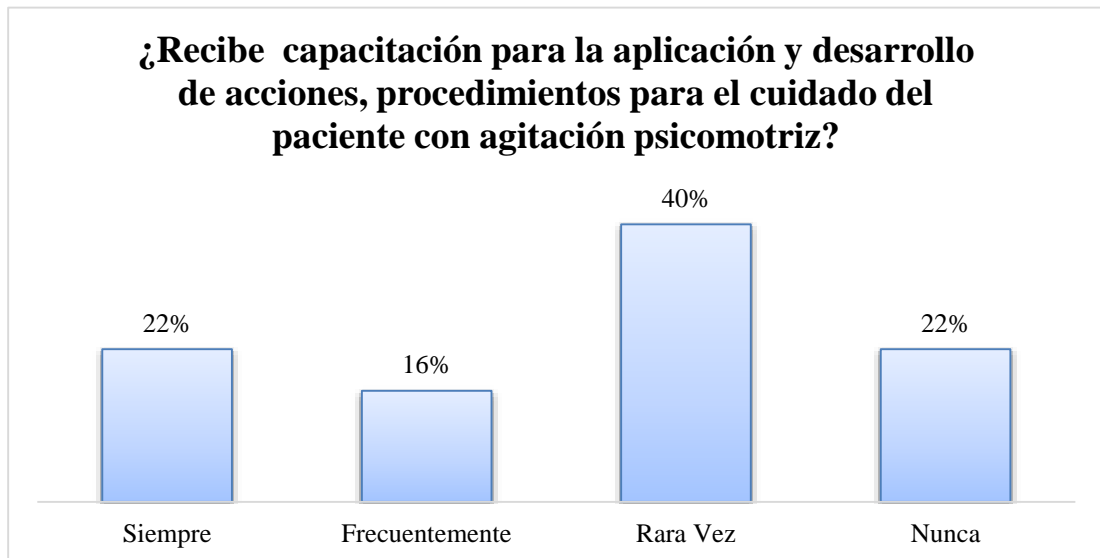
Fuente: Encuesta a Personal de enfermería

Elaborado por: Jessica Flores

Análisis.

Al analizar los conocimientos que posee el personal de enfermería sobre los procedimientos de atención se pudo apreciar que el 10% de ellas tienen un conocimiento bajo sobre el manejo del protocolo de atención, seguido de un 68% del personal que tienen un conocimiento medio sobre la patología. Según Tanner el conocimiento es la base para el desempeño profesional y laboral de una disciplina o cualquier actividad que se desarrolle en enfermería (30). El personal de enfermería debe tener una capacitación integral sobre todo tipo de patologías y de manera específica en lo referente a Salud Mental. El grado de conocimiento del personal de enfermería muchas veces no es el adecuado, disminuye con los años de profesión, el nivel de formación que tuvo, el sector laboral donde se desempeñó, la falta de capacitación. La educación y la formación son elementos claves para el conocimiento de los procedimientos a seguir.

Gráfico 7. Recibe capacitación para la aplicación y desarrollo de acciones, procedimientos para el cuidado del paciente con agitación psicomotriz.



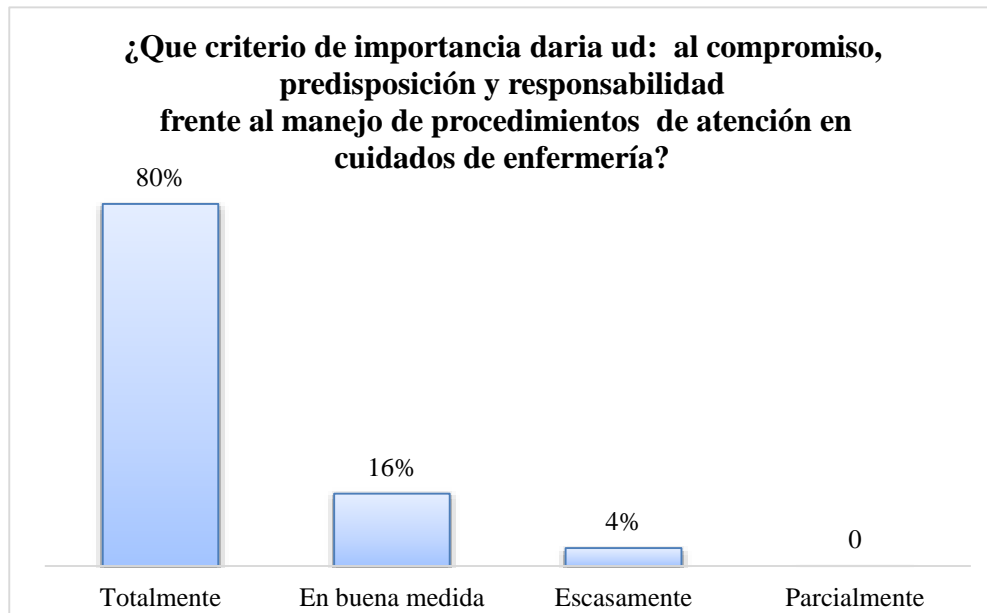
Fuente: Encuesta a Personal de enfermería

Elaborado por: Jessica Flores

Análisis.-

Según los resultados se pudo comprobar que el 62% del personal que labora en la clínica nunca o rara vez han tenido una capacitación para la aplicación y desarrollo de acciones, procedimientos para el cuidado del paciente con agitación psicomotriz. Por lo tanto, según D, Diers dice lo siguiente " la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona" (31). La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas. La capacitación del personal de enfermería sobre los procedimientos y el desarrollo de acciones deben ser sistematizadas, organizadas y realizadas con el fin de garantizar que una persona con problemas de agitación psicomotriz, reciba una atención segura, eficiente y eficaz, cuya finalidad será lograr su recuperación.

Gráfico 8. Criterio de importancia al compromiso, predisposición y responsabilidad frente al manejo de procedimientos de atención en cuidados de enfermería.



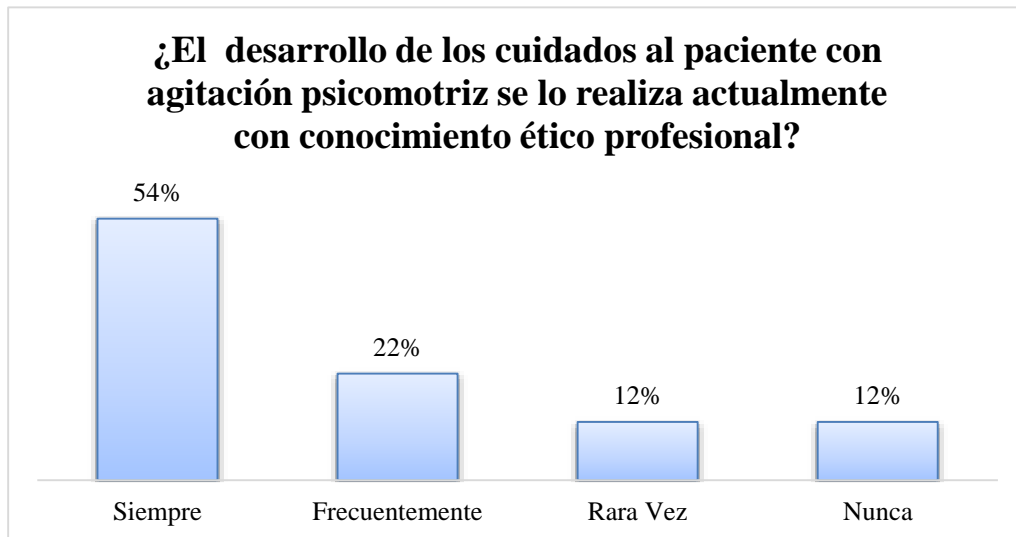
Fuente: Encuesta a Personal de enfermería

Elaborado por: Jessica Flores

Análisis.-

Según el criterio del personal encuestado se pudo comprobar que existe un compromiso, predisposición y responsabilidad frente al manejo de procedimientos de atención de enfermería en una totalidad del 80% seguido en buena medida un 16%, es importante recalcar el compromiso que tienen frente al manejo con el paciente. Según Cibanal, M dice que “Las relaciones personales que ejerce enfermería con sus pacientes en la práctica de los cuidados son esenciales para el desempeño profesional. El personal de enfermería permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes, brindan asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual y las relaciones personales sustentan la realización de sus actividades” (32). En forma permanente se debe dar la importancia al compromiso y responsabilidad frente al manejo de procedimientos por parte del personal de enfermería, los mismos que deben ser estandarizados, beneficiando directamente las actividades de manera ágil, oportuna y continua; ayudando al paciente ya que con ello se busca satisfacer al máximo sus necesidades.

Gráfico 9. Desarrollo de los cuidados al paciente con conocimiento ético profesional.



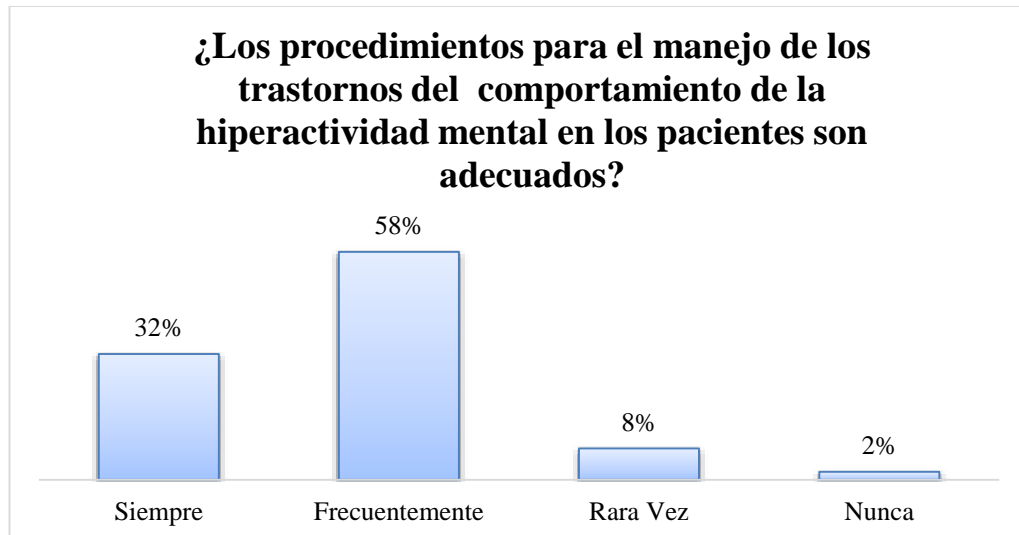
Fuente: Encuesta a Personal de enfermería

Elaborado por: Jessica Flores

Análisis.

Al valorar el conocimiento ético profesional en el desarrollo de los cuidados al paciente con agitación psicomotriz se pudo comprobar que un 24% entre rara vez y nunca tienen el conocimiento antes descrito, razón por la cual es importante elaborar un protocolo de intervención de enfermería el mismo que será de beneficio para mejorar la calidad de atención. Según Mejía- Lopera informa que la experiencia que viven los pacientes durante una enfermedad, así como los significados que ellos interpretan, demanda una comprensión personal individualizada. Esto exige de la conciencia y ética de las enfermeras en cuanto al cuidado que se brinda a los pacientes. Además, el trabajo de los profesionales de salud en equipo permite la construcción de relaciones humanas sanas, que promueven el crecimiento y la madurez de los profesionales implicados en estas áreas, con beneficio para el paciente (33). Es importante como personal de enfermería saber el conocimiento ético para proteger al paciente y al mismo profesional de algún tipo de mala práctica intrahospitalaria.

Gráfico 10. Los procedimientos para el manejo de los trastornos del comportamiento de la hiperactividad mental en los pacientes son adecuados



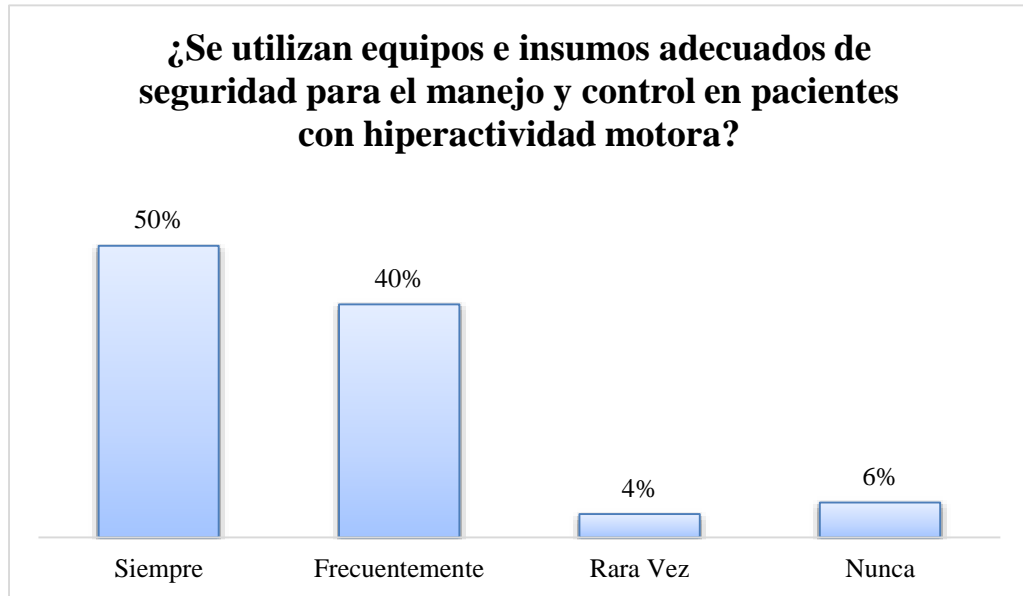
Fuente: Encuesta a Personal de enfermería

Elaborado por: Jessica Flores

Análisis.

Dentro del análisis de los procedimientos para el manejo de este trastorno en los pacientes antes descritos se evidencio, el personal de enfermería refirió que frecuentemente y siempre los procedimientos de enfermería son los adecuados. Sustentando este resultado según El Manual de procedimientos generales de Enfermería del Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla informa que “Los procedimientos tienen un carácter normativo lo cual vincula al profesional con su práctica, constituyéndose en un respaldo legal, que proporciona al profesional seguridad en su quehacer cotidiano” (34). La existencia de adecuados procedimientos para el manejo de pacientes agitados facilita la actuación sanitaria y aumenta la seguridad del paciente y del personal, velando además por la aplicación de la mejor práctica clínica y el respeto de los derechos de pacientes que, con frecuencia, no quieren o no pueden colaborar en el área de salud mental.

Gráfico 11. Se utilizan equipos e insumos adecuados de seguridad para el manejo y control en pacientes con hiperactividad motora.



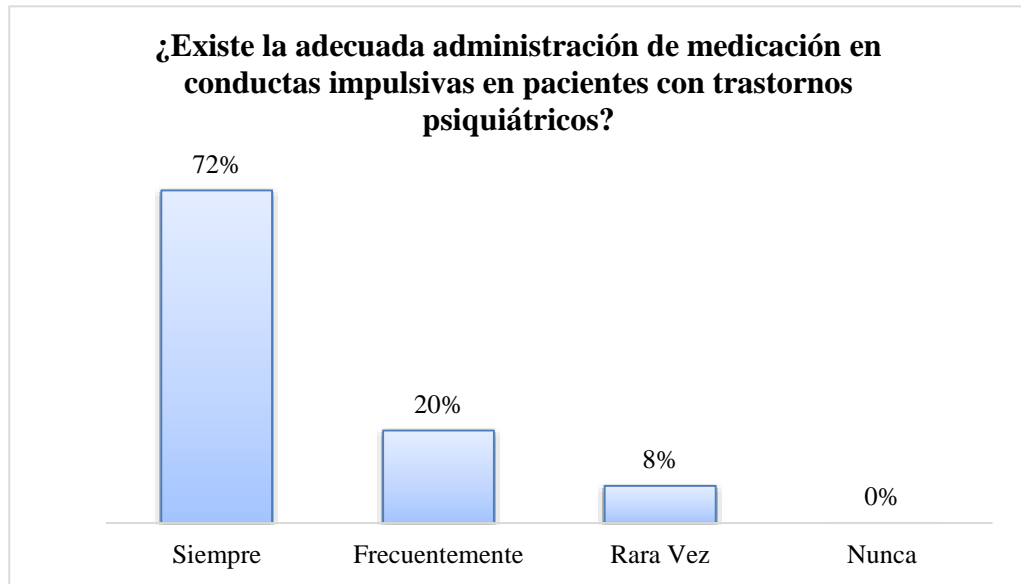
Fuente: Encuesta a Personal de enfermería

Elaborado por: Jessica Flores

Análisis.

Como puede observarse en el gráfico el personal de enfermería manifiesta que siempre y frecuentemente utilizan equipos e insumos adecuados de seguridad para el manejo y control en pacientes con hiperactividad motora siendo esta actividad importante para proteger al paciente y al personal. Menciona Cuyobamba que las medidas de bioseguridad se refieren a un programa de medidas preventivas diseñadas para proteger la salud e integridad física del personal vinculado al trabajo de enfermería (35). El personal de enfermería debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, utilizando equipos e insumos adecuados para el manejo y control de los pacientes es recomendable tener previstas las pautas de actuación, en casos de ser necesarios debido al riesgo que conlleva la tardanza en la aplicación de los procedimientos apropiados.

Gráfico 12. Adecuada administración de medicación en pacientes con conductas impulsivas.



Fuente: Encuesta a Personal de enfermería

Elaborado por: Jessica Flores

Análisis.

Dentro del manejo de la administración de medicación en pacientes con trastornos psiquiátricos se pudo comprobar que el 92% del personal de enfermería administra adecuadamente la medicación prescrita en este tipo de pacientes. Según Álamo, C menciona “Diversos estudios basados en las dimensiones clínicas de estos trastornos sugieren que la psicofarmacología puede ser beneficiosa en la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo, incluida la inestabilidad afectiva y la depresión transitoria, en la impulsividad y la agresividad, en los síntomas psicóticos” (36). El personal de enfermería, debe disponer debidamente los procesos que se inician desde la distribución de los medicamentos, seleccionar la vía de administración de la medicación acorde con el nivel de agitación psicomotriz, siguiendo criterios según el grado de afectación del paciente, el cuidado relacionado al manejo con responsabilidad y ética profesional de enfermería está directamente relacionado a la administración segura de los medicamentos.

Gráfico 13. Información adecuada sobre tratamiento de pacientes.



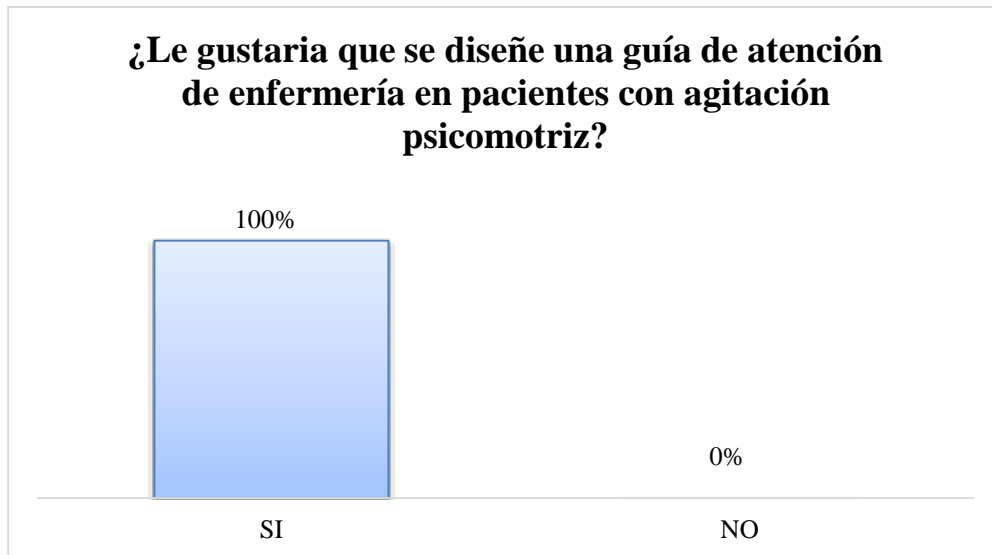
Fuente: Encuesta a Personal de enfermería

Elaborado por: Jessica Flores

Análisis.

La información proporcionada por el personal de enfermería a los familiares de los pacientes sobre el tratamiento a los mismos dio como resultado que el 88% siempre y frecuentemente lo cumplen. Se describe en el protocolo de atención mecánica del movimiento del Hospital Universitario de Madrid que si el paciente no es capaz de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, se informará, cuando las circunstancias lo permitan a los familiares o a las personas vinculadas al paciente (37). Las familias se convierten en una pieza clave para mantener un contacto favorable con el enfermo y el personal de enfermería, razón por la cual se debe dar información completa y oportuna, es necesario educar a las familias para que sean el soporte y puedan actuar en forma oportuna en todo tipo de crisis que afecte al paciente.

Gráfico 14. Le gustaría que se diseñe una guía de atención de enfermería en pacientes con agitación psicomotriz.



Fuente: Encuesta a Personal de enfermería

Elaborado por: Jessica Flores

Análisis.

En su totalidad el criterio del personal de enfermería que labora en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe tuvo una aceptación positiva frente a la elaboración de una guía de atención para pacientes con agitación psicomotriz. Según Benjamín A. Kohl los protocolos deben ser elaborados con la intención de no sólo mejorar la calidad de la atención al paciente, sino también la mejora de los resultados del paciente y la eficiencia de la atención, mientras que al mismo tiempo disminuye la variación práctica y costos (38). La elaboración de una guía de atención para pacientes con agitación psicomotriz es un compromiso personal hacia la protección de la vida, encaminado a mejorar el ejercicio profesional, de esta manera lograr el desarrollo de habilidades, destrezas y generación de conocimientos que permitan cambios significativos en el personal de enfermería, alcanzando de esta manera, un impacto positivo en el ejercicio profesional.

CAPÍTULO V

Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

- La mayoría de los pacientes con agitación psicomotriz fueron solteros en edades comprendidas entre 26-40 y >55 años predominando el sexo masculino, el diagnóstico de base más frecuente que origina la agitación psicomotriz en dicho grupo fueron los trastornos esquizofrénicos, en lo referente a la ocupación se pudo observar que este tipo de afectación es muy frecuente en personas jubiladas debido a su situación laboral ya cesada.
- La mayoría del personal de enfermería que labora en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe tuvo un grado de conocimiento medio sobre el manejo de los procedimientos de atención de enfermería, así como también es importante observar que el personal recibe capacitaciones muy rara vez lo cual implica que haya una deficiencia en el cuidado al paciente, en el desarrollo de los cuidados de enfermería supieron mencionar que siempre los realizan con un conocimiento ético profesional, así como la adecuada información a los familiares.
- La totalidad del personal de enfermería que labora en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe aceptó en forma unánime que se diseñe una guía de atención de enfermería para pacientes con agitación psicomotriz con la

finalidad de mejorar la calidad y la eficacia en el proceso de la atención al paciente.

3.7 Recomendaciones

- Motivar y capacitar de forma periódica al personal de enfermería de manera responsable en la toma de decisiones en beneficio del paciente, la familia y en los aspectos relacionados a la implementación del protocolo.
- Manejar y aplicar las guías de atención de enfermería para mejorar la calidad de atención en pacientes con problemas de salud mental, y de ésta manera garantizar el aprovechamiento de recursos.
- Fomentar a nivel de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte estudios investigativos en este grupo de pacientes teniendo en cuenta, los derechos del paciente del área de psiquiatría la cual día a día necesita de nuevos aportes con miras a prestar un cuidado integral al individuo, la familia y la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramirez, Eduardo. *Salud Mental*. España, Nevada : s.n., 2006. 120.000.
2. *Sistema de Salud Mental en el Ecuador*. Organización Mundial de la Salud;. 3, Whashington : s.n., 2008, IESMS-OMS, Vol. 5. 240000.
3. *Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias*. Benjamín, Vicente. 4, Chile : s.n., Abril de 2012, Médica de Chile, Vol. 140. 140000.
4. Kohn, R, y otros. *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Panamá : Salud Pública Panamá, 2005. 12000.
5. Quesada, Omar. *Salud Mental. Reflexiones para vivir mejor*. Santiago de Chile : Binass, 2005. 2300.
6. López, Luis. *Manejo Farmacológico del paciente agitado con riesgo de conducta agresiva*. San José : Universidad de Costa Rica, 2012. 25.
7. Estévez Ramos, Rafael Antonio, y otros. Mediagraphic. *La sujeción del paciente con agitación psicomotriz*. [En línea] 24 de Junio de 2010. [Citado el: 03 de Febrero de 2016.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111g.pdf>. 30.
8. Orem, Dorothea. *Teoría del déficit de auto cuidado*. 6ta. Georgia : s.n., 2001. 18.
9. *Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica*. Sevillano Arroyo, Miguel Angel. 3, España : s.n., Septiembre de 2003, Psiquiatria.com - ISSN 1137-3148 , Vol. 7. 70.
10. *Seguridad del paciente en el suo de contencióon mecánica*. Montes Galdeano, Francisco L. 2, España : s.n., Junio de 2014, Psiquiatria.com, Vol. 7. 100.
11. Ardeguet de Ruiz, ML. *El conocimiento científico en enfermería*. Georgia : s.n., 1997. 26-7. 200.
12. *Factores que influyen en la realización de una valoración psiquiátrica en pacientes que consultan por intoxicación por cocaína*. Augusto Supervía Caparrós, Alfonso Aguirre Tejedo, Carlos Clemente Rodríguez, María Luisa Iglesias Lepine, E. Skaf Peters, José Luis Echarte Pazos. 2, Barcelona, España : Dialnet, 2010, Vol. 22. 1137-6821.

13. *Manejo inicial del paciente agitado*. Victor Fernández Gallego, Eduardo Murcia Pérez, Juan Sinisterra Aquilino, María del Carmen Casal Angulo, María Carmen Gómez Estarlich. 2, Chile : s.n., 2009, Dialnet, Vol. 21. 200.
14. *Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica*. Alix Bohorquez de Figueroa, Sandra Carrascal, Sandra Acosta, Josefina Suárez, Alejandra Melo, Jenny Pérez, Andrea López. 1, España : Dialnet, 2010, Vol. 7. 1794-9831.
15. Emilio Negro González, MGM. El paciente agitado: Planificación de cuidados. [aut. libro] Nure investigaciòn. 2007.
16. *CONSENTIMIENTO INFORMADO*. Cantos, Dr. Marco García. 1, Quito : Sociedad Ecuatoriana de Bioética, 2005, Vol. 1.
17. Hablemos de Enfermería. *Hablemos de Enfermería*. [En línea] Fátima Rodríguez, 5 de Agosto de 2015. [Citado el: 04 de Marzo de 2016.] <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.com/los-5-correctos-vs-los-10-correctos.html>.
18. Rodríguez, Fátima. 10 Correctos para la administración de medicación. *Todo sobre enfermería y medicina*. [En línea] Fátima Rodríguez, 10 de Julio de 2013. [Citado el: 04 de Marzo de 2016.] <http://enfermeriacuidadosymas.blogspot.com/correctos-para-la-administracion-de.html>.
19. Constitución Política del Ecuador;. *Constitucion de la Republica del Ecuador*. http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf. Quito : s.n., 2008. 3000.
20. Ministerio de Salud Pública. *Modelo de Atencion Integral de Salud (MAIS-FCI)*. http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf. Quito : s.n., 2009. 3000.
21. *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos*. Souce, Mario. 4, Whashington : s.n., 1993, Vol. 7. 12000.
22. *Principios generales de ética*. Universidad de Chile. 2, Chile : Universidad de Chile, 2000, CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS EN BIOÉTICA, Vol. 4. 400.

23. Ministerio de Salud Pública;. Salud. *Ministerio de Salud Publica*. [En línea] 2006. [Citado el: 18 de Enero de 2016.] <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ANEXO-3.-LEY-DE-DERECOS-Y-AMPARO-DEL-PACIENTE.pdf>.
24. *A prospective study of agitation in a medical-surgical ICU*. Jaber S, Chanques G, Altairac C., 4, Navarra : s.n., 2005, incidence, risk factors, and outcomes, Vol. 128. 128.4.2749.
25. *Agitación Psicomotriz e implicaciones médico forenses. España*. M., Cazorla. 3, España : s.n., 2011, Cuadernos de Medicina Forense, Vol. 17. 300.
26. *A prospective study of agitation in a medical-surgical ICU: incidence, risk factors, and outcomes*. Jaber S, Chanques G, Altairac C., 3, Whashintong : s.n., 2005, Vol. 7. 200.
27. *El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor*. GilI, Isis Yvonne Sánchez y MartínezII, Víctor T. Pérez. 2, Ciudad de La Habana : Scielo, 2008, Vol. 24.
28. *Physical restraint in Polish psychiatric facilities*. Dabrowski S, Frydman L, Zakowska-Dabrowska T. 2, España : s.n., 2006, Int J Law Psychiatry. , Vol. 6.
29. *La agitación. En: Rojo Rodes JE y Cirera costa E (Dir.). Menchón Magriñá JM, Cardoner Álvarez N*. 3, Chile : s.n., 1997, Biblio stm, Masson SA, Vol. 6. 100.
30. *Elementos de higiene hospitalaria y técnicas de aislamiento en el hospital*. Tanner, J.J. Haxe, M. & Samufen, G., 2, Navarra, España : Ediciones Universidad de Navarra, S.A., 2005, Ediciones Universidad de Navarra , Vol. 3. 250.
31. *To Profess - To Be a Professional. Journal of Nursing Administration*. D, Diers. 4, Whashington : s.n., 2006, Vol. 5.
32. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Cibanal, M.C.B. Carballal. 8, España : s.n., 2010, Vol. 2. 3.
33. *Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera paciente en el ámbito del cuidado clínico*. Mejía-Lopera. 5, España : s.n., 2006, Index Enferm., Vol. 7. 350.
34. *Manual de procedimientos generales de Enfermería*. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla,. 2, Sevilla : s.n., 2012, Vol. 5. 300.

35. *tesis sobre conocimientos y actitudes del personal de salud sobre las medidas de bioseguridad*. Soto, CUYOBAMBA Nilda Elena. 3, Tarma : Hospital Félix Mayorgca, 2003, Vol. 7.
36. *Aportación psicofarmacológica al tratamiento de los trastornos de personalidad*. Álamo, C., López Muñoz, F. y Cuenca, E. & Betés, M. 3, Chile : s.n., 2007, Vol. 6. 170.
37. *Protocolo de atención mecánica del movimiento*. Universitario, Hospital. 4, España : s.n., 2005, Vol. 8. 300.
38. *Critical care protocols, Miller's Anesthesia*,. William, Benjamín A. Kohl and C. Hanson. 2, Whashington : s.n., 2009, Copyright Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier, Vol. 7. 1000.
39. Attewell, Alex. *UNESCO: Oficina Internacional de Educación*. [En línea] 2000. [Citado el: 1 de Marzo de 1998.] <http://www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF>.
40. wordreference. *Diccionario*. [En línea] 2015. <http://www.wordreference.com/definicion/teor%C3%ADa>.
41. Denyes, M., Orem, D. y SozWiss, G. *Self-care: a foundational science*. 2001. págs. 48-54.
42. J, Watson. *Caring science and human caring theory*. Spring : JHSA , 2009.
43. *Plan de Salud Mental* . MSP. Octubre de 1999, Ministerio de Salud Publica.

ANEXOS

Anexo 1. Propuesta

GUÍA DE MANEJO DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ



Anexo 2. Encuesta

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA	C.P.E 01		
Estimado(a) compañero(a) esperamos su colaboración, respondiendo con sinceridad el presente cuestionario, sus respuestas serán manejadas con reserva.			
El presente tiene por objetivo, conocer la importancia de la aplicación de Guías de atención de enfermería en la unidad de Psiquiatría de la Clínica nuestra señora de Guadalupe, Quito año 2014.			
Lea con atención y conteste a las preguntas marcando con una "x" en una sola alternativa o completando con palabras en los espacios correspondientes.			
ITEMS			
1. ¿Cuál es el grado de conocimiento que tiene usted sobre los procedimientos de atención de enfermería?			
Totalmente <input type="checkbox"/>	En buena medida <input type="checkbox"/>		
Parcialmente <input type="checkbox"/>	Escasamente <input type="checkbox"/>		
2. ¿Ha recibido capacitación para la aplicación y desarrollo de acciones, procedimientos para el cuidado del paciente con agitación psicomotriz?			
Siempre <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Rara vez <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
3. ¿Qué criterio de importancia daría usted: al compromiso, predisposición y responsabilidad frente al manejo de protocolos de atención en cuidados de enfermería?			

Totalmente En buena medida
Parcialmente Escasamente

4. Según su criterio ¿El desarrollo de los cuidados al paciente con agitación psicomotriz se lo realiza actualmente con conocimiento ético profesional?

Siempre Frecuentemente Rara vez Nunca

5. ¿Los procedimientos para el manejo de los trastornos del comportamiento de la hiperactividad mental en los pacientes son adecuados?

Siempre Frecuentemente Rara vez Nunca

6. Se utiliza equipos e insumos adecuados de seguridad para el manejo y control en pacientes con hiperactividad motora?

Siempre Frecuentemente Rara vez Nunca

7. ¿Existe la adecuada administración de medicación en conductas impulsivas en pacientes con trastornos psiquiátricos?

Siempre Frecuentemente Rara vez Nunca

8. Se proporciona adecuada información a los familiares sobre el tratamiento que reciben los pacientes?

Siempre Frecuentemente Rara vez Nunca

9. Le gustaría que se diseñe una guía de atención de enfermería para pacientes con agitación psicomotriz.

Sí No

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!

Anexo 3. Glosario

- **Actividad Motora.-** Acoplamiento de una serie de acciones musculares que sirven al movimiento voluntario o que constituyen una reacción observable en una situación.
- **Agitación Psicomotriz.-**La agitación psicomotriz es un síndrome inespecífico, de muy variada etiología, que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Ésta consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis...), ansiedad severa, pánico u otros intensos estados emocionales.
- **Ansiedad.-** La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción.
- **Benzodiacepinas.-** Las benzodiacepinas son medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central, con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorrelajantes (relajantes musculares).
- **Bipolar.-**El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad severa, crónica y recurrente. Los pacientes presentan una inestabilidad de su estado del ánimo, la cual puede expresarse en episodios de ánimo eufórico, expansivo o irritable (Manías o Hipomanías, según la severidad), episodios depresivos y/o una combinación de los anteriores, conocidos como episodios mixtos. Sin adecuado tratamiento representa un alto costo personal, familiar, laboral, económico y social, como asimismo elevadas tasas de mortalidad.
- **Catatónico.-** La catatonia es un estado físico y psicológico; se caracteriza por que la persona desvaría y dice frases que tienen poca coherencia, así como anormalidades en sus movimientos físicos. El padecimiento se define desde una crisis hasta un trastorno, dependiendo del tiempo que dure, ya que puede durar desde unas horas hasta meses

- **Contención Farmacológica.-** Contención farmacológica: procedimiento clínico de tipo invasivo que contempla administrar una sustancia en el cuerpo de la persona agitada o alterada por crisis emocional con el objetivo de aliviar la sintomatología, para continuar con el tratamiento del cuadro de base.
- **Delirium.-** El delirium es un síndrome, no una enfermedad. La mayoría de las causas del delirium son ajenas al sistema nervioso central -por ejemplo, insuficiencia renal o hepática.
- **Despersonalización.-** El trastorno de despersonalización se incluye dentro de los trastornos disociativos y se caracteriza por períodos repetidos en los que se experimenta una sensación de estar desconectado o separado del propio cuerpo y de los pensamientos. Las personas que padecen episodios de despersonalización, a veces los describen como que se sienten observados desde fuera del cuerpo o como si estuvieran dentro de un sueño. Las personas que tienen esta vivencia no pierden el contacto con la realidad, identifican claramente que las cosas no son como parecen
- **Estrés agudo.-**El trastorno por estrés agudo es un trastorno de ansiedad, a medio camino del trastorno de estrés postraumático, en el que la persona sufre, temporalmente pero de forma aguda, un cuadro de ansiedad fisiológica, como respuesta a la experimentación de uno o varios sucesos altamente estresantes, donde se ha puesto en peligro la integridad física de uno mismo o de los demás.
- **Euforia.-**Estado de humor de bienestar y alegría desbordante. Cuando es desmesurada y sin relación con los acontecimientos reales se considera un síntoma de enfermedad afectiva, maníaca o hipomaníaca.
- **Hiperactividad.-** Se denomina hiperactividad a un comportamiento que se caracteriza por la actividad excesiva y fuera de lo normal. Se trata de un trastorno de la conducta
- **Los neurolépticos o anti psicóticos.-** Son fármacos que, incluso a pequeñas dosis, alteran el estado de ánimo de pacientes afectados por psicosis y con ideas delirantes y alucinaciones. Despliegan una intensa acción sedante e

inducen somnolencia que, a dosis elevadas, puede alcanzar incluso el sueño profundo

- **Manía.** Trastorno mental que se caracteriza por la presencia obsesiva de una idea fija y produce en el enfermo un estado anormal de agitación
- **Psicótico.-** La psicosis es un término genérico utilizado en psiquiatría y psicología para referirse a un estado mental descrito como una pérdida de contacto con la realidad. A las personas que lo padecen se las denomina psicóticas.
- **Sedación.-** Un sedante es una sustancia química que puede alterar todo, deprime el sistema nervioso central (SNC), resultando en efectos potenciadores o contradictorios entre: calma, relajación, reducción de la ansiedad, adormecimiento, reducción de la respiración, habla trabada, euforia, disminución del juicio crítico, y retardo de ciertos reflejos. Un sedante suele denominarse como tranquilizante, antidepresivo, ansiolítico, soporífico, pastillas para dormir, relajante, o sedante-hipnótico.
- **Síndrome confusional.-** Trastorno mental caracterizado por una presentación aguda de falta de atención y capacidad de concentrarse, enlentecimiento del pensamiento, alucinaciones, hiperactividad psicomotora, ideas delirantes paranoides, embotamiento emocional, desorientación, alteraciones de la memoria y trastornos del cerebro.
- **Trastorno adaptativo.-** Los trastornos adaptativos son cuadros cuya característica esencial es una respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos.
- **Trastorno esquizofrénico paranoide.-** Los trastornos psicóticos y la esquizofrenia son los trastornos que más se identifican con el paradigma de la locura. Son los trastornos mentales que con más frecuencia generan comportamientos anómalos, extraños y bizarros y que a menudo evolucionan de forma crónica hacia la invalidez social y al deterioro de la personalidad.
- **Verborrea.-** La logorrea es un término que caracteriza a la constante necesidad de hablar. El flujo del habla es mucho mayor de lo habitual, y el

sujeto habla durante largos períodos. Frecuentemente se asocia con una taquifemia que es parecida, pero que se caracteriza por una aceleración de la velocidad del lenguaje con un flujo verbal que se vuelve muy rápido. La logorrea puede ser un síntoma de un trastorno psiquiátrico: un estado maníaco, una esquizofrenia.

Anexo 4. Fotos

FOTO 1



Habitación del área de psiquiatría con cama preparada con cinco putos de sujeción, es decir de cintura, pies y manos. Los cuales son de tela resistente forrados con algodón para evitar daños en la piel del paciente y con seguridades a base de imanes, la cual se encuentra lista para recibir a paciente con agitación psicomotriz.

FOTO 2



Paciente colocado en posición decúbito dorsal sujeto con cinco puntos protegido la piel con su misma ropa para evitar laceraciones, en esta situación las barreras de protección como son las barandas quedan a criterio de la profesional a cargo.

FOTO 3



Paciente acompañado de los profesionales a su cargo médico tratante, personal de enfermería, con identificación en la habitación nombre del paciente con ningún objeto innecesario.

FOTO 4



Parte del personal de salud que labora en el área de psiquiatría de la UIC, en la estación de enfermería, en donde se encuentra equipada con todas las maquinas e insumos necesarios e incluso con las cámaras de seguridad de donde se puede vigilar a los pacientes.

FOTO 5



Paciente con sujeción y sometido a sedación al que se evalúa las medidas de contención, se monitorea signos vitales con monitor portátil ya que no se pueden quedar equipos con el paciente por su protección y evitar destrucción de los equipos del área.

FOTO 6



Estación de enfermería del área donde se encuentra la autora del presente trabajo de investigación

SUMMARY

The mental health problems are severe disorders with a high social, labor, economic and family cost around which have been woven too many theories and negative social ties, it had emerged as a stigmatized group in our society, with the aim to specify the care provided by nursing professionals in patients with Psychomotor agitation at “Nuestra Señora de Guadalupe” Clinic from Quito, 2014. A qualitative, descriptive and explanatory study was conducted, with a non-experimental and cross-section design. The sample was 169 patients with psychomotor agitation; it was also taken into account all the nursing staff that works in the clinic. Among the gotten results, it was determined that most cared patients are men, establishing ages 26, 40 and 55 years. Most showed mental and behavioral disorders by abuse of multiple drugs and alcohol. With regard to the staff working in the health house, it was determined that only 22% of them know the management protocols, because they have almost never received this kind of training. In addition, 12% of the professionals do not have enough ethical with patients and their families. As an alternative proposal, it was created a nursing care guide that will directly benefit patients with this type of damages.

Keywords: Psychomotor Agitation, Mental Disorders, Guide

