

**REVISION DOCUMENTAL DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE  
FUGA DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO ENTRE EL PERIODO DE 1996-2007**

**LISETH LAUSCIMAR CASTRO TELLEZ  
MAYERLIN YULITH HERNADEZ MURILLO  
MONICA ANDREA PEDREROS MOSQUERA**

**TRABAJO DE GRADO  
Presentado como requisito parcial  
Para optar al título de**

**Enfermera**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
Bogotá, D.C  
Mayo de 2008**

## **NOTA DE ADVERTENCIA**

Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que la tesis no tenga ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y justicia”.

**REVISION DOCUMENTAL DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO  
DE FUGA DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO ENTRE EL PERIODO DE 1996-  
2007**

**LISETH LAUSCIMAR CASTRO TELLEZ  
MAYERLIN YULITH HERNADEZ MURILLO  
MONICA ANDREA PEDREROS MOSQUERA**

**APROBADO:**

---

**MARIBEL PINILLA**  
Enfermera  
Asesora

---

Jurado

---

Jurado

**REVISION DOCUMENTAL DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE  
FUGA DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO ENTRE EL PERIODO DE 1996-2007**

**LISETH LAUSCIMAR CASTRO TELLEZ  
MAYERLIN YULITH HERNADEZ MURILLO  
MONICA ANDREA PEDREROS MOSQUERA**

**APROBADO:**

---

**LUZ STELLA MEDINA**  
Enfermera  
Decana Académica

---

Director de Carrera

## TABLA DE CONTENIDOS.

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.	1
2. PROBLEMA.	4
3. DEFINICION OPERATIVA DE TERMINOS.	5
3.1. FACTORES ASOCIADOS.	5
3.2. RIESGO DE FUGA.	5
3.3. PACIENTE CON ALTERACION MENTAL.	6
3.4. INSTITUCION DE SALUD DE TERCER MENTAL.	6
4. JUSTIFICACION.	7
5. OBJETIVOS.	13
5.1. GENERAL.	13
5.2. ESPECIFICOS.	13
6. PROPOSITOS.	14
7. MARCO TEORICO.	15
7.1. GENERALIDADES.	15
7.2. FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE FUGA.	22
7.2.1. FACTORES INTERNOS.	23
7.2.1.1. LA ENFERMEDAD MENTAL.	23
7.2.1.1.1. ESQUIZOFRENIA.	24
7.2.1.1.2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	26
7.2.1.1.3. PACIENTES FARMACO DEPENDIENTES.	29
7.2.1.1.3.1. SINDROME DE ABSTINENCIA.	29
7.2.1.1.3.1.1. SINDROME DE ABSTINENCIA A CANNABIS.	30
7.2.1.1.3.1.2. SINDROME DE ABSTINENCIA A OPIACEOS.	31
7.2.1.1.3.1.3. SINDROME DE ABSTINENCIA A COCAINA.	32
7.2.1.1.4. TRASTORNO ASOCIADOS AL ESTRES.	33
7.2.1.1.4.1. EFECTOS DEL ESTRES.	35
7.2.1.1.4.2. RESPUESTA FISIOLOGICA DEL ESTRES.	35
7.2.1.1.4.3. ESTRESORES.	36
7.2.1.2. SINTOMAS RELEVANTES.	37
7.2.1.2.1. CRISIS DE ANGUSTIA.	37
7.2.1.2.2. AGITACION PSICOMOTRIZ.	38
7.2.1.2.3. LA CONDUCTA AGRESIVA.	40
7.2.1.3. TIPOS DE HOSPITALIZACION.	44
7.2.1.3.1. HOSPITALIZACION VOLUNTARIA.	44
7.2.1.3.2. HOSPITALIZACION INVOLUNTARIA.	44
7.2.1.4. ACEPTACION DE LA HOSPITALIZACION.	49
7.2.1.5. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.	50
7.2.2. FACTORES EXTERNOS.	50
7.2.2.1. ABORDAJE DURANTE LA HOSPITALIZACION.	50
7.2.2.2. CARACTERISTICAS FISICAS DE LA INSTITUCION.	54

<b>7.3. CUIDADO DE ENFERMERIA.</b>	<b>55</b>
<b>8. ASPECTOS ETICOS.</b>	<b>58</b>
<b>9. METODOLOGIA.</b>	<b>59</b>
<b>10. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.</b>	<b>62</b>
<b>11. CONCLUSIONES.</b>	<b>70</b>
<b>12. SUGERENCIAS.</b>	<b>72</b>
<b>13. BIBLIOGRAFIA.</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO.</b>	<b>75</b>

Le dedico este trabajo de grado, ante todo, a Dios el cual me han acompañado a lo largo de toda mi vida pero, en este caso esta dedicatoria es por escucharme y ayudarme ante todos mis gritos de

auxilio, dándome fuerza y serenidad en aquellos momentos que tenía ganas de tirar la toalla, por darme salud y creatividad...

A ti Mami, mas que dedicarte esto, te lo entrego, esto es tuyo, esto es tu obra, gracias a tu lucha, gracias a no dejarme caer nunca es que hemos logrado esto, esto te lo has ganado con tu entrega que haz tenido conmigo, siempre estas hay cuando lo necesito aunque a veces sea muy rebelde contigo, tu mas que nadie te lo mereces por que sabes algo...

A ti Papá, aunque tu no estés conmigo físicamente te lo agradezco tu y mamá fueron los pilares de mi vida.

Mónica



Quiero dedicarle este trabajo A Dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminar este proyecto de investigación, A mis Padres por estar ahí cuando más los necesité; en especial a mi madre por su ayuda y constante cooperación.

Mayerlin

Dedico este trabajo a dios quien me regalo la vocación de cuidar a los demás , a mis padres que cada día me acompañaron en el camino para llegar hasta aquí a mis hijos que son los que me regalan la fuerza de seguir adelante y a todas aquellas personas que me apoyaron día a día y creyeron en mi ... gracias.

Liseth

## 1.INTRODUCCIÓN .

Durante muchos años se ha hablado de los pacientes psiquiátricos, los cuales presentan una alteración de los procesos cognitivos y afectivos y relacionales, alteración considerada como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida. <sup>1</sup>

De hecho puede presentar diversas afectaciones a nivel emocional y a nivel comportamental, como la fuga que es una de las situaciones que se puede encontrar durante el proceso de hospitalización. Teniendo en cuenta, que se hace necesario profundizar sobre los factores que desencadenan la evasión del centro.

A partir de una encuesta realizada al personal que labora en una Institución de Salud de Tercer nivel<sup>2</sup> se identificaron los factores de riesgo para la fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados, en donde se refirieron los siguientes: según la enfermedad mental, según los síntomas, según el tipo de hospitalización, la aceptación de la hospitalización, la conciencia de enfermedad, el abordaje durante la hospitalización, los cuales se caracterizaron en factores internos y externos según las investigaciones; se quiso profundizar a la luz de la literatura sobre estos.

Dado que en los últimos años, han aumentado los problemas éticos, morales, legales y psicológicos que causa la fuga de un paciente psiquiátrico en una institución de

---

salud mental, pero son escasas las investigaciones acerca de los factores asociados que hacen que un paciente se evada o no quiera estar en dicha institución.

Surge entonces la inquietud de considerar estos factores, conocerlos y desde enfermería comprenderlos para lograr establecer una intervención más adecuada y eficaz en la prevención de la fuga de pacientes psiquiátricos, en las instituciones de Salud Mental. Con el siguiente trabajo, se pretende entonces revisar a la luz de la teoría los factores asociados a riesgo de fuga de un paciente psiquiátrico encontrados en la encuesta realizada y revisados en la bibliografía nacional e internacional en los años comprendidos entre 1996 - 2006.

Para este estudio se realizó una revisión documental, para lo cual se busco literatura acerca del tema en el periodo comprendido entre 1996 -2007, se elaboran fichas descriptivas y analíticas para finalmente hacer un análisis e interpretación de la información, respondiendo al problema de estudio.<sup>3</sup>

---

1. Cook J.S. y Fontaine, K.L. (1990): *Enfermería Psiquiátrica*. Editorial Interamericana MacGraw-Hill. Madrid.

2. Encuesta realizada en la Clínica Monserrat.

3. Perdomo, Luís. Desarrollo cuidado de enfermería al paciente con alteración mental, Bogota 2000.

datos de Internet 38 %, Biblioteca Central Pontificia Universidad Javeriana el 19% y las Revistas de Enfermería 14% y el 29% restante correspondieron a artículos y libros.

En los artículos revisados se encontró que los factores internos predominan más que los factores externos en un paciente psiquiátrico que tiene riesgo de fuga en una Institución de Salud Mental. Los factores internos son las características o comportamientos que están asociados con las alteraciones orgánicas, emocionales y psicosociales internas que presenta internamente un individuo.

Dentro de los factores internos se encontró que en la psicosis, el trastorno de personalidad y el abuso de sustancias psicoactivas son las enfermedades mentales donde se pueden presentar más actuaciones de fuga por su sintomatología. Entre los síntomas relevantes se encontró que la conducta agresiva y la agitación psicomotora, son los más destacados para tener en cuenta, en el momento de establecer un plan de enfermería con el fin de controlarlos y/o minimizarlos y así disminuir el riesgo de fuga que puede tener el paciente.

En cuanto a los tipos de hospitalización se menciona que cuando un paciente se fuga, se le dará de alta, se dará conocimiento de esta situación a la familia y a los órganos judiciales necesarios.

Con respecto a, la aceptación de la hospitalización, no se encontró un documento específicamente relacionado con el riesgo de fuga de un paciente. Y en relación a la conciencia de enfermedad mental se encontró un artículo que menciona de manera general que un enfermo mental que presenta bajo rendimiento y descontrol de impulsos, puede generar situaciones de riesgo, entre estas la fuga, por lo que tiene que estar supervisado por una persona especializada.

Dentro de los factores externos se encontró el protocolo de contención que habla de los tipos de abordaje sus objetivos, indicaciones, contraindicaciones y aspectos legales, pero no los asocia con la fuga de un paciente. Otro artículo destaca la importancia del tratamiento farmacológico, incluyendo la Terapia electro-convulsiva. Y otro menciona las características de la institución y el personal de salud quienes deben proporcionar seguridad y comodidad del paciente con riesgo de fuga.

La intervención para prevenir la fuga de pacientes psiquiátricos es uno de los objetivos fundamentales de la Enfermería Psiquiátrica y en nuestro medio son pocos los trabajos originales de investigación psiquiátrica que han explorado de manera sistemática los referentes teóricos que lo sustentan, las diferentes dimensiones, los efectos a nivel legal, institucional y con los familiares de los pacientes.

Con este trabajo se pretende fortalecer por un lado, la línea de investigación Conceptualización y Práctica de enfermería, y por el otro servirá como base para realizar protocolos y actuaciones específicas de enfermería sobre los pacientes con riesgo de fuga en la Institución de Salud Mental de Tercer Nivel donde se aplicó la encuesta, lo cual puede contribuir a mediano plazo a mejorar en la calidad de la Intervención de Enfermería y aportar a la formación de futuros profesionales.

De hecho, la intervención de enfermería radica en proporcionar los cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad; por lo tanto la asistencia psiquiátrica desafía a profesionales, entre ellos a la enfermera, para repensar sus prácticas, en la búsqueda de la asistencia integral, humanizada y ética.

## **2. PROBLEMA.**

¿Cuáles son los factores asociados a riesgo de fuga de un paciente psiquiátrico encontrados en la bibliografía nacional e internacional en los años comprendidos entre 1996 - 2007?

### 3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS.

#### 3.1. FACTORES ASOCIADOS:

- “Son características o comportamientos que están asociados con uno o varios problemas de salud graves al margen de otros factores.”<sup>4</sup>
- Un factor asociado es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que presentan un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de asociados (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos.) pueden sumarse unos a otros, aumentando el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.<sup>5</sup>

Para esta investigación, se considera factores asociados a las circunstancias que se presentaron en el paciente y que se asocian al evento de fuga. Estos factores fueron categorizados por los investigadores en factores internos y factores externos, según si la causa, se producen dentro o fuera de individuo. Se consideraron como **factores internos:** *la enfermedad mental, síntomas relevantes, tipo de hospitalización, aceptación de la hospitalización, conciencia de enfermedad,* y entre los **factores externos:** *abordaje durante la hospitalización (verbal, farmacológica y física) y características físicas de la Institución.*

#### 3.2 RIESGO DE FUGA:

- Es el riesgo o la situación previa, dentro del individuo para que se dé o no la fuga. Se considera que un paciente se ha fugado cuando no va y /o no regresa

de las actividades que tenía previstas (comidas, pernocta, actividades de rehabilitación, actividades lúdicas, permisos, etc.).<sup>6</sup>

Para esta investigación se refiere a la intención y/o a la situación de fuga mencionada en la literatura y que se asocie con la presencia de algunos de los factores antes mencionados

- 
4. Concepto Salud y Enfermedad 20 /08/2007 (VISITADO 07-13-2007) Disponible en: URL: [http://viref.udea.edu.co/contenido/apuntes/gusramon/activ\\_salud/02-salud-enfermedad.pdf](http://viref.udea.edu.co/contenido/apuntes/gusramon/activ_salud/02-salud-enfermedad.pdf).
  5. GUIAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES (VISITADO 07-13-2007) <http://www.minsa.gob.pe/portal/p2005/documentos/ogdn/GUIAS/INTRODUCCI%C3%93N%20DEL%20DOCUMENTO.doc>
  6. Protocolo de actuación ante la fuga un paciente 20 /08/2007 (VISITADO 07-13-2007) Disponible en: URL: [http://www.gesma.org/pdf/Enfermeria/Enfermeria\\_en\\_salud\\_mental/Procolos\\_y\\_Procedimientos/protocolo\\_de\\_actuacion\\_ante\\_la\\_fuga\\_de\\_un\\_paciente.pdf](http://www.gesma.org/pdf/Enfermeria/Enfermeria_en_salud_mental/Procolos_y_Procedimientos/protocolo_de_actuacion_ante_la_fuga_de_un_paciente.pdf)

determinada, que implica desequilibrio dentro de él mismo y su entorno (COOK 1990)<sup>7</sup>.

- Es aquel que presenta una alteración de los procesos cognitivos, afectivos y relacionales, considerados como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.<sup>9</sup> Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida. El desequilibrio lo puede llevar a presentar en algunas ocasiones situaciones de fuga durante su hospitalización.<sup>8</sup>

Para esta investigación se denomina paciente psiquiátrico cualquier ser humano que en algún momento de su vida presenta alteración mental que puede ser desencadenado por factores biológicos, sociales, etc; llevando al paciente a experimentar una serie de sentimientos como culpa, angustia e insatisfacción y principalmente sufrimiento.

- 
7. Norma oficial mexicana nom-234-ssa1-2003, utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado (VISITADO 07-13-2007) <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/234ssa103.html>
  8. Cook J.S. y Fontaine, K.L. (1990); *Enfermería Psiquiátrica*. Editorial Interamericana MacGraw-Hill. Madrid.
  9. Enfermedad mental - Wikipedia, la enciclopedia libre (VISITADO 07-13-2007) Disponible en: URL: [http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad\\_mental](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_mental)

L:  
pr  
y  
er

Estadísticamente se encontró que la situación de fuga de pacientes, dentro de los hospitales generales y los psiquiátricos como en el caso del Hospital General de Medellín<sup>10</sup> que dentro de su reporte del año 2006 analizan estadísticamente los intentos de fuga en la ESE obteniendo un 2.49%, y en el Instituto del Sistema Nervioso Clínica Montserrat ese mismo año se registraron 16 fugas: 6 EPS, 5 Particulares y 5 Empresas.<sup>11</sup>

De hecho, toda persona que ingresa a una institución de salud mental, queda desvinculada de su medio habitual y debe adaptarse a un espacio nuevo y desconocido que en un primer momento, puede ser vivido como hostil, irritable, confuso, la cual llega a presenta inconformidad por la hospitalización, o tener no conciencia de la enfermedad, favoreciendo así sentimientos de inseguridad, ansiedad, desconfianza con su entorno, miedo que a veces causan en el individuo la fuga de la institución, que se produce en un momento en que la persona dispone de pocos recursos para afrontar los sentimientos que le emergen.

Las situaciones generadas con las fugas en centros psiquiátricos como es el caso del hospital psiquiátrico de Aconcagua “donde se fugaron 2 pacientes imputados, que colocaron en riesgo la vida de los pacientes y funcionarios, al salir armados del establecimiento”<sup>12</sup> En otro caso, la fuga de un paciente de salud mental del



Psiquiátrico de Mérida en donde muere ahogado, en un pozo. Las autoridades suponen que se metió en el interior con objeto de darse un baño por su parecido con una pequeña piscina<sup>13</sup>. Esto permite visualizar en parte la dimensión de la situación, teniendo en cuenta que son personas vulnerables en algún grado, bien sea por su condición física (edad), impresión diagnóstica al ingreso, la confusión y desorientación que presenta el paciente, angustia, alucinaciones, y otros síntomas psicóticos derivados de su patología.

Los sentimientos que se presenta en la familia por este evento son la angustia y el temor porque son miembros con alteraciones psiquiátricas, en algunos casos no son conscientes de su enfermedad, ni de su entorno, ni de su realidad y esto los pueden llevar a la auto agresividad o heteroagresividad, generando inestabilidad emocional en sus familias.

- 
10. **Experiencias en Vigilancia de Eventos Adversos Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.**  
Disponibile en [www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15384DocumentNo2571.pdf](http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15384DocumentNo2571.pdf) url:
  11. Estadísticas Clínica Montserrat año 2006 Confederación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos en
  12. Enfermería de Chile. disponible en URL: <http://conafutech.cl/afiliados.htm>
  13. Muere ahogado en un pozo un interno del Psiquiátrico de Mérida que se fugó. disponible en URL: [http://www.hoy.es/prensa/20070505/regional/muere-ahogado-pozo-interno\\_20070505.html](http://www.hoy.es/prensa/20070505/regional/muere-ahogado-pozo-interno_20070505.html)

Se hace necesario explorar acerca de los factores asociados al riesgo de fuga, para lo cual las investigadoras agruparon en dos categorías: factores internos y factores externos. Los factores internos, considerados como aquellas situaciones que el ser humano vive internamente. Dentro de estos se pueden considerar: a) según la enfermedad mental que padece el paciente, ya que en mayor o menor grado potencian el riesgo de fuga.

Una de las patologías que encontramos es la esquizofrenia<sup>14</sup> que es un trastorno de la personalidad con distorsión del pensamiento, en el cual es difícil para la persona diferenciar entre experiencias reales e irreales, pensar de manera lógica, tener respuestas emocionales normales ante los demás y comportarse normalmente en situaciones sociales. Los pacientes que padecen esquizofrenia son los que mayor riesgo a la fuga tienen, ya que es tan desconectado de la realidad por que pueden presentar alucinaciones, ansiedad, ira, violencia, ideas delirantes y agitación motora llevándolos a una posible evasión del centro hospitalario. El tratamiento es farmacológico, los medicamentos antipsicóticos utilizados son los neurolepticos (Haloperidol, Largacil, Meleril, etc.) son muy efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia pero poseen importantes efectos adversos.

Entre otras patologías se encuentran los trastornos de personalidad que es una condición psiquiátrica caracterizada por un comportamiento crónico de manipulación, explotación o violación de los derechos de los demás y a menudo es un comportamiento criminal presentándose paranoia y desconfianza sobre todo lo que les rodea. Estos se encuentran divididos en cuatro grupos: El grupo A: Trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica, se caracterizan por ser personas

frías, distantes, introvertidas, le tienen temor a la intimidad a formar vínculos estrechos. El grupo B: Personalidades limítrofe, antisocial y narcisista. En este tipo de pacientes se puede llegar a presentar episodios de fuga ya que sus características de personalidad son un factor de riesgo para presentar este evento por que se caracteriza por ser inestables en la percepción de sí mismos, los estados de ánimo inconstantes pero jamás neutros, no tienen en cuenta sentimientos, propiedad, ni respeto, presentan sentimientos excesivamente exagerados de autovaloración y no aceptan límites ni autoridad.

Los del grupo C: esta conformado por los trastornos de personalidad dependiente, de evitación, y obsesivo compulsivo, este tipo de personas se caracterizan por tener falta de confianza en sí mismos y seguridad, así como su incapacidad para mantener vínculos estrechos y tomar decisiones.

---

14. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales / edición de Juan José López-Ibor Aliño y Manuel Valdés Miyar; traducción de Joan Masana Ronquillo. [Et al.]. Barcelona, España. Masson, 2003.

Los pacientes del grupo A y B pueden llegar a presentar episodios de fuga ya que sus características de personalidad son un factor de riesgo para presentar este evento por que se caracterizan por ser inestables en la percepción de sí mismos, los estados de ánimo son inconstantes pero jamás neutros, no tienen en cuenta sentimientos, propiedad, ni respeto, presentan sentimientos excesivamente exagerados

De otra parte los problemas de adicciones , durante el síndrome de abstinencia o síndrome de privación de sustancias psicoactivas que corresponde a un “grupo de signos y síntomas que aparecen en el individuo como consecuencia de la supresión o reducción del consumo de una droga y que son característicos de cada tipo de droga”<sup>15</sup> Estos pacientes fármaco dependientes presentan alto grado de ansiedad en etapa de desintoxicación y esto los puede llevar a fugarse del centro de internación en el desespero de conseguir el fármaco para lograr consumirlo por eso este tipo de pacientes puede llegar a presentar un riesgo alto para la fuga y será necesario mantener una estricta vigilancia y supervisión sobre él. Dependiendo del grado de conciencia de la enfermedad existirá un mayor o menor riesgo a la fuga.

Además los trastornos asociados al estrés, que según Lazarus se entiende como *"Un conjunto de relaciones particulares entra la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que "grava" o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal"*, a través del hipotálamo, estructura encargada de coordinar las respuestas emocionales, las secreciones hormonales y funciones vitales y adaptativas como el sueño, el hambre, la sed la respuesta sexual y mantener estrechas conexiones con el lóbulo frontal y con la amígdala del hipocampo, inciden en la aparición de comportamientos fuera de sí, como la fuga.

b) Los síntomas relevantes son la referencia subjetiva que da el paciente por la percepción de un cambio causado por una enfermedad. Entre los síntomas más importantes para que los pacientes psiquiátrico presenten riesgo a la fuga :están las

crisis de angustia donde el enfermo presenta ansiedad, angustia, sensación de ahogo, exceso de preocupación entre otras y la agitación motriz que es un estado de exaltación motora compuesta de movimientos automáticos o intencionales acompañados por estados de ansiedad, cólera, pánico o euforia.

c) Los tipos de hospitalización: considerados como, hospitalización voluntaria y la involuntaria. En la hospitalización voluntaria cuando la persona decide por iniciativa propia acudir al lugar donde obtendrá el tratamiento indicado, goza de plena capacidad y autonomía; asiente no solo el procedimiento, sino la hospitalización en sí a través de la firma de un contrato.

Para poder ser admitido, debe tener una orden, generalmente escrita, del médico que lo ha venido tratando; la hospitalización voluntaria del paciente disminuye el riesgo

---

15. Síndrome de Abstinencia. José Félix Martínez López/ Antonio Martín Páez / Margarita Valero Sánchez / Miguel Salguero. HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Málaga. 2000. Disponible en: URL: [www.atoxos.com/pdf/SindromeAbstinencia.pdf](http://www.atoxos.com/pdf/SindromeAbstinencia.pdf)

En la hospitalización involuntaria cuando la capacidad del paciente para la toma de decisiones, está en tela de juicio por lo que debe procederse sin o contra a su voluntad para ser internado. Se entiende como “el confinamiento en un hospital del paciente para un estudio diagnóstico y tratamiento”<sup>16</sup>.

La Constitución Nacional garantiza el respeto por los derechos humanos y las leyes colombianas considera que la hospitalización en contra de su voluntad como una infracción grave a la libertad porque se le quitan al individuo derechos como el derecho a la libertad, derecho a la integridad física, derecho a la intimidad corporal y debe ser autorizada por una autoridad.

La internación en contra de su voluntad generara reacción alta o baja al riesgo de fuga ya que el paciente puede presentar modificaciones en el comportamiento, trastorno de humor y de carácter, esto lo puede llevar a tornarse agresivo y a que busque la forma de poder salir de la institución o lugares. d) La aceptación de la hospitalización es la autorización por parte del paciente o su representante legal para que se le realice un procedimiento o un tratamiento como en este caso psiquiátrico.

e) La conciencia de enfermedad es el "darse cuenta" o tomar conciencia. Es conectar una vivencia, una conducta, un rasgo de personalidad o forma de ser, con su significado y/o su origen, lo que permite ampliar la conciencia y acceder a un mayor conocimiento de sí mismo. Dependiendo de la conciencia de la enfermedad existirá un mayor o menor riesgo de fuga.

De otra parte, los factores externos, que son aquellas circunstancias y situaciones que pueden llegar a afectar al paciente, por lo tanto es importante prevenir los riesgos

físicos, emocionales, psicológicos y entre otras, tales como los intentos suicidas, conductas heteroagresivas, ò en este caso predisponer o causar la fuga del paciente de la institución.

f) Los abordajes durante la hospitalización se instauran cuando un paciente que presenta agitación psicomotriz, con conductas violentas o conductas de riesgo para él o para el resto de personas que se encuentran en esa situación, ya sean pacientes o personal sanitario, el primer objetivo es la contención, con la finalidad de minimizar riesgos, de la calidad con que se realicen estos abordajes dependerá el éxito de la internación.<sup>(17-18)</sup> La contención puede darse en tres formas:

---

16. PHILIP, Solomón. Manual de Psiquiatría. En: Manual Moderno S.A., México D.F. 1992. Pág. 357. Citado por: MORA IZQUIERDO, Ricardo. La Hospitalización en Psiquiatría desde el punto de vista jurídico. En: Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal de Colombia. Año 2. Vol. 1, No 2. Bogotá. Dic. 1977; p 19 – 20.

17. Protocolo de Contención (VISITADO 10-13-2007) Disponible en: URL: [www.dep7.san.gva.es/CarteraEspecialidades/reglamentos/PSIQUIATRÍA/Protocolo%20de%20contención.pdf](http://www.dep7.san.gva.es/CarteraEspecialidades/reglamentos/PSIQUIATRÍA/Protocolo%20de%20contención.pdf)

18. Protocolo de Contención (VISITADO 12-12-2007) Disponible en: URL: [www.gesma.org/.../Enfermeria\\_en\\_salud\\_mental/Procolos\\_y\\_Procedimientos/Protocolo\\_de\\_contencion\\_Mecanica.pdf](http://www.gesma.org/.../Enfermeria_en_salud_mental/Procolos_y_Procedimientos/Protocolo_de_contencion_Mecanica.pdf)

amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo. De hecho, la meta de la contención verbal es restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos y la implantación de límites. La **contención física o sujeción física** se debe actuar oportunamente y de acuerdo al protocolo establecido por la institución, consiste en restringir los movimientos del paciente y va encaminado a disminuir los riesgos de auto agresividad o heteroagresividad, impedir la manipulación de vías o sondas o evitar la fuga de un paciente ingresado involuntariamente.

La **contención química mediante tratamiento farmacológico o sedación psicofarmacológica o contención farmacológica** que es un 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. Debe acompañarse de elementos persuasivos y facilitadores para la persona afectada. En la medida que el estado de conciencia del paciente lo permita, se le debe explicar en detalle el procedimiento, sus objetivos, consecuencias y derivaciones. Si la situación de agitación psicomotora impidiese el procedimiento, se podrá inmovilizar mecánicamente, en forma temporal, al paciente con el fin de aplicar el tratamiento farmacológico correspondiente. Es importante suministrarla a tiempo y en dosis necesarias para evitar la fuga del mismo.

g) Las características físicas de la institución ya que ésta debe contar con una infraestructura que posea una adecuada seguridad y confort para el tratamiento que se le puede brindar al paciente, teniendo en cuenta, que en los pacientes que reingresan en diferentes oportunidades se presenta una desventaja, ya que ellos conocen la infraestructura de la institución y los sitios donde la seguridad de la institución no se encuentra allí permanentemente. Teniendo en cuenta, que los cambios comportamentales y verbales que presente el paciente lo pueden llevar a realizar un intento de fuga. Además, el ruido es “uno de los estresares intraorganizacionales más

comúnmente encontrados en los ambientes psicológico o sociológico causantes de diversos efectos sobre el ser humano”<sup>19</sup>.

Finalmente es pertinente que, la enfermera tome en serio cualquier referencia que el paciente indique amenaza, gesto o intento fuga, suicidio, homicidio, e incluso si a primera vista el paciente parece querer manipular a los demás.

---

19. INTRODUCCIÓN AL RUIDO. (VISITADO 12-12-2007) Disponible en: URL: <http://server-die.alc.upv.es/asignaturas/LSED/2003-04/0.CAR/introduccion%20al%20ruido.html>

Por consiguiente, la atención global del paciente y el desarrollo de un plan terapéutico integral son necesarios para la intervención de un equipo interdisciplinario a las necesidades del paciente, para lograr este objetivo se debe tener un equipo capacitado y con experiencia, además, las acciones y protocolos utilizados en la intervención deben tener como fin tomar decisiones que permitan hacer frente en forma efectiva de esta situación psiquiátrica.

El profesional de enfermería necesita habilidad y herramientas para realizar una valoración rápida e identificar los factores de riesgo que pueden potenciar al paciente su ideación de fuga, obteniendo información del ingreso, examen mental y la patología.

Para concluir, la manera de prevenir una crisis puede determinar el curso y el desarrollo futuro de la enfermedad, para lo cual, es valiosa el tipo de relación que se establece entre el paciente y los recursos humanos u otros dispositivos que existen en la institución.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores asociados al riesgo de fuga en pacientes psiquiátricos.  
Revisión bibliográfica 1996-2007

### **5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

**5.2.1.** Identificar los factores internos encontrados en la literatura: enfermedad mental, síntomas relevantes que presenta el paciente, tipo de hospitalización al ingresar a la institución, conciencia de enfermedad y la aceptación de la hospitalización asociados al de riesgo de fuga en el paciente psiquiátrico.

**5.2.2.** Identificar los factores externos encontrados en la literatura: Abordaje durante la hospitalización (verbal, farmacológica y física) y características físicas de la institución asociados al riesgo de fuga en el paciente psiquiátrico.

**5.2.3** Proporcionar sustento teórico para la realización de protocolos y herramientas para la actuación de enfermería frente a la fuga de un paciente psiquiátrico.

## **6. PROPOSITOS**

**6.1.** Aportar información a profesionales y demás personal de salud interesado en el área y especialmente en esta situación psiquiátrica.

**6.2.** Contribuir a enriquecer los conocimientos a las instituciones psiquiátricas de tercer nivel y demás unidades encargadas de la asistencia y cuidado de pacientes psiquiátricos dejando como base la descripción de algunos factores de riesgo para la fuga de dichos pacientes.

**6.3.** Enriquecer la línea de investigación "Conocimiento y Práctica de Enfermería" de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana. Teniendo en cuenta, que con este trabajo se aumentan las bases de datos referentes a psiquiatría y salud mental que se encuentran en la universidad.

## 7. MARCO TEORICO

### 7.1. GENERALIDADES

En este capítulo inicialmente se describen los conceptos fundamentales de paciente con alteración mental y fuga, para luego presentar algunos factores asociados al riesgo de fuga en pacientes psiquiátricos descritos en la revisión bibliográfica.

Si se parte del concepto de paciente con alteración mental que plantea Cook "*Es aquel ser humano que se encuentra en una situación emocional determinada, que implica desequilibrio dentro de él mismo y su entorno, que se desencadena por factores biológicos, químicos, sociales, etc.; llevando al paciente a experimentar una serie de sentimientos como culpa, angustia e insatisfacción y principalmente sufrimiento*". Se puede inferir que, el comportamiento del paciente psiquiátrico se ve afectado no solamente por los factores internos sino también por los externos.

De hecho, la enfermedad mental causa trastornos leves y severos en el pensamiento, en la percepción, en las emociones o en el comportamiento del individuo afectando la habilidad de la persona para superar las demandas diarias y rutinas de la vida, entonces el paciente debe buscar inmediatamente el tratamiento de un profesional de la salud mental. Un cuidado y un tratamiento apropiado, con el fin de que éste se estabilice y vuelva a realizar sus actividades cotidianas.

García Escobar afirma que "la mente es la estructura psicológica del organismo y representa la respuesta integrada del ser humano al complejo de fuerzas biológicas, psicológicas y sociales que obran sobre él". Cuando estas funciones se alteran dan lugar a la aparición de las enfermedades mentales, como ocurre en la esquizofrenia, trastorno en el cual son evidentes las alteraciones del pensamiento, el afecto, el juicio, el raciocinio y el comportamiento, alteraciones que no dependen del contenido delirante.



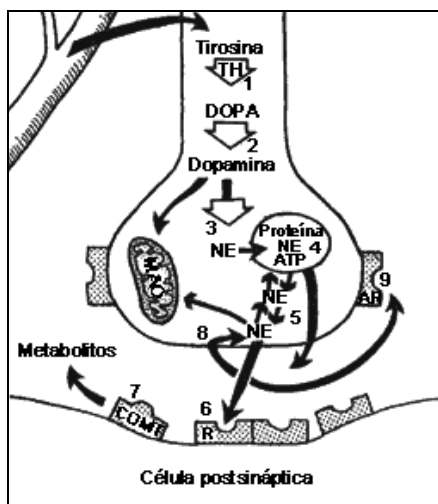
Las alteraciones de la mente y la psique hacen que el paciente valore inadecuadamente la realidad externa, se aislé o ignore el mundo exterior o su percepción delirante le impida relacionarse adecuadamente con el medio. El no compartir las reglas que proponen el grupo cultural o la familia, desencadena en los otros la censura y la discriminación. La sociedad y la familia perciben al enfermo como un desviado, alejado de la norma, alienado y anormal o un inadaptado social, que merece ser discriminado, como se discrimina al delincuente, a la trabajadora sexual o al enfermo portador de una enfermedad contagiosa.

Desde una perspectiva biológica, el ser humano está dotado de mecanismos nerviosos, a través de los cuales recibe información de las alteraciones que ocurren en su ambiente externo e interno, que le permiten reaccionar a la información de forma adecuada. Por medio de estos mecanismos ve y oye, actúa, analiza, organiza y guarda sus experiencias. Estos mecanismos nerviosos están configurados por la sinapsis, un proceso por el que las neuronas envían los impulsos de un mensaje desde su axón hasta las dendritas o a un cuerpo de otras, transmitiéndole así la información nerviosa.

Es decir, la sinapsis es el proceso esencial en la comunicación neuronal y constituye el lenguaje básico del sistema nervioso. Afortunadamente, las semejanzas de los mecanismos sinápticos son muchos más amplias que las diferencias, asociadas éstas a la existencia de distintos neurotransmisores con características particulares.

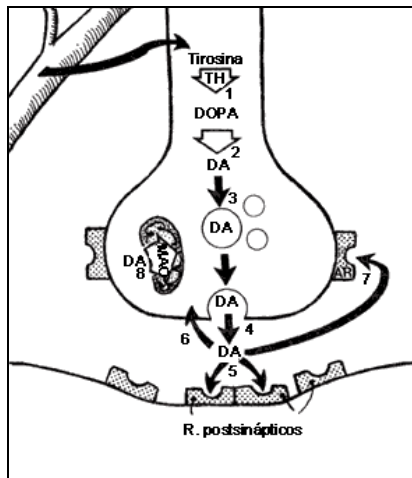
De hecho, los neurotransmisores son sustancias que se liberan en la sinapsis neuronal y que al actuar sobre receptores específicos intervienen en la transmisión de los impulsos nerviosos. Los más importantes son la acetilcolina, la noradrenalina, la dopamina, la 5-hidroxitriptamina (serotonina) y el ácido gamma-amino butírico (GABA). Estos neurotransmisores son responsables de los síntomas y los comportamientos del individuo. Dentro de estos tenemos:

- La norepinefrina o llamada noradrenalina incrementa la tasa cardíaca y la presión sanguínea. Las glándulas adrenales la liberan en el torrente sanguíneo, junto con la epinefrina. Es también importante para la formación de la memoria. El estrés tiende a agotar a la adrenalina, mientras que el ejercicio tiende a incrementarlo. Las anfetaminas (“speed”) funcionan causando la liberación de norepinefrina. (FIGURA V.1.)



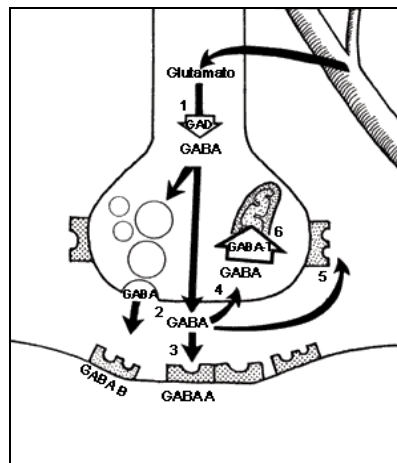
**FIGURA V.1.** La sinapsis noradrenérgica. Esquema de una sinapsis que sintetiza, acumula y libera noradrenalina o norepinefrina (NE). El neurotransmisor proviene de la conversión del aminoácido precursor, la tirosina, a través de varios pasos enzimáticos, hasta noradrenalina: la tirosina-hidroxilasa (TH) convierte la tirosina en DOPA (1); la DOPA- descarboxilasa la convierte en dopamina (2), y la dopamina - - hidroxilasa en noradrenalina (3). Ésta puede almacenarse junto con otras proteínas sinápticas y con ATP (4) para de allí liberarse, directa o indirectamente (5). Una vez liberado, el neurotransmisor puede ocupar receptores postsinápticos (6), metabolizarse por la enzima catecol -O- metiltransferasa (COMT) (7), recaptarse (8) para su eventual reutilización u ocupar autorreceptores (AR) (9).

- Otro neurotransmisor del tipo de la norepinefrina y la epinefrina es la **dopamina**. Es un neurotransmisor inhibitorio, lo cual significa que cuando encuentra su camino a sus receptores, bloquea la tendencia de esa neurona a disparar. La dopamina está fuertemente asociada con los mecanismos de recompensa en el cerebro. Las sustancias psicoactivas como la cocaína, el opio, la heroína, y el alcohol promueven la liberación de dopamina. Por ejemplo, la esquizofrenia, se ha demostrado un aumento en las cantidades de dopamina en los lóbulos frontales, y los psicofármacos que bloquean la dopamina son usadas para ayudar a los esquizofrénicos. Por otro lado, poca dopamina en las áreas motoras del cerebro es responsable de la enfermedad de Parkinson, la cual implica temblores corporales incontrolables. (FIGURA V.2.)



**FIGURA V.2.** La sinapsis dopaminérgica. La dopamina (DA) se sintetiza a partir de la tirosina, a través de los mismos pasos enzimáticos que la sinapsis noradrenérgica: la tirosina-hidroxilasa (TH) convierte la tirosina en DOPA (1); la DOPA-decarboxilasa la convierte en dopamina (2). La DA puede almacenarse (3) para de allí liberarse (4). Una vez liberado el neurotransmisor puede ocupar receptores postsinápticos (5), metabolizarse, recaptarse (6) u ocupar autorreceptores (AR) (7). Dentro de la terminal, la DA puede metabolizarse por la monoamino-oxidasa mitocondrial (8).

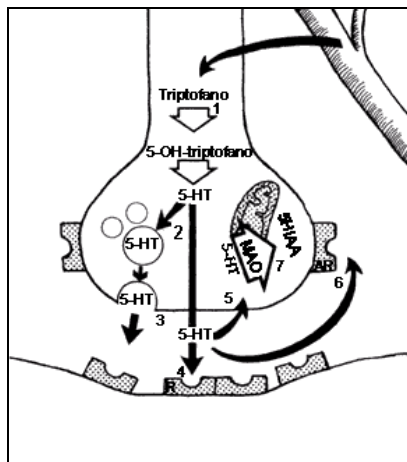
- En 1950, Eugene Roberts y J. Awapara descubrieron el **GABA** (ácido gamma aminobutírico), otro tipo de neurotransmisor inhibitorio. El GABA actúa como un freno de los neurotransmisores excitatorios que llevan a la ansiedad. Los individuos con poca producción de GABA tiende a sufrir de trastornos de la ansiedad, y los medicamentos como el Valium funcionan aumentando los efectos del GABA. Si el GABA está ausente en algunas partes del cerebro, se produce la epilepsia. (FIGURA V.3.)



**FIGURA V.3.** La sinapsis GABAérgica. El ácido aminobutirato (GABA) se sintetiza a partir del glutamato a través de una descarboxilasa (1), la glutamato-des-carboxilasa (GAD). El GABA puede liberarse hacia el espacio sináptico directamente o desde almacenes vesiculares (2). Una vez fuera de la terminal, el GABA puede ocupar receptores postsinápticos (3), los

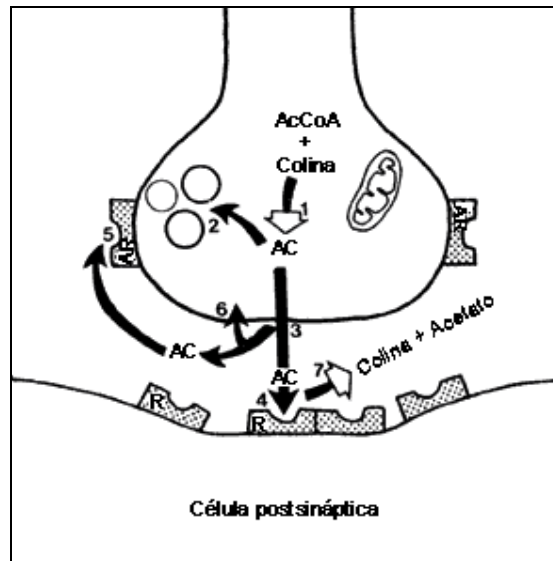
cuales se han clasificado en tipo A ( $GABA_A$ ) o el tipo B ( $GABA_B$ ). El aminoácido puede recaptarse (4), ocupar autorreceptores (AR), que usualmente son tipo B (5), o metabolizarse por la transaminasa del GABA ( $GABA-T$ ) (6).

- Se ha encontrado que la serotonina está íntimamente relacionada con la emoción y el estado de ánimo. Poca serotonina se ha asociado con la depresión, problemas con el control de la ira, el desorden obsesivo-compulsivo, y el suicidio. Además, con lleva a un incremento del apetito por los carbohidratos (comidas rica en almidón) y problemas con el sueño, lo cual también está relacionado con la depresión y otros problemas emocionales. (FIGURA V.4.)



**FIGURA V.4.** La sinapsis serotoninérgica. La serotina (5-hidroxitriptamina) (5-HT) se sintetiza a partir del triptófano, el cual se convierte en 5 - hidroxitriptófano por la enzima triptófano-hidroxilasa. La 5-HT puede almacenarse en vesículas (2) y/o liberarse (3). Una vez liberada, puede ocupar receptores postsinápticos (4), recaptarse (5), ocupar autorreceptores (6) o metabolizarse por la MAO mitocondrial (7) hacia ácido 5-hidroxiindolacético (5HIAA).

Al llegar el impulso nervioso al terminal presináptico se induce: la apertura de los canales para calcio sensibles a voltaje, el subir el en calcio intracelular se activa la exocitosis de las vesículas sinápticas que liberan al neurotransmisor hacia la hendidura sináptica. La unión del neurotransmisor con su receptor induce en la membrana postsináptica la apertura de los canales para cationes activados por ligandos determinando cambios en la permeabilidad de la membrana que pueden: inducir la despolarización de la membrana postsináptica: sinapsis exhitatorias; o hiperpolarizar a la membrana postsinápticos: sinapsis inhibitorias. (FIGURA V.5.)



**FIGURA V. 5.** *La sinapsis colinérgica. Esquema de una sinapsis que sintetiza, acumula y libera acetilcolina. El neurotransmisor proviene de la conversión del aminoácido precursor: la colina, junto con la acetil-coenzima A (AcCoA), a través de la enzima colina-acetilasa (1), hacia acetilcolina (AC). Esta puede almacenarse en vesículas (2) o liberarse directamente (3). Una vez fuera de la terminal sináptica, la acetilcolina puede ocupar sitios receptores (R) en otra célula (4), en ella misma —autorreceptores, AR— (5), recaptarse (6) o metabolizarse —por colinesterasas— (7) hacia colina y acetato.*

En los estados de hiperactividad y agitación que está dada por una sucesión de gestos, movimientos y conductas, rápidos, muy frecuentes de elevada frecuencia y variada forma de presentación<sup>20</sup>, existen habitualmente elevadas concentraciones de neurotransmisores en la sinapsis, mientras que en los estados depresivos su concentración suele estar disminuida.

20. Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pag. 606

Los que actúan, esto produce habitualmente una mejora de los estados psicóticos, especialmente si se acompañan de agitación. Otros psicofármacos aumentan la concentración sináptica de neurotransmisores por diversos mecanismos, y esto se acompaña habitualmente de una mejoría de los estados de depresión. Sin embargo, muchos aspectos de las enfermedades mentales no se pueden explicar únicamente por las alteraciones de los neurotransmisores, por lo que algunos psicofármacos parecen tener otros mecanismos de acción.

Algunos psicofármacos actúan en la corteza cerebral, pero en su mayoría lo hacen sobre estructuras encefálicas más profundas, como el sistema reticular ascendente del

tronco encefálico o el sistema límbico, en el que asientan funciones cerebrales complejas, como las emociones, los recuerdos y la afectividad.

La psicofarmacología ha modificado sustancialmente el pronóstico de las enfermedades mentales. En la actualidad, casi todos los enfermos psiquiátricos mejoran con el tratamiento farmacológico y la mayoría pueden tratarse de forma ambulatoria.

Con frecuencia los psicofármacos sólo consiguen controlar los grandes síntomas o síndromes de los trastornos mentales, como la agitación, la ansiedad o la depresión, pero en algunos casos, parecen conseguir la curación de la enfermedad.

Los psicofármacos suelen clasificarse en tres grandes grupos:

1. Neurolépticos o antipsicóticos: Los neurolépticos o antipsicóticos se emplean fundamentalmente en el tratamiento de psicosis, como la esquizofrenia, la fase maníaca de la psicosis maniaco-depresiva (psicosis bipolar) y las psicosis tóxicas. Se emplean también en el tratamiento sintomático de los estados de agitación y delirio agudo, en los estados contusionales y en algunos casos de dolor crónico.

A los neurolépticos se les llamaba antiguamente tranquilizantes mayores, término que se abandonó porque no son solamente tranquilizantes, sino que parecen mejorar la propia causa de la psicosis; la agitación es ciertamente un componente frecuente de la psicosis, pero también se administran antipsicóticos a enfermos que no están agitados.

En principio todos los neurolépticos son eficaces y la elección de uno u otro depende de la respuesta previa del paciente al fármaco y de los efectos adversos que se presenten. Algunos son de efecto prolongado, y en principio son más eficaces en situaciones crónicas.

2. Ansiolíticos: La ansiedad se puede definir como un sentimiento de miedo, temor, aprensión e incertidumbre sin causa justificada. Cuando se acompaña de síntomas vegetativos como sudor, temblor, taquicardia, etc. recibe el nombre de *angustia*.

Los ansiolíticos son psicofármacos capaces de controlar la ansiedad. En la actualidad los más utilizados son las benzodiacepinas y la buspirona. El primer grupo posee un efecto ansiolítico, hipnótico-sedante (con lo que ayuda a tratar el insomnio), relajante muscular y anticonvulsivo. La buspirona es un ansiolítico puro, sin apenas efectos hipnóticos o tranquilizantes. Sin embargo sus efectos tardan de 2 a 3 semanas en aparecer y en general es menos eficaz que las benzodiacepinas.

3. Antidepresivos: La depresión es una enfermedad caracterizada por los sentimientos de tristeza, pesimismo, falta de interés, retraso psicomotor, insomnio, trastornos alimentarios y otros. Con frecuencia hay un componente asociado de ansiedad o angustia, sentimientos de culpa, crisis de pánico y tendencia al suicidio.

Los fármacos antidepresivos se utilizan en el tratamiento de todas las formas de depresión, aunque en general responden mejor a las depresiones endógenas. Alrededor del 80% de todas las depresiones responden al tratamiento farmacológico, este debe mantenerse durante 4-6 meses y suspenderse de forma gradual, ya que si se suspende antes o de forma brusca, son frecuentes las recaídas.

En los estados depresivos suele haber una baja concentración de neurotransmisores en las sinapsis neuronales, especialmente noradrenalina y serotonina. Los fármacos antidepresivos tienden a elevar la concentración de neurotransmisores en las sinapsis. Esto se puede conseguir por dos mecanismos: bloqueando o retrasando la recaptación de los neurotransmisores, con lo que aumenta su concentración en las sinapsis, o inhibiendo la monoaminoxidasa (MAO), que en circunstancias normales destruye los neurotransmisores amínicos, limitando su tiempo de acción. La inhibición de la MAO consigue alargar el tiempo de acción de los neurotransmisores.

La mayoría de antidepresivos actúan por alguno de estos dos mecanismos, aunque algunos aumentan también el número o la sensibilidad de los receptores sinápticos para los neurotransmisores.

Teniendo en cuenta lo anterior la conducta del individuo, está mediada en parte por las sustancias cerebrales sin embargo las enfermedades mentales ocurren por la alteración en uno o varios neurotransmisores, ya que la disminución o aumento de estos repercute en el comportamiento y pensamiento del individuo distorsionando la realidad y potenciando el riesgo de fuga.

Toda conducta tiene un significado y generalmente es descifrable. Los pacientes expresan sus necesidades físicas, psíquicas y sociales por medio de su comportamiento y de palabras. Las enfermeras que son receptivas al lenguaje de las acciones no verbales y que tienen experiencia en este medio de comunicación logran entender las necesidades que externalizan los pacientes en este medio de comunicación.

En ocasiones la conducta exterior enmascara lo que se pretende comunicar. Un método dinámico de la atención consiste en tratar de hallar los motivos latentes de la conducta del sujeto y en analizar las fuerzas que intervienen en la situación. Este método dinámico insiste en que la enfermera indague constantemente las causas de la conducta de ella y del paciente. Se hará esta pregunta: ¿Qué significado tiene la conducta, que es lo que pide y cuál es la respuesta más apropiada?"

Las enfermeras que comprenden la conducta saben que el enfermo necesita, al solicitar ciertos servicios (como alzar o bajar la cama, subir o bajar la ventana o agua fresca), en realidad está manifestando ansiedad o temor y desea tener a alguien cerca. Se halla en estado de angustia y zozobra, incapaz de sobreponerse a la ansiedad producida por su enfermedad. Si la enfermera entiende esas inquietudes, lejos de

rehuir las demandas exageradas, se encontrara en mejor posición para satisfacer las necesidades del paciente. Podrá entonces averiguar junto con él lo que está tratando de decir, o bien el significado del comportamiento.

La enfermera sabe muy bien que una tarea tan común como la del baño se convierte, a veces en oportunidad para establecer comunicación con el enfermo. Los pocos minutos empleados en la administración del medicamento pueden ser útiles para el paciente, si ella ha adquirido capacidad para observar, escuchar y actuar según las indicaciones que perciba. Teniendo como fin, el suplemento de las necesidades básicas del paciente, y de manera bien precisa, si llega a comprender el significado de la conducta y si adquiere pericia en su uso terapéutico,<sup>21</sup> disminuye la ansiedad del paciente despejándole dudas y motivándolo para que continúe con el tratamiento teniendo como resultado la minimización del riesgo de fuga.

Se han descrito las alteraciones de los diferentes neurotransmisores, de acuerdo a la disminución de ellas relacionadas con algunas situaciones, por lo cual genera las conductas agresivas, la agitación psicomotriz y entre otros síntomas que pueden combinarse y propiciar el intento de fuga en una Institución de Salud Mental.

## **7.2. FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE FUGA**

Es importante esta revisión bibliográfica por que enriquece y amplía la perspectiva del personal de salud, frente al paciente psiquiátrico, aportando herramientas para describir e identificar los diferentes factores, características o comportamientos<sup>22</sup> que lo pueden llevar a realizar a tener pensamientos de fuga. De acuerdo al lugar donde se generen estos factores se categorizaron en:

- 
21. Psicopatológica Clínica El Síntoma en las neurociencias. Jorge Téllez – Vargas, Luis Carlos Taborda, Cecilia Burgos de Taborda. Nuevo melino Editores. Segunda Edición. 2003
  22. Concepto Salud y Enfermedad 20 /08/2007 (VISITADO 07-13-2007) Disponible en: URL: [http://viref.udea.edu.co/contenido/apuntes/gusramon/activ\\_salud/02-salud-enfermedad.pdf](http://viref.udea.edu.co/contenido/apuntes/gusramon/activ_salud/02-salud-enfermedad.pdf).

### **7.2.1.1. LA ENFERMEDAD MENTAL**

La nosología es la ciencia que clasifica las enfermedades. Su principal valor en Psicopatología es contribuir y dar validez a las acciones terapéuticas, además estimular al investigador para que utilice el síntoma en su verdadera dimensión y significado.

La clasificación de los síntomas en síndromes simplifica la labor de exploración clínica y capacita al clínico para comunicarse en forma eficaz con sus pacientes, lo



orienta en la elección de esquemas terapéuticos útiles y validos facilita la comunicación de sus experiencias a otros clínicos.

Actualmente, los sistemas de clasificación aceptados son el DSM – IV y el CIE – 10, han demostrado cumplir las siguientes funciones: diferenciar los trastornos según su gravedad, identificar el “síntoma cardinal” que se caracteriza el síndrome clínico (ansiedad, delusiones), sin olvidar que con frecuencia los cuadros clínicos son combinaciones de varios síntomas y signos clínicos y tratar de diferenciar la etiología del síndrome al distinguir los factores biogénicos y de aquellos cuadros clínicos.

#### La clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10)

Es un sistema internacional de clasificación aceptada por la Organización Mundial de la Salud y de Obligatorio cumplimiento para los países asociados, basados en la clasificación de las causas de muerte que el Instituto Estadístico Internacional de Paris lleva desde 1893.

En la décima edición 1992 se adopta el término “trastorno” en vez de enfermedad, para denotar la existencia de una serie de síntomas clínicamente reconocibles o de comportamientos asociados casi siempre a malestar, sufrimiento y a interferencia con las funciones individuales.

El CIE-10 comprende diez grupos de trastornos, cada uno de los cuales se subdividen en categorías y subcategorías.

#### Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.

En este ítem se tienen en cuenta los cuadros de intoxicación aguda, síndrome de dependencia, síndrome de abstinencia con delirium, trastornos psicóticos o amnésicos y otros trastornos del comportamiento producidas por el uso o abuso de sustancias como alcohol, opiáceos, marihuana, cocaína, sedantes, cafeína, tabaco y disolventes.

Trastornos ansiosos, somatomorfos y asociados al estrés. Incluye las diferentes formas clínicas de los trastornos de ansiedad (fóbica, agofóbica, pánico, ansiedad generalizada y los pensamientos obsesivos- compulsivos), los trastornos mixtos ansioso depresivos, las respuestas frente al estrés, los trastornos adaptativos, los trastornos disociativos (amnesias, fugas, estupor) y los trastornos somatomorfos.

Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto. Incluye los trastornos específicos de la personalidad (paranoide, esquizoide, disocial, dependiente,) los trastornos en el control de impulsos (juego patológico, cleptomanía, tricotilomanía) y los trastornos de la identidad de género sexual (transexualismo, fetichismo, sadomasoquismo, pedofilia).

### DSM IV MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Es el sistema de clasificación de los trastornos mentales adoptados por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Los trastornos mentales se clasificaron teniendo en cuenta su presentación y características clínicas de acuerdo con criterios diagnósticos específicos y un índice cuali-cuantitativo de probabilidad.

El DSM IV es un sistema multiaxial que comprende la evaluación de cinco ejes, cada uno de los cuales brinda al clínico información específica que permite un diagnóstico integral.

EJE I. en él se incluyen el diagnóstico y clasificación de los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objetos de atención médica, como delirium, demencias, trastornos amnésicos, trastornos relacionados con abuso de sustancias, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos disociativos, trastornos de la identidad sexual, trastornos de sueño o trastornos adaptativos.

EJE II. Incluye los trastornos de la personalidad

EJE III. Enfermedades médicas

EJE IV. Problemas psicosociales y ambientales

EJE V. Evaluación de la actividad global

A continuación, se hará una revisión más detallada de las entidades psiquiátricas que estas asociadas a los síntomas característicos que pueden potencializar la fuga en los pacientes psiquiátricos.

**7.2.1.1.1 ESQUIZOFRENIA.** Es un trastorno de la personalidad con distorsión del pensamiento, en el cual es difícil para la persona diferenciar entre experiencias reales e irreales, pensar de manera lógica, tener respuestas emocionales normales ante los demás y comportarse normalmente en situaciones sociales.

Se caracteriza porque el paciente experimenta **SINTOMAS POSITIVOS** (Alucinaciones, Ideas delirantes, Lenguaje desorganizado e incoherente, Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico) y **SINTOMAS NEGATIVOS** (Embotamiento afectivo, Pobreza del habla (alogia), Abulia o apatía, Anhedonia).

#### **Tabla No.1 Clases de Esquizofrenia**

<b>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación por una o más ideas delirantes de grandeza o persecución.</li> <li>• Alucinaciones auditivas frecuentes.</li> <li>• No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.</li> <li>• También pueden presentar ansiedad, ira, tendencia a discutir y violencia.</li> </ul>
<b>ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lenguaje y comportamiento desorganizado.</li> <li>• Afectividad aplanada o inapropiada.</li> <li>• Puede presentar ideas delirantes que giran alrededor de un tema incoherente.</li> <li>• Suele ser de inicio temprano.</li> </ul>
<b>ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad motora o actividad motora excesiva.</li> <li>• Negativismo extremo, o mutismo.</li> <li>• Peculiaridades del movimiento voluntario con posturas extrañas, movimientos estereotipados, muecas.</li> <li>• Copia lo que dice o hace otra persona.</li> </ul>
<b>ESQUIZOFRENIA SIMPLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un tipo de esquizofrenia sin alucinaciones ni delirios, pero el enfermo pierde sus capacidades, no da a basto.</li> </ul>
<b>ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tiene un comienzo temprano (entre 12-13 años), en principio parece retraso mental.</li> <li>▪ Sufre alteración de la conducta.</li> <li>▪ Afectividad aplanada.</li> <li>▪ Delirios.</li> </ul>
<b>ESTADOS RESIDUALES O DE DEFECTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predominan los síntomas negativos, ocurre cuando se cronifican las alteraciones anteriores.</li> </ul>

Tomado del DSM IV<sup>23</sup>.

23. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales / edición de Juan José López-Ibor Aliño y Manuel Valdés Miyar; traducción de Joan Masana Ronquillo. [Et al.]. Barcelona, España. Masson, 2003.

tratamiento de la esquizofrenia pero poseen importantes efectos secundarios como temblores, rigidez, inquietud interna, sudor e incluso convulsiones. También produce efectos indeseables no neurológicos como ictericia (coloración amarillenta de la piel), fiebre alta, anemia aplásica, hipersensibilidad dérmica, hipotensión, incremento de

peso y en casos extremos "síndrome neuroléptico maligno" que puede llevar a la muerte.

Teniendo en cuenta lo anterior, la esquizofrenia produce en el individuo sentimientos de ser perseguido o ser un blanco de una conspiración. Los individuos afectados pueden tener delirios de grandeza (superioridad) asociados con la protección a sí mismos contra la supuesta conspiración. De hecho, los síntomas claves de la esquizofrenia son delirios y/o alucinaciones auditivas asociados al riesgo de fuga en un paciente Psiquiátrico en una Institución de Salud Mental. Dentro de los tipos más relevantes son la esquizofrenia paranoide y la desorganizada.

**7.2.1.1.2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD.** Es una condición psiquiátrica caracterizada por un comportamiento crónico de manipulación, explotación o violación de los derechos de los demás y a menudo es un comportamiento criminal presentándose paranoia y desconfianza sobre todo lo que les rodea.

**Tabla No. 2 Grupo A**

<p><b>Trastorno de la personalidad paranoica</b></p>	<p>Se caracterizan por ser frías, distantes e incapaces de generar vínculos interpersonales estrechos. A menudo son demasiado desconfiadas de su entorno, pero injustificadamente, generalmente no pueden apreciar su propia función en las situaciones de conflicto y suelen proyectar sus sentimientos de paranoia en forma de enojo hacia los demás.</p>
<p><b>Trastorno de la personalidad esquizoide</b></p>	<p>Se caracterizan por ser frías, distantes, introvertidas y tener un gran temor a la intimidad y los vínculos estrechos. Las personas que tienen personalidad esquizoide permanecen tan absortas en sus propios pensamientos y fantasías que se autoexcluyen de los vínculos con la realidad y otras personas.</p>
<p><b>Trastorno de la personalidad esquizotípica</b></p>	<p>Similar al trastorno de la personalidad esquizoide; las personas que tienen este trastorno suelen ser frías, distantes, introvertidas y tener un gran temor a la intimidad y los vínculos estrechos. También presentan trastornos del pensamiento, de la percepción y habilidades ineficaces de comunicación.</p>

Tomado del DSM IV.

**Tabla No. 3 Grupo B**

<b>Trastorno de personalidad limítrofe</b>	Se caracterizan por ser inestables en la percepción de sí mismos y tienen dificultad para mantener relaciones estables. Los estados de ánimo también pueden ser inconstantes, pero jamás neutros, y su sentido de la realidad siempre se percibe en "blanco y negro".
<b>Trastorno de la personalidad antisocial</b>	Se caracterizan por ser porque no tienen en cuenta los sentimientos, propiedad, autoridad y respeto hacia los demás en busca del propio beneficio. Esto puede incluir acciones violentas o agresivas que afectan o implican a otros individuos, sin un sentimiento de remordimiento ni culpabilidad por sus actos destructores
<b>Trastorno de la personalidad narcisista</b>	Las personas que tienen este trastorno presentan sentimientos excesivamente exagerados de autovaloración, grandiosidad y superioridad en relación con los demás.
<b>Trastorno de la personalidad histriónica</b>	Las personas que tienen este trastorno están demasiado preocupadas por su aspecto, constantemente buscan atención y a menudo se comportan dramáticamente en situaciones que no justifican ese tipo de reacción. Las expresiones emocionales son superficiales y exageradas.

Tomado del DSM IV.

**Tabla No. 4 Grupo C**

<b>Trastorno de la personalidad dependiente</b>	Las personas que tienen este trastorno dependen excesivamente de los demás para su validación y para la satisfacción de sus necesidades básicas. Además de no ser capaces de cuidar de sí mismas correctamente, a las personas que tienen personalidad dependiente les falta confianza en sí mismos y seguridad, y tienen dificultad para tomar decisiones.
<b>Trastorno de la personalidad de evitación</b>	Las personas que tienen este trastorno son hipersensibles ante el rechazo y, por lo tanto, evitan las situaciones que pueden generarles conflicto. Esta reacción es impulsada por el temor; sin

	embargo, las personas que tienen personalidad de evitación se sienten perturbadas por su propio aislamiento social, su retraimiento y su incapacidad de mantener vínculos interpersonales estrechos.
<b>Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva</b>	Las personas que tienen este trastorno se muestran inflexibles ante el cambio y se molestan si la rutina se ve alterada debido a su obsesión por el orden. Por consiguiente, son ansiosas y tienen dificultad para completar las tareas y tomar decisiones. Las personas que tienen personalidad obsesivo-compulsiva suelen sentirse incómodas en situaciones que están fuera de su control y como consecuencia de ello tienen dificultad para mantener relaciones interpersonales positivas y sanas.

Tomado del DSM IV.

Los trastornos de la personalidad suelen ser difíciles de tratar y pueden requerir atención a largo plazo para modificar los patrones de comportamiento y de pensamiento inadecuados. El tratamiento puede incluir lo siguiente: Medicamentos (aunque se puede abusar de ellos y su eficacia es limitada) y Tratamiento psicológico (que incluya la participación de la familia).

Teniendo en cuenta lo anterior, los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones. De hecho, los síntomas claves del trastorno de la personalidad comportamiento crónico de manipulación, explotación o violación de los derechos de los demás y a menudo es un comportamiento criminal que son asociados al riesgo de fuga en un paciente Psiquiátrico en una Institución de Salud Mental. Dentro de los tipos más relevantes son la trastorno de la personalidad paranoide, limítrofe, antisocial, narcisista y la histriónica.

**7.2.1.1.3. PACIENTES FÁRMACO DEPENDIENTES.** Es un estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la abstinencia o privación.

Tratamiento farmacológico a los pacientes fármaco-dependientes sólo permite desintoxicarlos, eliminar los síntomas agudos y alejarlos del consumo. Otra vía terapéutica que ha sido utilizada como complemento de la anterior, es la rehabilitación a través de la psicoterapia en sus diferentes modalidades, según escuelas psicoterapéuticas. De igual manera se han publicado diferentes formas para valorar las modificaciones conductuales que ocurren durante un programa de rehabilitación lo cual tiene gran valor para establecer estrategias psicoterapéuticas y abordajes biológicos que propicien un modelo integrador en las nuevas perspectivas del tratamiento para fármaco-dependientes.

**7.2.1.1.3.1. SÍNDROME DE ABSTINENCIA O SÍNDROME DE DEPRIVACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:** se define como “grupo de signos y síntomas que aparecen en el individuo como consecuencia de la supresión o reducción del consumo de una droga y que son característicos de cada tipo de droga”<sup>24</sup>.

Se describen los siguientes tipos:

**1. Síndrome de abstinencia agudo:** Es el conjunto de signos y síntomas orgánicos y síquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la que un sujeto es dependiente.

Cada grupo de sustancias psicoactivas produce un característico síndrome de abstinencia agudo fácilmente diferenciable de los restantes grupos. La intensidad y gravedad de este síndrome dependen del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida.

**2. Síndrome de abstinencia tardío:** Se puede describir como un conjunto de disregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de conseguir la abstinencia. Este cuadro causa múltiples trastornos físicos y psíquicos al paciente, le dificulta enormemente el desarrollo de una vida saludable y autónoma, y contribuye a precipitar los procesos de recaída en los hábitos tóxicos.

---

24. Síndrome de Abstinencia. José Félix Martínez López/ Antonio Martín Páez / Margarita Valero Sánchez / Miguel Salguero. HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Málaga. 2000. Disponible en: URL: [www.atoxos.com/pdf/SindromeAbstinencia.pdf](http://www.atoxos.com/pdf/SindromeAbstinencia.pdf)

La sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo, que ya no consume, al ser reexpuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje, al consumo de la sustancia de la que era dependiente. El síndrome de abstinencia condicionado suele crear un gran desconcierto en el paciente, provocándole cuadros de gran ansiedad y miedo que pueden precipitar un nuevo consumo tóxico como forma de evitar la situación displacentera en que se encuentra.

Según el **DSM-IV** dentro del apartado de los trastornos inducidos por sustancias, se define el síndrome de abstinencia sobre la base de tres criterios:

1. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
2. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Según el **CIE-10**, se describe el síndrome de abstinencia como:

- El síndrome de abstinencia en uno de los indicadores del síndrome de dependencia, por lo que este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.
- El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica.
- Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

#### **7.2.1.1.3.1.1. SÍNDROME DE ABSTINENCIA A CANNABIS**

*Cannabis sativa* contiene más de 400 compuestos, además de la sustancia psicoactiva delta-9-tetrahidrocannabinol (THC).

Aunque no existen criterios DSM-IV para este síndrome y un gran número de autores se cuestionan que el cannabis produzca dependencia física, y señalan que su uso no produce sintomatología de abstinencia ni existen fenómenos de tolerancia, se han descrito signos y síntomas de abstinencia en los usuarios crónicos de cannabis, dependiendo la gravedad de los síntomas, de la dosis y la duración del uso. Estos consisten en temblor, sudoración, náuseas, vómitos, diarrea, irritabilidad, anorexia, nistagmus, pérdida de peso y alteraciones del sueño.

Los signos y síntomas de abstinencia en los consumidores crónicos de cannabis suelen ser leves en comparación con los observados en los adictos a opiáceos y alcohol, y rara vez requieren intervención médica o farmacológica.

#### **7.2.1.1.3.1.2. SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OPIÁCEOS**

Los efectos principales de los opiáceos (fármacos similares al opio) son la inhibición importante de la percepción del dolor junto con niveles moderados de sedación, hipnosis y euforia.



Los fármacos dentro de esta categoría comprenden, desde la heroína, morfina y codeína, a muchos analgésicos no esteroideos, así como muchos antitusígenos.

La tolerancia de un opiáceo probablemente se generaliza a los demás (es decir, es probable la tolerancia cruzada), y todos comparten un patrón similar de problemas relacionados con la medicación. Cada una de estas sustancias es capaz de producir adicción física, psíquica y síndrome de abstinencia, bien con la supresión o con la administración de un antagonista.

Los opiáceos prototipos, morfina y codeína (3-metoximorfina), se obtienen directamente del jugo lechoso de la adormidera. Los fármacos semisintéticos producidos a partir de las moléculas de morfina o tebaína comprenden la hidromorfona, codeína, diacetilmorfina (heroína) y oxicodona. Los opiáceos puramente sintéticos, que comparten muchas de las propiedades básicas del opio y la morfina, son la meperidina, el propoxifeno, el difenoxilato, el fentanilo, la buprenorfina, la metadona y la pentazocina.

Se clasifican en agonistas puros (codeína, meperidina, metadona, heroína, morfina, Oxicodona, fentanilo, difenoxilato, propoxifeno), agonistas parciales (buprenorfina), antagonistas/agonistas (butorfanol, nalbufina, pentazocina) y antagonistas puros (naloxona, naltrexona, nalmefene).

Todas estas sustancias son capaces de producir euforia y dependencia tanto psicológica como física, cuando se toman dosis suficientemente altas durante períodos prolongados de tiempo.

#### Características del síndrome de abstinencia a opiáceos.

La característica esencial de la abstinencia de opiáceos es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se presenta tras la interrupción o disminución de un consumo abundante y prolongado de opiáceos. El síndrome de abstinencia también puede ser provocado por la administración de un antagonista opiáceo (naloxona o naltrexona) tras un período de consumo de opiáceos.

La abstinencia de opiáceos se caracteriza por un patrón de signos y síntomas contrarios a los efectos agonistas agudos. Los primeros de éstos son subjetivos y consisten en síntomas de ansiedad, inquietud y sensación de dolor que con frecuencia se localiza en la espalda y las piernas, acompañados de una necesidad irresistible de obtener opiáceos (*craving*) y un comportamiento de búsqueda de droga, además de irritabilidad y mayor sensibilidad al dolor.

Debe haber tres o más de los siguientes síntomas para establecer el diagnóstico de abstinencia de opiáceos: humor disfórico, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, midriasis, piloerección o aumento de la sudoración, diarrea, bostezos, fiebre, insomnio, escalofríos, hipertensión arterial, taquicardia, palidez, taquipnea, conducta agitada, estrabismo, hiperglucemia, erección y eyaculación

espontaneas, hipermenorrea, salivación, temblores, rigidez, paresias y convulsiones clónico episódicas.

#### **7.2.1.1.3.1.3. SÍNDROME DE ABSTINENCIA A COCAÍNA**

La cocaína es una sustancia natural producida por la planta de la coca (*Eritroxilon coca*), un arbusto que se cultiva en las altiplanicies de los Andes, en una extensa área donde confluyen Bolivia, Perú y Colombia.

Se consume en diversas preparaciones (hojas de coca, pasta de coca, hidrocloruro de cocaína y alcaloide de cocaína) que difieren en su potencia debido a los variados niveles de pureza y rapidez de acción. La cocaína es el ingrediente activo de cada preparación.

Masticar hojas de coca es una práctica generalmente limitada a las poblaciones nativas de América Central y del Sur, donde se cultiva la cocaína.

La pasta básica de coca es un producto intermedio en la fabricación de clorhidrato de cocaína, que contiene alrededor de un 50% de sulfato de cocaína así como otros alcaloides de la coca y contaminantes como el queroseno y el ácido sulfúrico. La pasta se coloca dentro de los cigarrillos de marihuana o tabaco y luego se fuma.

La pasta básica de coca tratada con éter y ácido clorhídrico da lugar a una sal ácida en forma de polvo blanco, el clorhidrato de cocaína. Este es muy soluble en agua por lo que su vía de utilización es la intranasal (esnifada) y la intravenosa. . Cuando se mezcla con heroína, produce una combinación conocida como “*speedball*”.

Si se procesa el clorhidrato de cocaína con bicarbonato de sodio y éter, se obtiene el alcaloide de cocaína o free base. Esta no es soluble, por lo que se utiliza fumada. Durante el proceso de obtención de la base libre se forman unas piedrecitas (*rocks*), que crepitan (*crack*), de una pureza altísima y que reciben el nombre de cocaína crack o rock, cuyo consumo es también fumado.

La cocaína tiene dos acciones farmacológicas fundamentales, como anestésico local y como estimulante del SNC. El mecanismo de acción no está totalmente aclarado, aunque se considera que actúa a través del bloqueo del transportador de dopamina presináptico inhibiendo la recaptación de ese neurotransmisor. A su vez, esto se traduce en un efecto inmediato de aumento de la neurotransmisión de los sistemas catecolaminérgicos y sobre todo el dopaminérgico. No obstante el consumo continuado provoca una depleción cerebral de dopamina y noradrenalina, que redundan en una disminución funcional de la actividad catecolaminérgica con la aparición de fenómenos de hipersensibilización de los receptores dopaminérgicos postsinápticos.

La cocaína tiene una vida media corta. Este hecho hace que sus efectos euforizantes sean breves y vayan seguidos de un estado disfórico, muy desagradable, que intensifica el contraste con la sensación de bienestar que anteriormente ha producido.

Todo ello conduce a una pauta de conducta de autoadministración reiterada y frecuente.

La característica esencial de la abstinencia de cocaína es la presencia de un síndrome característico de abstinencia que aparece en pocas horas o algunos días después de interrumpir o disminuir el consumo abundante y prolongado de cocaína.

El síndrome de abstinencia se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo disfórico acompañado por dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito e inhibición o agitación psicomotoras. Puede haber, sin formar parte de los criterios diagnósticos, anhedonia y deseo irresistible de cocaína (*craving*). Estos síntomas provocan un malestar clínico significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no se deberán a enfermedad médica ni se explicarán mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Los síntomas de abstinencia aguda («*crash*») se observan con frecuencia después de períodos de consumo de dosis altas y repetidas («*runs*» o «*binges*»). Estos períodos se caracterizan por sentimientos intensos y desagradables de lasitud y depresión que requieren generalmente algunos días de descanso y recuperación. Pueden aparecer síntomas depresivos con ideas o comportamiento suicidas, que constituyen el problema más grave observado durante el «*crashing*» u otras formas de abstinencia de cocaína. Un número no despreciable de sujetos con dependencia de cocaína tienen pocos o ningún síntoma demostrable de abstinencia al interrumpir su consumo.

Teniendo en cuenta lo anterior, en las etapas inicial y durante del síndrome de abstinencia los niveles de ansiedad son marcados por lo que producen y urge la necesidad de consumir lo que ocasiona la fuga de paciente en una Institución de Salud Mental.

#### **7.2.1.1.4 TRASTORNOS ASOCIADOS AL ESTRÉS**

El vocablo estrés deriva del griego *stringere*, que significa “provocar tensión”. Es un concepto tomado de la física por el endocrinólogo canadiense Hans Selye, para denominar la tensión a que son sometidos el animal y el hombre en su proceso de adaptación.

En el año 1936, en la Universidad Mc Gill de Montreal, el médico Austrocanadiense Hans Selye (1907 – 1982), a partir de la experimentación con animales, define por primera vez al estrés como “ *una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual, al factor estresante mediante cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico.*”<sup>(25)</sup>

Lázarus lo define como: *"El estrés es un conjunto de relaciones particulares entra la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que "grava" o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal"*

El estrés psicológico es mediado por el hipotálamo, estructura encargada de coordinar las respuestas emocionales, las secreciones hormonales y funciones vitales y adaptativas como el sueño, el hambre, la sed la respuesta sexual y mantener estrechas conexiones con el lóbulo frontal y con la amígdala del hipocampo, estructura encargada de almacenar nuestra memoria sensorial.

El lóbulo frontal percibe el peligro, la amígdala confronta la información con su archivo emocional y el hipotálamo estimula secreciones hormonales, que en milésimas de segundo, originan una respuesta de adaptación integral que será coordinada por el lóbulo frontal. A diferencia de la respuesta originada frente al estresor físico que es universal y autónoma, la respuesta frente al estrés psicológico es variable en la duración y puede ser modificada e intensificada por momentos por el individuo.

Según Hans Selye, "el hombre moderno debe dominar su estrés y aprender a adaptarse, pues de lo contrario se verá condenado al fracaso profesional, a la enfermedad y a la muerte prematura".

El Síndrome General de Adaptación lo podemos dividir en tres etapas que son <sup>(26)</sup>

**REACCIÓN DE ALARMA** Es aquella etapa en la cual se inicia ante la exposición a estresores que el organismo no está acostumbrado a percibir. A fin de mantener la homeostasis (equilibrio) el organismo reacciona, como medida preventiva.

**RESISTENCIA O ADAPTACIÓN** Es aquí donde el organismo pone en juego todos sus componentes para hacer frente al estresor, resistiéndose o bien adaptándose. Logrando un equilibrio deseado ante la exposición del agente estresante, el organismo vuelve a la normalidad y si en cambio no se puede lograr superar los efectos de los estresores pasa a la tercera etapa que es el agotamiento.

**AGOTAMIENTO** Cuando el organismo no logra el equilibrio deseado, es decir cuando el agente estresor nos supera. Al llegar a esta etapa, ya no puede mantenerse el estado de adaptación.

---

25. LEVI, L. **Stress in industry: Causes, effects and prevention**. Geneva, OIT, Occup. Safety and Health Series n° 51, 1984

26. SELYE, H. **The stress concept: past, present and future**, en COOPER, C.L., **stress research: issues for the eighties** Chichester, Ed. John Wiley & sons, 986

La respuesta de estrés en los seres humanos suele implicar básicamente un conjunto complejo de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales características:

Respuestas fisiológicas: Incremento tasa cardiaca. Aumento presión sanguínea. Vasoconstricción periférica. Posibles arritmias cardíacas. Incremento tensión muscular general. Temblor. Incremento tasa respiratoria. Hiperventilación. Incremento de la sudoración. Incremento de la actividad electrodermal. Diferentes respuestas metabólicas, hormonales y relativas a órganos internos. Reducción de la competencia inmunológica (“reducción de defensas”), etc.

Respuestas cognitivas y emocionales: Un fenómeno que suele ser común en la respuesta de estrés es la sensación subjetiva de malestar emocional. El tipo de emociones que suelen acompañar a la experiencia de estrés son *emociones negativas*, como por ejemplo ansiedad, miedo, ira, depresión, etc., en contraste con las emociones positivas que no suelen darse con el estrés, como la alegría o el placer. Las emociones, por tanto, acompañan y determinan en gran medida los procesos del estrés. Bajo ciertas condiciones de estrés pueden existir unas emociones u otras, dependiendo de las circunstancias del individuo y de la situación (valoración de la amenaza, estrategias de afrontamiento empleadas, etc.).

La preocupación, la pérdida de control percibido y la negación son, por ejemplo, tres tipos de respuesta cognitiva de estrés señalados frecuentemente. Otras respuestas cognitivas más que componentes de la respuesta del estrés, son resultados desadaptativos. Son ejemplos de este tipo de alteraciones vinculadas al estrés y observadas en facetas cognitivas como, por ejemplo, los bloqueos mentales, la pérdida de memoria, la sensación de irrealidad, los procesos disociativos de la mente, etc.

Respuestas conductuales: Por ejemplo, el uso de sustancias psicoactivas como alcohol o drogas y la conducta agresiva (por ejemplo, expresión emocional de la ira) son teóricamente dos formas de respuesta del estrés de tipo conductual. Otras respuestas conductuales descritas han sido algunos desajustes comportamentales, compulsiones, absentismo, bajo rendimiento laboral, etc.

#### **7.2.1.1.4.2. Respuesta fisiológica del estrés**

La respuesta fisiológica es la reacción que se produce en el organismo ante los estímulos estresores. Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipofisopararrenal y del sistema nervioso vegetativo.

El eje hipofisopararrenal (HSP) está compuesto por el hipotálamo, que es una estructura nerviosa situada en la base del cerebro que actúa de enlace entre el sistema endocrino y el sistema nervioso, la hipófisis, una glándula situada asimismo en la base del cerebro, y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre el polo superior de cada uno de los riñones y que están compuestas por la corteza y la médula.

El sistema nervioso vegetativo (SNV) es el conjunto de estructuras nerviosas que se encarga de regular el funcionamiento de los órganos internos y controla algunas de sus funciones de manera involuntaria e inconsciente.

Ambos sistemas producen la liberación de hormonas, sustancias elaboradas en las glándulas que, transportadas a través de la sangre, excitan, inhiben o regulan la actividad de los órganos (figura 6).

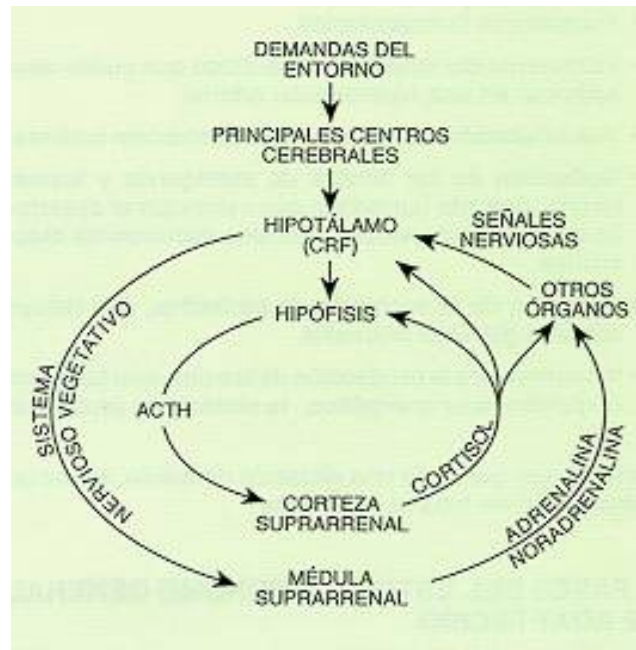


Fig. 6: Producción de hormonas por el sistema nervioso vegetativo y el eje hipofisiosuprarrenal

**7.2.1.1.4.3. ESTRESORES.** Es cualquier suceso, situación, persona u objeto, que se percibe como estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés en la persona evaluada. Algunos autores lo definen como situación o eventos estresantes mientras que Selye lo define como " *cualquier evento que cause impacto o impresión en el organismo humano.*"

#### TIPOS DE ESTRESORES

El estrés es algo subjetivo y personal, porque el estresor depende de la valoración que hace la persona de la situación que puede presentarse como amenazante o no. Es así que se pueden presentar situaciones que para ciertos individuos pueden ser conformados como estresores y para otras personas no.

Las cuales se clasifican en:

- **ESTRESORES INTERNOS** Se lo puede definir como aquellos estresores que son propios de las características personales del individuo, como por ejemplo si es introvertido, estructurado, etc.
- **ESTRESORES EXTERNOS** Se lo puede definir como aquellos estresores que son ajenos a las características personales del individuo, como por ejemplo sobrecarga en el trabajo, ambigüedad en el rol, etc.

Teniendo en cuenta la anterior revisión teórica de las patologías psiquiátricas es importante resaltar que la esquizofrenia, los pacientes fármaco dependientes, trastornos asociados al estrés y el trastorno de la personalidad con clouster tipo B son las enfermedades mentales relacionadas al riesgo de fuga de una Institución de Salud Mental, ya que la sintomatología que presenta cada una de ellas son factores predisponentes para dicho riesgo. Por ejemplo, los pacientes fármaco dependientes se fugan de la Institución por el consumo de drogas psicoactivas.

En las urgencias psiquiátricas frecuentemente se encuentran con pacientes que requieren atención por crisis de angustia, agitación psicomotora y la conducta agresiva. Teniendo en cuenta, que la agitación psicomotriz es un síndrome que engloba los trastornos de la conducta por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de las alteraciones en la esfera emocional. De hecho, existen causas psiquiátricas, orgánicas o derivadas del abuso de sustancias psicoactivas la cual se detallara a continuación.

**7.2.1.2. SINTOMAS RELEVANTES.** Es la referencia subjetiva que da el paciente por la percepción o cambio que puede reconocer como anómalo o causado por un estado patológico o enfermedad. Dentro de estos se tienen en cuenta:

**7.2.1.2.1. Crisis de angustia:** se caracteriza, según el DSM IV, por la aparición de aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso. Este miedo intenso se acompaña de alguno de los síntomas somáticos o cognoscitivos de la ansiedad (palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, sensación de desrealización -irrealidad- o despersonalización -estar separado de uno mismo-, miedo a perder el control o a volverse loco, miedo a morir, parestesias -entumecimiento u hormiguelo- y escalofríos o sofocaciones).

La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en diez minutos o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

En el 70% de los casos se asocia a conductas de evitación fóbica frente a situaciones o estímulos que el paciente asocie con las crisis (Ej.: espacios cerrados, etc.). También presentan ansiedad anticipatoria y exceso de preocupación por todo. Es importante descartar un trastorno orgánico que comporte un riesgo para el paciente (Ej., patología cardíaca, abstinencia a alcohol o sedantes, hipoglucemia, embolismo pulmonar, hipoxia, hipertiroidismo, etc.).

**7.2.1.2.2. Agitación psicomotriz:** Se define como un *estado de exaltación motora* compuesta de movimientos automáticos o intencionales, pero que en general carecen de un objetivo estable común. Va acompañado de un *estado afectivo de ansiedad, cólera, pánico o euforia*, y puede haber desinhibición verbal y falta de conexión ideativa. *Estas agrupaciones etiológicas han de descartarse por este orden: orgánicas, psiquiátricas, reactivas:*

- **Causas orgánicas:** Los cuadros más frecuentes son los trastornos orgánico-cerebrales (*delirium*), que van acompañados de alteración del nivel de conciencia, desorientación, dificultades de atención y, en ocasiones, alucinaciones y delirios. Son de aparición brusca, y de curso fluctuante. Las causas más habituales son: *Tóxicas* (Alcohol), *Metabólicas* (hipo e hipertiroidismo, síndrome de Cushing, síndrome de Addison, etc.). *Neurológicas* (EVC).
- **Causas psiquiátricas:** En estos pacientes no se observa alteraciones de la conciencia; el paciente está orientado. Es importante diferenciar entre: *Agitaciones menores no psicóticas* (no se produce una pérdida grave del contacto con la realidad), *Agitaciones psicóticas* (existe una desconexión de la realidad).

Teniendo en cuenta lo anterior, el análisis de la conducta de la sintomatología asociada al riesgo de fuga en pacientes psiquiátricos, implica el estudio de los actos del individuo, su lenguaje, su escritura y las manifestaciones de la voluntad a través de los cuales se comprende el comportamiento.

La mayoría de las manifestaciones de la conducta son producidas por el pensamiento que constituye la “energía psíquica” capaz de producir la acción. Sin embargo, no toda idea desencadena un movimiento o se manifiesta en un acto voluntario.

Tres actos surgen de la actividad psíquica: *el instintivo, el habitual y el voluntario.*

El acto voluntario es condicionado y dirigido por la voluntad y se halla bajo estricta vigilancia de la conciencia. Requiere de la inteligencia para elegir adecuadamente los movimientos necesarios para llevarlo a cabo. El acto voluntario comprende dos partes: la *conación* o periodo de elaboración consciente que va desde la iniciación del deseo hasta la decisión de llevarlo a cabo y la *ejecución* o fase explícita del acto voluntario, donde la idea o el deseo son expresados o ejecutados.



La agitación psicomotriz no es en sí misma un diagnóstico clínico sino una alteración de la conducta que es manifestación de otros trastornos y casi siempre posee un componente afectivo. El aumento en la actividad psicomotriz puede acompañarse de alteraciones del pensamiento (ideas delirantes), de la sensorización (alucinaciones e ilusiones), del afecto (depresión, exaltación. Afectiva, labilidad emocional) y del juicio y raciocinio. En ocasiones se puede acompañar de manifestaciones de agresividad verbal y física hacia los demás, comportamientos autoagresivos y conductas de violencia física.

Las crisis de violencia son más frecuentes en varones de bajo estrato socioeconómico, que han presentado antecedentes de violencia o historia de falta de control de los impulsos (tendencia al juego, abuso de alcohol y sustancias), historia de maltrato físico y psicológico y abuso sexual en la infancia e historia de enuresis, piromanía o maltrato a los animales.

Orjuela y Pinilla, identifican como signos de violencia inminente a los actos de violencia reciente, las amenazas verbales o físicas, la aceleración del ritmo del lenguaje, el lenguaje sarcástico, el aumento en el volumen y tono de la voz, la actitud prevenida, la negativa a permanecer en un sitio, la búsqueda visual o activa de salidas del recinto y la agitación que sigue a un episodio catatónico.

Las crisis de agitación se pueden presentar en:

- Cuadros de confusión mental. Originados por alteraciones metabólicas, tóxicas, infecciosas o traumáticas del SNC. En la confusión mental el paciente puede actuar su perturbación sensorial y sus visiones oníricas y presentar crisis de agitación y violencia.
- Delirium. La agitación motriz es desordenada y puede seguir a un estado de estupor o miedo y se acompaña de un intenso componente neurovegetativo: taquicardia, sudoración y taquipnea, como sucede en el Delirium Tremens del paciente alcohólico, y el síndrome anticolinérgico.
- Síndromes de abstinencia. Presentados por pacientes con abuso de alcohol, sustancias psicoactivas (cocaína, estimulantes, bazuco) o tranquilizantes (benzodiazepinas y barbitúricos)
- Alcoholismo. En los casos de intoxicación aguda y crónica, en el síndrome de abstinencia la alucinosis alcohólica y el síndrome de Wernicke-Korsakoff.
- Demencias. Las crisis de agitación son originadas por el estado de confusión mental y sus lagunas amnésicas. En la enfermedad de Alzheimer las crisis se presentan en las noches y pueden ser motivadas por las ideas delirantes de robo.
- El síndrome maniaco. La agitación se acompaña de exaltación afectiva, fácil verbalización, a menudo de tipo declamatorio, logorrea, fuga de ideas, inestabilidad, actividad desorganizada y en ocasiones se presentan conductas violentas. Las crisis maníacas sin tratamiento pueden durar semanas o meses.

Se observan cuadros maniacos desencadenados por los corticoides y esteroides anabólicos.

- Esquizofrenia. Los accesos de agitación son producidos por las explosiones delirantes y alucinatorias, especialmente en la esquizofrenia desorganizada, anteriormente denominada hebefrénica.
- Estados delirantes. Las crisis se presentan especialmente en los llamados “delirios pasionales” como la celotipia, la erotomanía y los cuadros delirantes de tipo reindicativo.
- Crisis de angustia. Se observan con frecuencia en los trastornos de pánico y de ansiedad generalizada o en la ansiedad que acompaña, en algunas ocasiones, a los síntomas depresivos
- Trastorno situacionales. Las crisis se presentan como reacción a estresores como maltrato físico, abuso sexual o maltrato conyugal. Con frecuencia la intensidad del estresor no muestra relación con la intensidad del cuadro clínico. Las crisis de agitación están relacionadas con un trastorno subyacente de la personalidad cuyo rasgo favorecen la aparición de la agitación psicomotriz y de la impulsividad ante mínimas contrariedades, como sucede en las personalidades de tipo histriónico, dependiente o limítrofe.

**7.2.1.2.3. La Conducta Agresiva.** Se caracteriza por la búsqueda del riesgo, del defecto en la prevención del daño y, escasa ansiedad anticipatorio, lo que lleva al individuo a adoptar conductas que lo colocan en dificultades ante la sociedad y la ley, tales como la agresión impulsiva, la piromanía, la cleptomanía y la tendencia patológica al juego. Estos comportamientos se caracterizan por la producción de “placer”, en el sentido de reducción de la ansiedad, que se origina e incrementa paulatinamente, al tratar de controlar la pulsión. La clínica de los trastornos de la impulsividad difiere de los TOC, porque estos últimos presentan una mayor prevención del peligro, aversión al riesgo y presencia de ansiedad anticipatorio.

Impulsividad, agresión y violencia. Es necesario precisar los términos impulsividad, agresión y violencia para lograr mayor claridad en el estudio de los aspectos biológicos de la conducta agresiva.

- **La impulsividad.** Se refiere a la conducta agresiva, no premeditada y no desencadenada por la víctima, que pone de manifiesto una alteración en los sistemas del control biológico, psicológico y social, que permite que la pulsión agresiva se origine y se manifieste en forma inmediata, sin medir las consecuencias, en el ataque al otro o hacia sí mismo, como acontece en los actos de automutilación o en los intentos de suicidio.
- **La agresión.** Se entiende por el incremento en la tensión, originada por la pulsión agresiva, que en un principio es controlada por los sistemas inhibitorios cerebrales y sociales. La conducta agresiva, generalmente, es

desencadenada por el otro, que es vivenciado como amenazador o depredador del espacio vital, de los valores individuales o de la vida misma.

La agresión conjuga en el hombre tres aspectos: la impulsividad, la capacidad de tolerancia a la frustración y la posibilidad de diferir el ataque. Además, lleva implícita la noción de “venganza”, que puede ser llevada a cabo, en forma real o fantaseada, por su propia mano o por otro.

- El término **violencia** se refiere a la manifestación colectiva de la agresión, que entremezcla y suma los elementos de impulsividad y de agresión, de cada uno de los miembros del grupo violento. Generalmente, es desencadenada por la “amenaza” del otro, sea un individuo o un grupo, y puede desdibujar paulatinamente su carácter grupal, para convertirse en una suma de actos individuales violentos, justificados cada uno, en la amenaza y depredación y la injusticia, que en el concepto personal de cada individuo son desencadenados siempre por el “enemigo”.

Puede alcanzar niveles de gran intensidad, como sucede en el fanatismo religioso o político, donde se incrementan las manifestaciones violentas y la necesidad de reindicar “lo perdido” o “lo depredado” o “lo injusto”, mediante la agresión a nuevas víctimas; la mayoría de ellas víctimas inocentes, que necesitan a su vez ser reivindicadas, creando un círculo vicioso, que parece no tener fin. En la violencia los factores sociales ponen al descubierto las conductas impulsivas individuales, la capacidad de agresión colectiva, bajo el manto de una solidaridad mal entendida y las deficiencias en los controles individuales y sociales de la agresividad.

Los aspectos neuropsicológicos de la agresión, están contemplados en el modelo neuropsicológico de la conducta agresiva comprende las fases de excitación, motivación, planificación, inhibición y acción.

- Excitación.- es una conducta medida por el hipotálamo, dentro del dilema de “huir o luchar” el hipotálamo coordina las conductas instintivas de autoconstrucción, defensa, agresión y sexualidad, mediante un doble mecanismo: humoral y nervioso. La vía humoral está representada por la producción de las hormonas hipotalámicas (CHR) que estimulan a la hipófisis para producir nuevas hormonas, entre ellas la corticotropina (ACTH) que actúa sobre la medula suprarrenal y es responsable de la respuesta hormonal de la agresión y el estrés, que es medida por el cortisol, los glucocorticoides y los neuroesteroides.

El mecanismo de tipo nervioso permite la recepción de información sensorial, la presencia de ritmos biológicos influenciados por la luz solar (ritmo circadianos) y la posibilidad de recibir información aferente del tallo cerebral, proveniente del sistema reticular activador (SRA) y, especialmente del locus ceruleus, situado en el cuarto ventrículo, estructura que ha mostrado estar relacionada con la agresión y la irritabilidad en los que ha mostrado estar

relacionada con la agresión y la irritabilidad en los modelos animales, mediante una decodificación muy elemental de los estímulos o de variaciones en el medio interno del individuo.

- Motivación.-. Es modulada por el sistema límbico y corresponde a un segundo nivel organizacional de tipo de actividad sensorio-motriz compleja, que permite una mayor discriminación sensorial y una mejor manipulación del objeto.

El sistema límbico coordina el control de la ingesta y de la sexualidad por el núcleo piriforme; modula las secreciones endocrinas (hormonas sexuales y ACTH) e inhibe, a través de la amígdala, las conductas agresivas. Las conductas de dominio territorial y jerarquía social son reguladas en los animales por la acción de los núcleos dorso-medial del tálamo. Además, coordina el aprendizaje, las relaciones espaciales y el esquema corporal.

La acción evitadora del hipotálamo se expresa mediante un doble mecanismo: una evitación pasiva, mediada por el área septal u una evitación activa, que involucra al cíngulo. Los mecanismos límbicos, activadores o inhibitorios, responden a una activación de tipo físico.

Diferentes pruebas han puesto de relieve un déficit a nivel del sistema límbico en la personalidad borderline y en los Trastornos de la impulsividad.

- Planificación. Esta fase exclusiva del ser humano requiere la presencia de la “actividad representacional”, coordina por la región baso-medial del lóbulo frontal y la región tele-encefálica del sistema límbico. Su acción específica es permitir al individuo prever las consecuencias de su acción agresiva, tanto a nivel individual (conducta autoprotectora) como a nivel social (evitación del castigo).

Es coordinada por el hemisferio izquierdo y requiere la utilización de un sistema social de signos, que permiten agredir, inclusive, con palabras o con gestos; de organización voluntaria de la conducta y de la programación de la acción agresiva (planificación del acto de venganza). Su conducta es “abstracto” y no sensorio – motriz; está influenciado por los sentimientos, que pueden originar conductas agresivas intensas, individuales y colectivas, como los suicidios colectivos de tipo fanático, religiosos o político.

Las conductas violentas se han relacionado con cuadros psiquiátricos severos, del tipo de síndrome cerebral orgánico, esquizofrenia y enfermedad bipolar. El grado de estructuración mental y el compromiso de las funciones cognoscitivas, impiden al paciente controlar adecuadamente sus impulsos, y por el contrario, originan una falsa interpretación de la realidad circundante,

produciendo manifestaciones impulsivas y violentas, de tipo verbal y físico, en forma de agresión al otro o de autoagresión y automutilación.

La conducta violenta se torna más intensa y estructurada, cuando el individuo, además de su trastorno mental, se encuentra bajo los efectos de sustancias tóxicas como el alcohol o la cocaína, que agravan los elementos delusivos o interpretativos y aumentan el grado de confusión mental.

- Inhibición La actividad inhibitoria de la pulsión agresiva se realiza mediante la acción de las estructuras de control superior, el hipotálamo, la corteza prefrontal y mediante los mecanismos de aprendizaje, de memoria sensorial y de gratificación a corto y largo plazo.

Los mecanismos cerebrales de gratificación fueron identificados por ROUTTENBERG y Malsbury en el hipotálamo, el fascículo medial del prosencéfalo, el área del tegmento ventral, el núcleo accumbens, el septum y la amígdala del hipocampo. Al parecer, los sistemas de dopamina y noradrenalina son los mediadores del refuerzo de los mecanismos de gratificación, especialmente el sistema dopaminérgico mesolímbico, y en forma específica, el originado en el área 10 del segmento ventral que termina en el núcleo accumbens y juega un papel importante en el transporte de la información de refuerzo. La serotonina también desempeña un papel importante en la inhibición de la agresividad.

- Acción. Es el resultado de la interacción de las fases anteriores y permiten la expresión de la agresividad e forma impulsiva, o mediante la agresión directa, verbal o física, o en forma simbólica o gestual o postergar, inhibir o sublimar la pulsión agresiva, dentro de un marco de subjetividad, emotividad y de ordenamiento social.

Desde el punto de vista psicopatológico, se pueden presentar alteraciones en el funcionamiento de los filtros inhibitorios, originando la expresión directa e impulsiva de la conducta agresiva, como sucede en las personalidades sociopática y borderline o las conductas de autoagresión en la tricotilomanía o la personalidad limítrofe.

Las alteraciones en la conducta agresiva pueden obedecer a una “lesión concreta” en los mecanismos de integración límbico – motriz; a nivel límbico, por abuso de drogas, enfermedad bipolar o síndrome premenstrual; a nivel encefálico, por compromiso de los ganglios basales como sucede en las demencias subcorticales y en el SIDA; o a nivel de la corteza prefrontal, como acontece en tumores, esquizofrenia, demencias corticales y el síndrome de déficit de atención en niños y adultos.

De hecho, la exacerbación de estos síntomas hace que el paciente tenga inconformidad con el internamiento y se evada de la institución generando problemas legales, institucionales y con la familia del paciente.

Tradicionalmente, se ha creído, que una persona que padece un trastorno mental, se puede representar un potencial peligro para la comunidad, ante la imposibilidad de gobernarse por sí misma, hasta el punto que puede llegar a ser internada aun sin su voluntad o contra ella.

Lo cierto es que una persona que tiene un trastorno mental antes que nada es un enfermo y su internamiento es como consecuencia de una decisión medica por razones de peligrosidad personal y colectiva, sin que haya mediado un delito, no es considerada inconstitucional, siempre que el afectado con tal medida no tenga la capacidad que se requiere para dar en forma libre y consciente su consentimiento.

Hoy en día, no son pocos los psiquiatras, que siguen aferrados a la postura del llamado “paternalismo médico”, donde prácticamente se elimina la capacidad de decisión del paciente, la cual es reemplazada por el médico, obviando así los cambios jurisprudenciales en donde se deja atrás esta doctrina para dar plena cabida a lo que se conoce como “consentimiento informado”. Lo cual se detallara más a continuación.

### **7.2.1.3. TIPOS DE HOSPITALIZACION**

#### **7.2.1.3.1. HOSPITALIZACION VOLUNTARIA**

La diferencia entre una hospitalización voluntaria y una que no lo es, radica básicamente en que, en el caso de la primera, la persona decide por iniciativa propia acudir al lugar donde obtendrá el tratamiento indicado, ya que goza de plena capacidad y autonomía; el paciente asiente no solo el procedimiento, sino la hospitalización en sí a través de la firma de un contrato. Para poder ser admitido, debe tener una orden, generalmente escrita, del médico que lo ha venido tratando; mientras que en el caso de la hospitalización involuntaria, la capacidad del paciente para la toma de decisiones, está en tela de juicio por lo que debe procederse sin o contra su voluntad.

#### **7.2.1.3.2. HOSPITALIZACION INVOLUNTARIA**

Según el Diccionario de Ciencias medicas, se entiende por hospitalización involuntaria “el confinamiento en un hospital como paciente para un estudio diagnostico y tratamiento”.

Por lo tanto, el paciente psiquiátrico sometido a la hospitalización involuntaria se debe tener en cuenta la clase de internación según la Resolución 2358 De 1998 y el Decreto 1136 de 1970 en Colombia:

Artículo 94. **Internación para enfermo mental permanente**, en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento científico que corresponda.

Artículo 95. **Internación para enfermo mental transitorio**, en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento científico que corresponda.

Artículo 96. **Otras medidas aplicables a los inimputables**, además de la internación, se requieren suministrar educación o adiestramiento industrial, artesanal o agrícola.

Art. 4o.\_ Al que **perturbe la tranquilidad pública**, como consecuencia de estado de intoxicación crónica producida por el alcohol, o por enfermedad mental, o por consumo de estupefacientes o de alucinógenos, se le someterá a tratamiento médico con o sin internación en clínica, casa de reposo u hospital hasta obtener su curación o su rehabilitación

La polémica que genera el internamiento involuntario de un paciente con alteración mental, gira básicamente en torno a aquel que ha sido considerado por el ordenamiento jurídico, no solo como un objeto de protección, sino como un derecho fundamental de carácter constitucional, como es la libertad constitucional.

Para determinar las acciones del internamiento y/o la hospitalización involuntaria deben tener en cuenta los derechos del paciente psiquiátrico que son <sup>(27)</sup>:

- Derecho del enfermo mental a ser tratado en todo momento con el respeto y la dignidad propia de su condición de persona.
- Derecho a no ser calificado como enfermo mental, ni ser objeto de diagnóstico o tratamiento en esa condición, por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de salud mental.
- Derecho a recibir la atención y el tratamiento apropiado, según las más elevadas normas técnicas y éticas.
- Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso y, de prestar o revocar su consentimiento para ejecutarlo.
- Derecho a no ser objeto a pruebas clínicas ni de tratamientos experimentales, sin su consentimiento informado.
- Derecho a que sus antecedentes personales, fichas e historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso a esa información.

---

27. Revista de Psiquiatría 20/08/2007 (VISITADO 07-13-2007) Disponible en: URL: <http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/182514Anexo5.pdf>.

atención al estado de su salud mental.

Otro cuestionamiento en relación a este factor, suscita cuando se trata de determinar qué derecho debe prevalecer a la hora de decidir si debe tener lugar o no una hospitalización involuntaria pues, de un lado el derecho a la libertad y, del otro; el interés general en cabeza de la comunidad.

Respecto a esto, según Solomón, recoge la problemática en estudio, bajo los siguientes términos: “La admisión voluntaria a un hospital psiquiátrico es semejante en cuanto al procedimiento y las consecuencias legales a la admisión a cualquier otro hospital. La admisión involuntaria es una infracción grave a las libertades del paciente y no deberá ser llevada a cabo a la ligera o sin consideración de los enfoques alternativos. El conflicto en el internamiento involuntario en un hospital psiquiátrico radica en la pugna entre derechos y deberes rivales: protección de la comunidad del daño a manos de un enfermo mental, protección del individuo de llevar y conducir sus propios asuntos sin interferencia.

La comunidad tiene derecho a protegerse y a proteger al individuo de su propia enfermedad. Los individuos que protestan su internamiento por lo general no consideran que estén enfermos y que representen una amenaza a la comunidad o a ellos mismos. La evaluación de estos tópicos constituye el punto crucial de una decisión de internamiento. Puesto que los riesgos son elevados, es importante que la evaluación sea hecha cuidadosamente<sup>28</sup>.

Desde el punto de vista legal, ético y psiquiátrico se plantea un cuestionamiento que genera gran controversia cual es el derecho que tiene el paciente a negarse a recibir tratamiento. En la mayoría de los casos el criterio empleado para medir el margen de utilización de este derecho estriba en el concepto de “peligrosidad” que por demás muy ambiguo y no ha sido lo suficientemente desarrollado ni siquiera en el derecho comparado.

El tema de la hospitalización, no ha sido hasta el momento objeto de regulación en un solo cuerpo normativo. Dentro de esas son las siguientes:

- Artículo 554 del Código Civil. “El demandante no será privado de su libertad personal, sino en los casos en que sea de tener que usando de ella se dañe a sí mismo o cause peligro notable incomodidad a otros. Ni podrá ser trasladado a una casa de locos, ni encerrado ni atado sino momentáneamente, mientras a solicitud del curador o de cualquiera persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas”.

---

28. PHILIP, Solomón. Manual de Psiquiatría. En: Manual Moderno S.A., México D.F. 1992. Pág. 357. Citado por: MORA IZQUIERDO, Ricardo. La Hospitalización en Psiquiatría desde el punto de vista jurídico. En: Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal de Colombia. Año 2. Vol. 1, No 2. Bogotá. Dic. 1977; p 19 – 20.

piensa debe ser hospitalizado para que reciba el tratamiento adecuado sin que éste pueda consentir.



- Decreto 1136 de 1970. “Por el cual se dictan algunas medidas sobre protección social”.

De los enfermos mentales, toxicómanos y alcoholizados

Art 4. “al que perturbe la tranquilidad pública, como consecuencia de estado de intoxicación crónica producida por el alcohol, o por enfermedad mental, o por consumo de estupefacientes o de alucinógenos, se le someterá a tratamiento médico con o sin interacción en clínica, casa de reposos u hospital hasta obtener su curación o su rehabilitación. Tanto la iniciación como la terminación del tratamiento están precedidas de dictamen médico oficial favorable. El tratamiento se dará en establecimiento público salvo que el enfermo o su familia soliciten que se haga en establecimiento privado a su costa”

La primera frase de la norma, limita el internamiento ya que, excluye la posibilidad con respecto al enfermo que requiere hospitalización, con el fin de que no perturbe la tranquilidad pública.

Los artículos del 5° al 7° del derecho en estudio, tratan sobre las medidas de rehabilitación.

De la competencia

Art. 8o. “De los estados descritos en este decreto conocerán en única instancia los alcaldes o los inspectores de policía.”

Del procedimiento

Art. 9o. “El que se encuentre en cualquiera de las situaciones descritas en este decreto será conducido preferentemente ante el alcalde o, según la organización municipal, ante el respectivo inspector de policía. El funcionario tomará nota del informe que rinda quien haga la conducción y oirá al aprehendido. Si de esta diligencia aparece ostensiblemente que no se encuentra en ninguna de las situaciones previstas en este decreto dará por terminada la actuación. Si hay motivo para seguirla, ordenará la práctica de examen médico legal y citará a audiencia para dentro de los diez días siguientes.

El dictamen debe rendirse por el médico oficial dentro de ocho días contados a partir de aquel en que se ordenó.”

Art. 10. “El que se encuentre en cualquiera de las situaciones descritas en este estatuto será asistido en la audiencia por su representante legal o por su curador si fuere menor de edad o enfermo de mente; si no lo tiene o no puede

hacerse presente o la persona es mayor de edad y sana de mente, será asistida por ciudadano honorable nombrado por ella u oficiosamente por el alcalde o el inspector”.

Art. 11. “El alcalde o el inspector podrá ordenar, si lo considera necesario, la internación provisional del aprehendido en hospital, asilo o clínica en tanto se dicte la resolución de fondo”.

Art. 12. “Llegados el día y hora de la audiencia, el alcalde o el inspector de policía oirá al aprehendido, a su representante, al personero municipal y a cualquiera persona que pueda declarar sobre la situación, y con vista en tales elementos de juicio y en el dictamen médico legal decidirá la medida que deba adoptar y la comunicará inmediatamente a los interesados”.

Art. 13. “La intervención del personero municipal en estas diligencias es opcional pero deberá informársele previamente de la celebración de la audiencia.

De la actuación prevista en este decreto se dejará constancia escrita, por duplicado”.

Art. 14. “El afectado con la medida u otra persona en su nombre podrán solicitar en cualquier momento al gobernador del departamento o al alcalde mayor de Bogotá, según el caso, la revisión de lo actuado”.

Art. 15. “La solicitud de revisión debe indicar los hechos en que se funda y estar acompañada de copia auténtica de la actuación”.

De la revisión de las anteriores normas se concluye que la decisión de la hospitalización corresponde en última instancia a una autoridad policiva. En todo caso, en una situación de emergencia esto resulta improcedente e inaplicable, debido a la premura del tiempo y al particular estado de agresividad y angustia en el que se encuentra, en la generalidad de los casos, quien es aprehendido en razón de su enfermedad, sin perjuicio de que posteriormente pueda legalizarse tal procedimiento.

Código de Policía. Existe un Código Nacional de Policía, el cual tiene validez en todo el territorio colombiano, pero adicionalmente, existen códigos departamentales y municipales de policía.

El Código Nacional, no hace referencia alguna a la hospitalización de enfermos mentales, y sólo contiene la siguiente norma:

Artículo 259: “El médico, practicante de medicina o enfermero que no de aviso a la autoridad de la existencia de persona afectada respecto de la cual se exija al aviso, incurra en multa de doscientos mil pesos”

De hecho, el marco regulatorio de los Códigos de Policía, también otorga la facultad para internar contra su voluntad a una persona en un centro hospitalario, a las autoridades de policía.

Tradicionalmente, se ha creído, que una persona que padece un trastorno mental, puede representar un potencial para la comunidad, ante la imposibilidad de gobernarse por sí misma, hasta el punto que puede a ser internada aun sin su voluntad o contra ella.

Así, es el caso en el que un paciente internado en forma no voluntaria, se fugue del recinto asistencial o bien, cuando éste no regrese al establecimiento en aquellos casos en que goza de un alta condicionada y se trata de personas que sin un adecuado resguardo o protección, pueden generar un peligro para sí mismas o para terceros, el director del establecimiento podrá notificar del hecho a la autoridad policial o judicial.

Esta notificación será obligatoria, si se trata de un paciente internado por la vía judicial, que aún permanece bajo la protección del tribunal respectivo, con el fin de que sea reincorporado al centro de internación psiquiátrica, para reprogramar y reiniciar su plan de tratamiento, en cambio, en el caso de los paciente internados administrativamente que se fuguen corresponderá al médico tratante resolver en conjunto con la autoridad policial.

La hospitalización involuntaria de pacientes con trastorno mental, es uno de los factores asociados al riesgo de fuga que se encuentra regulado por su importancia y su relación con los aspectos relevantes como son los derechos fundamentales, la responsabilidad medica y los principios de la bioética. Teniendo en cuenta, que un paciente con inconformidad de la hospitalización no se quedara en la institución sino buscara los medios para evadirse de ella.

**7.2.1.4. ACEPTACION DE LA HOSPITALIZACION.** Es dar la autorización por parte del paciente o su representante legal emite para que se le realice un procedimiento o un tratamiento como en este caso psiquiátrico. Y además, para evitar problemas legales por quitar el derecho de la libertad a un individuo, teniendo en cuenta que debe estar fundamentado por los hallazgos encontrados en la evolución medica.

**7.2.1.5. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.** Puede ser definida como un estado subjetivo que incluye el darse cuenta sí mismo y del medio que lo rodea. Implica el estar despierto y alerta para que los estímulos internos y externos puedan ser percibidos para mantener las respuestas adaptativas al medio.

Es decir, es "darse cuenta" o tomar conciencia teniendo que conectar una vivencia, una conducta, un rasgo de personalidad o forma de ser, con su significado y/o su origen, lo que permite ampliar la conciencia y acceder a un mayor conocimiento de sí mismo y de su patología de base llegando a disminuir el riesgo de fuga en una Institución de Salud Mental.

El paciente con enfermedad mental pueden acudir inicialmente solicitando ayuda por una vivencia indeseada con la heteroagresividad o la falta de control de sí mismo, o lo que más frecuente, son los familiares, acompañantes o fuerzas de seguridad los que solicitan la internación inmediata del individuo.

De hecho, determinados factores dificultan especialmente la actuación de los profesionales ante el paciente agitado: la presión para una actuación rápida, las implicaciones legales y el componente emocional que generan estas situaciones. Existen datos que señalan que saber lo que tenemos y lo que no tenemos que hacer explicitado en un protocolo de actuación, la formación de los profesionales que intervienen, su entrenamiento, la experiencia del equipo y el uso de determinadas medidas, sobre todo farmacológicas, se relacionan con una mayor efectividad en el abordaje de estos pacientes especialmente ante el manejo de la violencia inminente.

La intervención debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, especialmente del paciente y los profesionales que le atienden. Es recomendable tener previstas las pautas de actuación. La cual se detallara a continuación.

**7.2.2. FACTORES EXTERNOS.** Son aquellas circunstancias y situaciones que pueden llegar a afectar al paciente, por lo tanto es importante prevenir los riesgos físicos, emocionales, psicológicos y entre otras, tales como los intentos suicidas, conductas heteroagresivas, etc.

#### **7.2.2.1. ABORDAJE DURANTE LA HOSPITALIZACION (VERBAL, FARMACOLOGICA, FISICA)**

Cuando un paciente presenta agitación psicomotriz, con conductas violentas, situación de fuga o conductas de riesgo, para él o para el resto de personas que se encuentran a su alrededor, ya sean pacientes o personal sanitario, el primer objetivo es la contención, con la finalidad de minimizar riesgos para evitar la evasión del paciente en este caso psiquiátrico. Teniendo en cuenta lo anterior, se denomina **ABORDAJE DURANTE LA HOSPITALIZACION** que se dividen en tres diferentes etapas como son <sup>(29-30):</sup>

La **CONTENCIÓN VERBAL** es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total. Además, sirve para afrontar adecuadamente situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil, al igual deben existir estrategias que faciliten al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente

amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo. De hecho, la meta de la contención verbal es restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos y la implantación de límites. Además, es el primer paso para intentar controlar la conducta del paciente que comprende por un lado una actitud terapéutica por parte del médico y del resto de los profesionales y técnicas de entrevista clínica adaptadas a estos pacientes.

- La Actitud de los profesionales debe estar enmarcada dentro de las siguientes características :
  - Deben ser capaces de transmitir verbal y no verbalmente al paciente que la intención es de protección frente a su enfermedad.
  - Evitar mostrar miedo, para ello se debe tener creado previamente las condiciones de seguridad como son las instalaciones de la Institución y el entorno donde va interactuar el paciente.
  - Mostrar seguridad en lo que se hace, control de la situación y firmeza.
- El desarrollo de la entrevista, se debe llevar a cabo en los siguientes términos
  - Mantener la distancia por seguridad y evitar el contacto visual fijo durante largo tiempo ya que puede ser percibida como amenazante.
  - Ser respetuoso, utilizar un tono de voz calmado y neutral.
  - Le dejaremos hablar, el paciente debe sentirse escuchado.
  - Procurar evitar un interrogatorio minucioso y largo, mejor usar eufemismos que preguntas directas.
  - Evitar discutir, responder con una actitud hostil, desafiante o agresiva a sus argumentos. Evitar realizar juicios de valor sobre su actitud, si se hacen probablemente provoque un incremento del riesgo de violencia, especialmente en pacientes con trastornos de la personalidad. Utilizar frases empáticas del tipo “...comprendo que pueda estar muy nervioso...”. Debe percibir el interés, la ayuda y la comprensión por su problema.
- Abordaje durante la entrevista:

---

29. Protocolo de Contención (VISITADO 10-13-2007) Disponible en: URL: [www.dep7.san.gva.es/CarteraEspecialidades/reglamentos/PSIQUIATRÍA/Protocolo%20de%20contención.pdf](http://www.dep7.san.gva.es/CarteraEspecialidades/reglamentos/PSIQUIATRÍA/Protocolo%20de%20contención.pdf)

30. Protocolo de Contención (VISITADO 12-12-2007) Disponible en: URL: [www.gesma.org/.../Enfermeria\\_en\\_salud\\_mental/Procolos\\_y\\_Procedimientos/Protocolo de contencion Mecanica.pdf](http://www.gesma.org/.../Enfermeria_en_salud_mental/Procolos_y_Procedimientos/Protocolo_de_contencion_Mecanica.pdf)

factores:

- De la repuesta del paciente desde el inicio de la entrevista y durante el desarrollo de la misma. Si la entrevista se complica y no se puede controlar la situación se debe pasar a otro tipo de intervención (contención mecánica o química)

- De la competencia y experiencia en el manejo de este tipo de entrevistas y su abordaje psicoterapéutico. En este caso, aspectos de técnicas cognitivas-conductuales o psicoterapia breve podrían aplicarse. Si no es así, realizar la anamnesis médica y completar la fase exploratoria, dejando claro lo que no se pueden ofrecer y lo que sí, y explicando las pasos a seguir diagnósticos y terapéuticos.
- De la disponibilidad de un entorno preestablecido que da seguridad en la actuación.
- La contención verbal parece más efectiva en intervenciones de situaciones de crisis, y en general poco útil en el resto. Por tanto, ante la falta de formación, experiencia o condiciones del entorno que permite ser capaces de resolver con seguridad la situación ante los sentimientos de miedo, confusión o cansancio del médico debemos suspender el intento de contención verbal y pasar a otras medidas.

La CONTENCION FÍSICA O SUJECCIÓN FÍSICA consiste en restringir los movimientos del paciente y va encaminado a disminuir los riesgos de auto agresividad o heteroagresividad, impedir la manipulación de vías o sondas o evitar la fuga de un paciente ingresado involuntariamente.

La revisión de los estudios que analizan la efectividad de los métodos de contención física o las técnicas de aislamiento para el manejo de pacientes agitados y violentos, no permiten sacar conclusiones con suficiente consistencia, especialmente fuera del contexto hospitalario. Sin embargo, en atención primaria y en situaciones de urgencias, resultan útiles y recomendables:

- Ante el fracaso de la contención verbal o cuando inicialmente ésta no es posible. Tendrá como objetivos salvaguardar la seguridad del paciente y de los profesionales que le atienden, impedir en su caso, la manipulación de otras medidas aplicadas como vías o sondas, probablemente necesarias en agitaciones de causa orgánica o para evitar la fuga de un paciente que acude involuntariamente.
- En todo caso, será un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica, especialmente en agitación de origen psiquiátrico.
- En ancianos puede ser más efectiva y con más seguridad que la sedación farmacológica.
- El método más utilizado y que parece más efectivo es la inmovilización mediante correas. Las características de su uso vienen recogidas en la tabla 4.
  - Seguimiento del paciente inmovilizado:
    - El paciente debe ser controlado mientras esté inmovilizado.
    - Aflojar periódica y rotatoriamente las ataduras.
    - Control de constantes vitales.

- Asegurar la correcta hidratación sobre todo ante necesidad de sedación prolongada (riesgo de rabdomiolisis), vigilar la vía aérea y la higiene, especialmente en ancianos.
- Si la inmovilización va a ser prolongada (especialmente referido a medio hospitalario), administrar anticoagulación con HBPM por riesgo de TVP.

La **CONTENCIÓN QUÍMICA MEDIANTE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO O SEDACIÓN PSICOFARMACOLÓGICA** es un 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. Debe acompañarse de elementos persuasivos y facilitadores para la persona afectada. En la medida que el estado de conciencia del paciente lo permita, se le debe explicar en detalle el procedimiento, sus objetivos, consecuencias y derivaciones. Si la situación de agitación psicomotora impidiese el procedimiento, se podrá inmovilizar mecánicamente, en forma temporal, al paciente con el fin de aplicar el tratamiento farmacológico correspondiente.

El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con mínimos efectos secundarios. Actualmente sigue siendo tema de debate qué fármacos usar o combinación, o qué vía o dosis es la más efectiva. Esto se refleja en la variabilidad de las recomendaciones, entre autores y guías, entre continentes y países o entre recomendaciones y práctica clínica. Una de las razones para ello es la poca consistencia de los estudios, por escasos y por sus limitaciones metodológicas incluida la dificultad para extrapolar resultados cuando la mayoría están realizados en medio hospitalario. Y otra la dificultad de implementar cambios en la práctica médica desde las guías.

La vía de administración más recomendable es la oral. En la práctica tanto la vía oral como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estos pacientes. La vía intravenosa presenta más riesgos cardiorrespiratorios. La vía intramuscular aunque es menos rápida y fiable que las anteriores, es la más segura. Las recomendaciones de uso de fármacos de modo genérico son:

- Los neurolepticos y las Benzodiacepinas junto con la experiencia de los profesionales son los medios más efectivos para el manejo de pacientes con violencia inminente.
- El Haloperidol es el fármaco que ha demostrado mayor efectividad. En pautas de entre 2,5- 5 mg. vía oral o intramuscular, pudiendo repetirse a intervalos de 30-60 minutos si fuera necesario. Dosis máxima 100 mg. al día.
- Diazepam puede ser administrado simultáneamente con Haloperidol si es preciso. Dosis de 10-20 mg. vía oral o intravenosa lenta. Lorazepam 2-4 mg. im o iv es otra alternativa. Las Benzodiacepinas pueden ser usadas solas.

Ambas benzodiazepinas tienen el potencial de causar depresión respiratoria y sería cuestionable utilizar este grupo de fármacos fuera de aquellos servicios que controlen y resuelvan las consecuencias de la dificultad respiratoria con absoluta seguridad.

Teniendo en cuenta lo anterior, la contención farmacológica se utiliza para disminuir los síntomas relevantes que pueden llegar a producir la fuga del paciente en una Institución de Salud mental, cuando la contención física y verbal no es suficiente para controlar al paciente.

#### **7.2.2.2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA INSTITUCION**

Dentro de las características de la institución, está que esta debe contar con una infraestructura que posea una adecuada seguridad y confort para el tratamiento que se le puede brindar al paciente, teniendo en cuenta, que los pacientes que reingresan en diferentes oportunidades se presenta una desventaja, ya que ellos conocen la infraestructura de la institución y los sitios donde la seguridad de la institución no se encuentra allí permanentemente. Teniendo en cuenta, que la observación y los cambios comportamentales y verbales que presente el paciente puede llegar a realizar un intento de fuga. Además, el ruido es “uno de los estresores intraorganizacionales más comúnmente encontrados en los ambientes psicológico o sociológico causantes de diversos efectos sobre el ser humano”<sup>(31)</sup>.

De hecho, toda institución de salud mental debe contar con una seguridad adecuada para el tratamiento que se le puede brindar al paciente, además en los caso en que los pacientes son inimputables se debe brindar seguridad a los otros pacientes, ya que en algunos momentos son incapaces de defenderse o decidir qué es lo mejor por su estado mental en que se encuentren.

Realmente, una de las características que debe tener este recinto son: las divisiones de los pacientes, que las instalaciones cuenten con un servicio de vigilancia continua, medios físicos de contención (alambre, tejado alto, etc...). Además existen diferentes intervenciones que se le pueden realizar a los pacientes con al riesgo de fuga y las pautas, teniendo en cuenta, a través de la observación los cambios comporta mentales y verbales que presente el paciente previos al el intento de fuga de la institución.

---

31. INTRODUCCIÓN AL RUIDO. (VISITADO 12-12-2007) Disponible en: URL: <http://server-die.alc.upv.es/asignaturas/LSED/2003-04/0.CAR/introduccion%20al%20ruido.html>

### **7.3. CUIDADO DE ENFERMERIA**

Los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad mental se administran en una situación interpersonal en las que intervienen dos personas: enfermera y paciente ambos tienen sentimientos y necesidades que son expresados en diferentes formas. La responsabilidad de las enfermeras consiste en comprender su propia personalidad y el



efecto que ésta tiene sobre los demás y asegurarse que el paciente vea libre de necesidades de los enfermeros y de su expresión. Esta relación da a enfermería la posibilidad de considerar al hombre como unidad, en ayuda al paciente en sus necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales. El profesional de enfermería en su papel como miembro del equipo de salud debe tener siempre presentes estos aspectos de la salud del paciente.

En la actualidad los cuidados están centrados en el paciente y basados en el concepto de que ningún hombre es igual al otro, y cualquier acontecimiento que concierna a cualquier parte de él, afecta la totalidad de su ser, aun cuando se trata de un paciente con alteración mental, lo cual se da en la práctica diaria, al proveerle de un cuidado acorde con su intelectual sus costumbres y sus necesidades propios.

Las enfermeras deben poseer buenos conocimientos sobre la motivación, y los impulsos básicos con el fin de entender mejor la conducta y los sentimientos manifestados por los demás y por ella misma. Los impulsos pueden llevar al paciente a tener o crear un conflicto con el mismo o con su medio, y los buenos conocimientos le ayudaran a detectar, resolver y disminuir los factores de riesgo para que se presente el conflicto y por ende para que el paciente presente menos episodios de crisis que pueda terminar en fuga y además mejorar la relación enfermera- paciente, de manera que sea más benéfico el servicio que presta.

El conocimiento de los derechos y obligaciones básicos, es indispensable para ejercer la enfermería en cualquier medio. No solo sirve para definir los parámetros de la profesión y las normas que rigen la conducta del a enfermera, sino que además aclaran y apoyan los derechos fundamentales del individuo que son los cimientos que sostienen la sociedad.

Con mucha frecuencia los derechos de los pacientes se ven amenazados por que el deterioro de la capacidad física o mental que parece mermar la capacidad de obrar a su favor. La influencia del profesional y la inclinación de los enfermos a someterse le ofrecen la oportunidad de obrar sin tomar en cuenta el libre albedrío de ellos y a veces hasta viola esos derechos.

La atención del enfermo es un objetivo difícil, y a veces imposible de alcanzar en forma congruente. Su naturaleza es tal que han de tomar decisiones en favor de él. Hay que emitir juicios inmediatos que, en ocasiones se oponen a su derecho de elegir libremente. Cuando se le consulta, casi siempre sus decisiones concuerdan con el tratamiento recomendado. Sin embargo, en caso de que no acceda voluntariamente, se dispone de varios mecanismos alternos que garantizan la protección de su salud cuando esta se halla en peligro. En algunas ocasiones especiales se debe confiar en el poder del abogado, de la autoridad legislativa y de los procedimientos administrativos, como es en el caso de la hospitalización involuntaria.

Se encuentran así factores asociados a la fuga de pacientes que se fundamentan en el recuento teórico que hasta aquí se ha hecho y que permite ampliar la visión no solo en pacientes con alteración mental si no del papel de la enfermera psiquiátrica y su quehacer profesional, estableciendo acciones para disminuir su frecuencia y aparición de la situación de fuga. . Teniendo presente que los pacientes presentan conflictos y problemas emocionales que deben ser considerados como parte de su enfermedad y que requieren de tratamiento que puede ser brindado por el enfermero psiquiátrico.

En un establecimiento psiquiátrico, el deber de garantizar los derechos del paciente adquiere suma importancia. La enfermedad psiquiátrica se caracteriza por el deterioro del raciocinio y por una percepción defectuosa capaz de distorsionar y perturbar la facultad mental que se necesita para tomar decisiones indispensables en el ejercicio de los propios derechos. Para complicar aún más las cosas las enfermedades mentales a menudo se manifiestan en conductas que representen un verdadero peligro físico y que puedan aminorar la capacidad del sujeto para adaptarse a la sociedad y sobre vivir en ella.

En la actualidad y como objetivo general, en enfermera psiquiátrica debe reconocer los aspectos sanos de la personalidad del individuo, trabajando apoyando permanentemente al proceso hacia una salud mejor complementado esto con objetivos más específicos: ayudar al paciente a enfrentar sus problemas existenciales, motivar al paciente para que defina y clarifique sus problemas presentes y así orientar sus objetivos.<sup>(32-33)</sup>

Es significativo identificar los factores asociados a la evasión de pacientes, partiendo de una valoración acertada a estos pacientes, para luego brindarle mejor tratamiento, a través del diseño de estrategias de manejo, tanto individual como colectivo, tanto del equipo interdisciplinario, como por parte de la institución.

Teniendo en cuenta lo anterior, todos los factores asociados ya nombrados, las actividades de enfermería de pacientes con este riesgo deben planearse sobre la base de un adecuado ambiente terapéutico que comprenda un entorno físico y emocional seguro, para él y con los otros pacientes y el staff. Es importante, ya que, esto fortalece la individualidad del paciente que por ende la vigilancia y/o la forma de disminuir los factores riesgo que presente cada individuo. Es responsabilidad de la enfermera, prodigar este tipo de ambiente reduciendo el autoritarismo y manteniendo

---

32. Artículo el profesional de enfermería en la atención de urgencias psiquiátricas, Silvia Orrego S.

33. Artículo aspectos éticos-legales de las urgencias psiquiátricas, Moran Sánchez-Barea Espin.

Para ser un elemento terapéutico en el cuidado de los pacientes, la enfermera necesita conocimientos acerca del individuo, de sus necesidades y sentimientos, así como de su manera de manifestarlos. Necesita también comprender su propia conducta, la del

paciente, la de la familia y amigos, y el efecto que produce dicha conducta en la atención prestada al enfermo o quizá, en la misma enfermedad.

## **8. ASPECTOS ETICOS**

Esta investigación mantuvo la objetividad de los planteamientos hechos por los diferentes autores que se consultaron igualmente, no se juzgo ni se evaluaron sus conceptos planteados, se respetaron los derechos de autor de otra parte se dieron los créditos a las personas que una u otra forma aportaron a este estudio.

El análisis y las conclusiones de este trabajo se expresan partiendo de una visión de los investigadores.

## **9. METODOLOGIA**

Para la elaboración de esta investigación se aplico la metodología de la **REVISIÓN DOCUMENTAL** sobre los factores asociados al riesgo de fuga en los pacientes psiquiátricos, la cual se refiere a un tipo de investigación que se basa en un proceso descriptivo, de construcción teórica.

Si bien, la revisión documental tiene como objetivo adquirir habilidades en la búsqueda, selección y análisis de publicaciones científicas en su campo de formación como especialista. Teniendo en cuenta, que mediante el desarrollo de la investigación sobre una temática específica genera elementos claves para la formación de la misma área.

Con este tipo de investigación no se pretende llegar a elaborar un estado del arte sobre este tema, sino que se obtenga elementos para ser “consumidor de la investigación” motivado a buscar y utilizar los resultados de investigación en el campo de formación de posgrado y estos recursos los utilice posteriormente en su desempeño como especialista, para plantearse preguntas que pueden surgir día a día en la práctica profesional, y buscar respuestas científicas a esas inquietudes y preguntas.<sup>34</sup> Teniendo como fin buscar sustentar los planteamientos del problema: analizar y exponer de manera sintética los desarrollos del tema que justifican la elección del problema y la perspectiva de trabajo<sup>35</sup>.

A partir del planteamiento de la pregunta de investigación, dio como resultado:

- De manera general una descripción de nuevas comprensiones y construcciones teóricas acerca los factores asociados al riesgo de fuga en los pacientes psiquiátricos.
- Crear hipótesis para la comprensión de los factores asociados al riesgo de fuga.
  - Afectan más los factores internos que lo externos para generar la fuga de los pacientes.
  - A menor conciencia de enfermedad mental se puede generar la fuga de los pacientes.
  - Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia son los que más se fugan en una Institución de Salud comparado con las demás patologías.

---

34. PROYECTOS 22 de agosto de 2006 (VISITADA 04-09-2007) Disponible en URL: [http://www.inteligencia colectiva.org/principal\\_proyectos\\_doctorado\\_ea.htm](http://www.inteligencia colectiva.org/principal_proyectos_doctorado_ea.htm)

35. ESTADO DEL ARTE (VISITADA 11-10-2007) Disponible en URL: [www.javeriana.edu.co/Facultades/Teologia/servicios\\_formacion\\_int\\_univ/ecoteol/pyf-estar.pdf](http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Teologia/servicios_formacion_int_univ/ecoteol/pyf-estar.pdf)

Además permitió:

- Acumulación de conocimientos sobre los factores asociados al riesgo de fuga.
- Formación de futuros investigadores y de líneas de investigación psiquiátrica.

Concluimos entonces por estado del arte una investigación documental, donde podemos hacer un análisis crítico, teniendo una visión comprensiva del campo factores asociados al riesgo de fuga en un paciente con problemas mentales.

Se realizó una consulta, revisión de tesis, revistas, libros y bases electrónicas, de las cuales obtuvieron 17 referencias bibliográficas desde 1990 – 2007, las cuales se consiguieron por medio de diferentes fuentes entre ellos: Instituto Nervioso Central Clínica Monserrat, base de datos de la Biblioteca Universidad Javeriana, MEDLINE, LILAD, Biblioteca Virtual de Informed, Google. De la documentación que se encontró sobre el tema no solo a nivel de los conocimientos producidos en la investigación científica sino también en cuanto al conocimiento que se distribuye y circula en documentos técnicos o conceptuales referidos en la intervención de enfermería en un paciente con riesgo de fuga.

Luego se realizó la clasificación documental y se logró la recolección de información por medio de fichas descriptivas que ayudaron a obtener detalladamente información sobre la documentación que se encontró referente al tema (ver Anexo 1-26). Posteriormente para iniciar el análisis de la información, se realizaron fichas analíticas se elaboran de acuerdo al conocimiento de los investigadores que se tuvo sobre el fenómeno estudiado y los objetivos específicos.

Para la sistematización de la información se realizó una matriz (ver Anexo 27), donde se contempló los datos de las fichas analíticas los cuales se organizaron teniendo en cuenta los factores establecidos; pretendiendo dar respuesta al problema.

El análisis y la interpretación de la información al igual que la conceptualización constituyen una actividad de búsqueda y de creación; se habla de creación porque esta búsqueda activa supone creer la realidad en la mente e involucra la actividad de pensar sobre los datos, maximizando su consideración y la contemplación de sus interrelaciones.

Para esta investigación, de manera específica, una vez recolectada la información, la cual fue ubicada en la: *Base de datos de Internet 60 % Biblioteca Central Pontificia Universidad Javeriana el 19.5% y las Revistas y Libros de Enfermería 20.5%* se procedió a realizar las fichas descriptivas, y una vez consolidada la información se establecieron categorías (**factores internos:** *las enfermedades mentales, síntomas relevantes, tipo de hospitalización, aceptación de la hospitalización, conciencia de enfermedad,* y entre los **factores externos:** *abordaje durante la hospitalización (verbal, farmacológica y física) y características físicas de la Institución.*) Para analizarlas a través de fichas analíticas, finalmente culminar en un análisis e interpretación.

## **10. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

Para la presentación y análisis de los resultados acerca de los factores asociados al riesgo de fuga en pacientes psiquiátricos, en el periodo 1990 - 2007, está se mostrará, siguiendo el orden de los objetivos específicos propuestos. Así, inicialmente se presentaran los resultados en relación a los factores internos asociados al riesgo de

fuga, acompañados de los análisis de acuerdo a los hallazgos expresados en el marco teórico. Posteriormente se explicaran los factores externos asociados al riesgo de fuga con su respectivo análisis.

Para iniciar se presentarán, los resultados de la estrategia de la búsqueda de información a nivel internacional y nacional que fueron consolidados en tablas, en donde se especifica el número de las referencias por cada base de datos. (Ver tabla 1)

**Tabla No. 1 Búsqueda de referencias bibliográficas por países**

<b>País</b>	<b>Numero documentos</b>	<b>Porcentaje.</b>
ESPAÑA	9	53
COLOMBIA	7	41
ARGENTINA	1	6
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

**Fuente: investigadoras**

De hecho, se encontraron en 3 países, principalmente en España con el 53% de los artículos, Colombia con 41 % y Argentina 6%. Mientras que en las bases de datos internacionales se obtuvo mejores resultados que en la base de datos nacionales.

En los artículos revisados se encontró que existe más literatura, que hace referencia a los factores internos los cuales predominan más que los factores externos en un paciente psiquiátrico que tiene riesgo de fuga en una Institución de Salud Mental, siendo los factores internos las características o comportamientos que están asociados con las alteraciones orgánicas, emocionales y psicosociales internas del individuo.

Se encontró que un 35% de la literatura hacia referencia a la hospitalización involuntaria, 12% a la conducta agresiva, 6% a la esquizofrenia, 6ª al trastorno de la personalidad, 6% a Fármaco dependientes, 6% a trastorno asociado al estrés, 6% a crisis de angustia, 6% a agitación, 6% hospitalización voluntaria, 6% aceptación de la hospitalización y 6 % Conciencia de la enfermedad.

En relación a las enfermedades mentales, se encontraron 2 artículos que permiten describir de forma general, cuando el individuo se encuentra en un estado de psicosis, debido a la marcada pérdida del control involuntario de pensamientos, emociones e impulsos que se pueden presentar en situaciones de riesgo entre ellos la fuga de pacientes. Específicamente hacen referencia a la asociación entre la fuga, el paciente violento y el tipo de diagnostico que tenga el paciente, mencionando que los trastornos de personalidad y el uso de sustancias psicoactivas puede llegar a aumentar



el riesgo de fuga. Aunque uno hace mención de la neurosis, la cual no la asocian con el riesgo de fuga.

Dentro de los hallazgos de las patologías que se resaltaron en el marco teórico como es la esquizofrenia, el trastorno de la personalidad (trastorno de la personalidad paranoide, limítrofe, antisocial, narcisista y la histriónica), los pacientes farmacodependientes y los trastornos asociados al estrés, se encuentran relacionadas con el riesgo de fuga de un paciente ya que la sintomatología que presenta dichas enfermedades psiquiátricas son factores que aumentan el intento de evasión de una Institución de Salud Mental.

En el caso, de los pacientes fármaco dependientes según el Dr. Lino Díaz-Barriga<sup>36</sup> Salgado se caracterizan por la modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la abstinencia o privación; que conlleva a la dependencia de tipo físico y aparece como fase subsecuente a la habituación que consiste en un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos moderados o intensos cuando falta la droga. En estas circunstancias, el organismo se ha acostumbrado a la presencia de la droga y la necesita para vivir conllevando a la fuga del paciente en una Institución.

En cuanto a los síntomas relevantes de las enfermedades mentales se encontraron 3 artículos: 2 artículos (Ver Anexo 12 y 17) mencionan en relación a la conducta agresiva que es necesario hacer un plan de enfermería adecuado para el paciente y así disminuir el riesgo de fuga que pueden tener, ya que este es más alto en paciente agresivos.

Esto lo corrobora el artículo (ver anexo 14), que las conductas trasgresoras en el paciente violento y el tipo de diagnóstico que se tenga. Además, este mismo artículo se ve la necesidad de hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno en el caso de tal agitación psicomotora, generalmente, presente en urgencias psiquiátricas para evitar más actuaciones (fugas, agresiones, etc.).

---

36. F A R M A C O D E P E N D E N C I A. Dr. Lino Díaz-Barriga Salgado. Revista de Adicciones. 2007 (VISITADA 04-09-2007) Disponible en URL: <http://mx.geocities.com/linodi48/Farmacodependencia.html>.

Con relación al marco teórico, se aprecia que la conducta agresiva, la agitación psicomotora y la crisis de angustia son los síntomas relevantes que conllevan a producir el riesgo de fuga, ya que se presentan dentro de la urgencia psiquiátrica.

Es importante valorar el riesgo de agresividad y el riesgo suicida que presente el paciente basado en que sea un hombre joven, el estado civil, la presencia de apoyo

social, previos intentos suicidas, agitación, sentimientos de culpa, desesperanza, depresión severa y psicosis.

Según Eduardo Contreras y Hernán Rincón en una urgencia psiquiátrica el paciente presenta cualquier alteración emocional o de la conducta que puede producir daños a terceros o a sí mismos, por lo cual requiere de una intervención rápida. Teniendo en cuenta, que la urgencia psiquiátrica pueden llegar a producir manifestaciones de la alteración psicológica aguda (como es la ansiedad, pánico, depresión, trastornos de adaptación), que implican un riesgo a nivel personal o interpersonal (agresión, suicidio, homicidio) y se evidencian por un comportamiento profundamente desorganizado (psicosis, delirio).

En cuanto a los tipos de hospitalización a los artículos (Responsabilidad civil y psiquiátrica Ver anexo 13, Los derechos de los pacientes ver anexo 8 y el Profesional de enfermería en la atención de urgencias psiquiátricas ver anexo 7) y los estudios (Internamientos no voluntarios en el hospital general ver anexo 4 y la hospitalización contra la voluntad en primeros episodios psicóticos: factores asociados ver anexo 5), se refieren a la hospitalización involuntaria uno de los artículos que menciona la hospitalización voluntaria; sin embargo 4 de los 5 artículos no refieren asociación con el riesgo de fuga.

El único artículo que asocia la hospitalización involuntaria con el riesgo de fuga, refiere que cuando se escapa el paciente del hospital, se le dará de alta, se informará a la familia y a los órganos judiciales y de policía necesarios.

Los otros documentos hacen mención a que la hospitalización involuntaria debe ser indicada por una psiquiatra, quien la decidirá después de un análisis desarrollado de cada caso, para lo cual es necesario tener criterios y procesos claros.

Esta normatividad debe darse a la luz de los derechos fundamentales específicos de la ley colombiana, aunque se considera una infracción grave a la pérdida de la libertad del individuo, lo que permite dar un dictamen por un perito forense dependiendo cada país establece su normatividad.

Finalmente, si se ha concluido que la hospitalización involuntaria mejora la psicopatología que presenta el paciente.

En comparación con lo teórico, el tipo de hospitalización sea voluntaria e involuntaria es un factor de riesgo para que un paciente se evada de una Institución Mental, teniendo en cuenta, que el individuo al entrar a un espacio desconocido para él genera sentimientos de temor, rechazo, conductas agresivas entre otras.

De hecho, la polémica que genera el internamiento involuntario de un paciente con trastorno mental, gira básicamente en torno a aquel que ha sido considerado médicamente peligroso tanto personal como colectivamente, teniendo en cuenta el

punto de vista legal, ético y psiquiátrico se plantea un cuestionamiento que genera gran controversia el cual es el derecho que tiene el paciente a negarse a recibir el tratamiento.

Además de los problemas legales que conllevan la hospitalización involuntaria, la decisión de internar o no a un enfermo mental envuelve inconvenientes de carácter ético. El psiquiatra debe tener en cuenta además de los elementos estrictamente médicos, criterios de tipo social, tales como el trauma que dicha decisión podría generar en la familia y en general al interior del grupo social en el que se desenvuelve.

Teniendo en cuenta, que los tipos de hospitalización en pacientes con trastorno mental, es un tema que no se encuentra regulado pese a su importancia y su relación con aspectos relevantes como lo son los derechos fundamentales, la responsabilidad médica y los principios de la bioética, entendiéndose por éstos y parafraseando a Buisan Ezpeleta<sup>37</sup>, la autonomía, “que preconiza respetar las decisiones y los actos de cada persona”, la beneficencia, “que trata de proporcionar a las otras personas beneficio y evitar lo que les perjudique”, la no maleficencia, “que obliga a no perjudicar a los otros”, y la justicia, “ los pacientes tengan acceso a un tratamiento igual al de los otros pacientes, teniendo como único criterio prioritario los más desvalidos médicamente hablando”

Por lo tanto, una persona que tiene trastorno mental es un enfermo y su internamiento es como consecuencia a una decisión médica por razones de peligrosidad personal y colectiva, siempre que el afectado con tal medida no tenga la capacidad que se requiere para dar en forma libre y consciente su consentimiento.

Por ésta razón, y ante la gran cantidad de vacíos que presenta a todo nivel el internamiento involuntario, se debe tener en cuenta la impresión diagnóstica, el consentimiento informado, la historia clínica. Dentro de los artículos revisados no se encontró una asociación con los factores asociados al riesgo de fuga de un paciente psiquiátrico, con ésta variable.

---

37. BUISAN ESPELETA, Lidia. Bioética y principios básicos de ética médica. En: Materiales de Bioética y Derecho. AGUIRRE, Joaquín, BUISAN ESPELETA, Lydia y cols. Cedecs Editorial S.L. Barcelona. 1.996; p. 113, 117 y 120.

En cuanto a la aceptación de la hospitalización, no se encontró un documento específicamente, y en relación a la conciencia de enfermedad mental se encontró 1 artículo (ver anexo 19) que menciona que la persona con problemas mentales y/o orgánicos presenta descontrol de impulsos (síntomatología que puede generar riesgos entre ellos el de la fuga), y bajo rendimiento, por lo que debe estar supervisada, por una personal especializado.

En lo revisado teóricamente encontramos que en el X Congreso de Psiquiatría en Sevilla en el año 2006 abordaron temas como la conciencia de enfermedad como condicionante terapéutico en los primeros episodios sicóticos y la importancia de la aceptación de la hospitalización y el insight en la clínica de las patologías psiquiátricas. Ya que la mayoría de los pacientes con enfermedades mentales no son conscientes de su enfermedad.

Los problemas de la conciencia y la aceptación de la enfermedad constituyen unos de las dificultades más frecuentes en el abordaje de los trastornos mentales, además de entorpecer el inicio y el mantenimiento de la relación terapéutica; la falta de conciencia de enfermedad es responsable del abandono del tratamiento en un porcentaje significativo de casos. De este modo, las personas con poca conciencia de enfermedad suelen tener una mala evolución, y su atención en el ámbito clínico conlleva dificultades al manejo de los síntomas y la discapacidad eventualmente asociada al trastorno. Con frecuencia, el manejo de este tipo de problemas en el ámbito clínico se ha dejado a la intuición de los profesionales o se ha limitado al uso de estrategias educativas.

Dentro de los factores externos se encontró en relación a la cantidad de referencias bibliográficas que 24 % se refieren a cuidado de enfermería, un 18% a Contención verbal, un 12 % a Contención Farmacológica, un 6 % a Contención física, y un 6% a características de la institución.

De manera general 2 artículos (Responsabilidad en el diagnóstico, el tratamiento y las internaciones psiquiátricas y la RESOLUCION 4288 de 1996) hablan de la importancia de definir un diagnóstico a partir de los síntomas y los signos que servirá de guía para iniciar el tratamiento y determinar el pronóstico y en el otro mencionan la aplicación de la normatividad y la utilización de recursos de prevención y promoción, pero no habla sobre las acciones específicas del abordaje

En base con el marco teórico, según los protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización en Barcelona la atención de una persona afectada por un trastorno mental que requiera una hospitalización, ha de basarse siempre en un trato que garantice el respeto absoluto a su dignidad como persona y el respeto de todos sus derechos. No obstante, la persona afectada por un trastorno mental, y sobre todo en situación de crisis aguda, de forma frecuente tiene disminuida su competencia y por tanto, su autonomía, lo cual da lugar al uso de medidas terapéuticas, que se inician con el ingreso involuntario y otra serie de medidas restrictivas que se indican durante la hospitalización.

Dado que la atención psiquiátrica tiene que basarse en el respeto a la dignidad de la persona humana que se concreta en los derechos humanos y la normatividad en este caso colombiana, que van implícitos en el paciente por el hecho de ser persona. Entre estos derechos se encuentra el respeto a su autonomía, el derecho a la vida, el derecho

a la libertad, el derecho a la intimidad, el derecho a la integridad corporal y el derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

A nivel institucional es responsabilidad de todos los miembros del equipo asistencial el detectar e intuir conductas o situaciones que puedan poner en peligro la seguridad del paciente o de terceros con la finalidad de prevenir y disminuir el uso de contenciones físicas.

Por todo esto la utilización de medidas coercitivas de contención física como métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría (Declaración de Naciones Unidas, Federación Mundial de la Salud Mental, O.M.S.); sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos.

En caso de actuaciones del paciente psiquiátrico, se hace necesario los siguientes tipos de abordajes:

- La contención verbal que es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total. Para afrontar adecuadamente situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil, existen estrategias que pueden facilitar al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo.
- La contención mecánica para evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes o el propio personal sanitario e incluso de las instalaciones del centro). Con el fin de evitar la fuga del paciente si se considera que existe el riesgo y que el paciente corre peligro, no estando capacitado para tomar alguna decisión. Con el objetivo de disminuir la hostilidad, la agresividad y prevenir posibles ataques violentos.
- También, se pueden encontrar pacientes protagonizando una conducta agresiva o agitada en cualquier centro, consulta o servicio hospitalario, para lo cual es necesario realizar una evaluación del estado clínico del sujeto y determinar la causa de la agitación orienta a la pauta farmacológica a elegir. El objetivo es tranquilizar al paciente lo antes posible, con el fin de evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean.

El uso de medidas restrictivas durante la hospitalización ha de ser siempre medidas con finalidad terapéutica y, por tanto, incluidas en el plan de tratamiento global del paciente y han de cumplir con los siguientes criterios: indicación individualizada y limitada en el tiempo, medida terapéutica excepcional y entre otras.

En cuanto a las características físicas de la institución, dentro de la revisión bibliográfica se encontró 1 artículo (Ver anexo 20) que hace referencia a que el centro hospitalario y el personal de salud quienes deben proporcionar seguridad y comodidad del paciente con riesgo de fuga. Se debe tener en cuenta el uso de pijama y retirar cinturones, mecheros y otros objetos potencialmente peligrosos que faciliten la fuga.

De hecho, dentro de la institución psiquiátrica deben existir alarmas estratégicamente colocadas, el paciente debe ser puesto bajo vigilancia visual y el grupo terapéutico debe estar siempre atento a cualquier síntoma relevante que puede provocar la fuga, debe existir el mínimo de objetos movibles, y se deben procurar en la medida de lo posible actividades estructuradas: Gimnasio, terapia ocupacional, actividades terapéuticas y entre otros.

Con relación al marco teórico, dentro de la ley colombiana dicta que en el caso de los pacientes inimputables se debe brindar seguridad a los otros pacientes, ya que en algunos momentos son incapaces de defenderse o decidir qué es lo mejor en su estado mental.

Se menciona también , que el recinto debe contar con: las divisiones de los pacientes, servicio de vigilancia continua, medios físicos de contención (alambre, tejado alto, etc.), disminuir el ruido es importante ya que este es uno de los estresores intraorganizacionales más comúnmente encontrados en los ambientes psicológico o sociológico causantes de diversos efectos sobre el ser humano. Se debe tener en cuenta la observación y los cambios comportamentales y verbales que presente el paciente antes de hacer el intento de evadirse de la institución.

Finalmente, es importante destacar en relación al cuidado de enfermería con el paciente psiquiátrico, ya que dentro de la documentación revisada refieren la aplicación total del proceso de enfermería para el cuidado de estos pacientes, además de la importancia de establecer eficazmente un relación enfermera- paciente, de manera que sea más benéfico el servicio que se le presta.

Al considerar el hombre como una unidad para ayudar en sus necesidad físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales; y se le debe proveer al paciente un cuidado acorde con su nivel intelectual, sus costumbres y sus necesidades propias.

De hecho, las enfermedades mentales son un problema de salud pública y el personal sanitario debe estar preparado para poder hacer una intervención adecuada. Se debe considerar que las situaciones de salud que con mayor frecuencia se atienden en la modalidad de urgencias psiquiátricas son suicidas y paciente con crisis de ansiedad o paciente violento, con ataques de pánico en estos casos la enfermera debe orientar la aplicación del proceso de enfermería.

Según Martin Buber: “cuidar es una forma de diálogo que surge de una disposición para ser solicitado por el otro, cuidar requiere ir más allá de los actos de observar y mirar, requiere un nivel de alerta e inmersión en la situación presente, cuidar es más que una acción, es una forma de ser.” , Sally Gadow lo complementa, definiéndolo como: “cuidado es asistir a un individuo a interpretar su propia realidad, cuidar es la esencia de enfermería, en su participación con el paciente, en la determinación del sentido único que para él tiene la salud, la enfermedad y la muerte.”

Asimismo, con lleva a la enfermera a poseer buenos conocimientos sobre la motivación y los impulsos básicos con el fin de entender mejor la conducta y los sentimientos manifestados por los demás y por ella misma. Los impulsos pueden llevar al paciente a tener o crear un conflicto con el mismo o con su medio, y los buenos conocimientos le ayudaran a detectar, resolver y disminuir los factores de riesgo para que se presente el conflicto y por ende para que el paciente presente menos episodios de crisis que pueda terminar en fuga, además los conocimientos permiten ampliar la visión no solo en pacientes con alteración mental si no también del papel de la enfermera psiquiátrica y su quehacer profesional. Los pacientes presentan conflictos y problemas emocionales que deben ser considerados como parte de su enfermedad y estos requieren de tratamiento el cual puede ser brindado por el enfermero psiquiátrico.

El cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente, el acto de mayor cuidado puede ser el no actuar, si ello es determinado por el otro. Cuidar demanda la incorporación y entrega del profesional hasta el punto de percibir la misma realidad del paciente. La verdad del cuidado es contextual y envuelve realidades objetivas y subjetivas en un todo coherente.

## **11. CONCLUSIONES**

- A nivel de investigación en enfermería no se encontró nada escrito sobre este tema.
- Existen factores internos como externos que se asocian al riesgo de fuga, sin embargo ha sido mas estudiado para los factores internos asociados al riesgo

de fuga de un paciente psiquiátrico, éstos son considerados como las características o comportamientos que están asociados con las alteraciones orgánicas, emocionales y psicosociales internas que presente un individuo.

- En cuanto a los factores internos se encontró que:
  - En relación a las enfermedades mentales, se encontraron 2 artículos que asocian la fuga con las psicopatologías. La psicosis, el trastorno de personalidad y el abuso de sustancias psicoactivas son las enfermedades mentales donde se pueden presentar más actuaciones de fuga.
  - En cuanto a los síntomas relevantes, se encontraron 3 artículos de los cuales la conducta agresiva y la agitación psicomotora, son los más destacados para tener en cuenta, en el momento de establecer un plan de enfermería con el fin de controlarlos y/o minimizarlos y así disminuir el riesgo de fuga que pueden tener el paciente.
  - En cuanto a los tipos de hospitalización, 5 de los artículos, se refieren a la hospitalización involuntaria uno de los artículos que menciona la hospitalización voluntaria; solamente un documento asocia la hospitalización involuntaria y menciona que cuando un paciente se fuga, se le dará de alta, se dará conocimiento de esta situación a la familia y a los órganos judiciales necesarios.
  - En cuanto a la aceptación de la hospitalización, no se encontró un documento específicamente relacionado con el riesgo de fuga de un paciente.
  - Y en relación a la conciencia de enfermedad mental se encontró 1 artículo que menciona de manera general que un enfermo mental que presenta bajo rendimiento y descontrol de impulsos, puede generar situaciones de riesgo, entre estas la fuga, por lo que tiene que estar supervisado por una persona especializada.
- Dentro de los factores externos se encontró:
  - Un artículo habla de los tipos de abordaje sus objetivos, indicaciones, contraindicaciones y aspectos legales, pero no los asocia con la fuga de un paciente.
  - Un artículo destaca la importancia del tratamiento farmacológico, incluyendo la Terapia electro-convulsiva.
  - Se encontró un artículo que, menciona acerca de las características de la institución. que el centro hospitalario y el personal de salud quienes



deben proporcionar seguridad y comodidad del paciente con riesgo de fuga. Se debe tener en cuenta el uso de pijama y retirar cinturones, mecheros y otros objetos potencialmente peligrosos que faciliten la fuga

Para el grupo de investigadoras, el desarrollo de esta investigación, fue muy importante, ya que resalta algunos aspectos que están relacionados con la fuga de pacientes con alteraciones mentales. Permitted identificar características asociadas a esta temática, para considerar desde el accionar de enfermería, como parte del equipo interdisciplinario, visualizar cuáles son sus responsabilidades y en ese sentido reflexionar acerca de las acciones, con el fin de establecer las que contribuyan a controlar y disminuir esta problemática que trae graves efectos sobre el paciente, la familia, la institución y la comunidad en general. Porque la importancia de la intervención de enfermería implica el deseo de dar cuidado y de llevar a cabo acciones en ese sentido, acciones de cuidar que deben ser observaciones positivas, de soporte, comunicación e intervenciones físicas para prevenir como en este caso el riesgo de fuga.

## **12. SUGERENCIAS**

- ❖ Es importante promover este tipo de investigación documental, al igual dar al estudiante de enfermería base de estudio.

- ❖ Resulta valioso, al profesional de enfermería que brinda cuidado al paciente psiquiátrico que se capacite continuamente teniendo en cuenta, los derechos del paciente y promueva la investigación específicamente en psiquiatría la cual día a día necesita de nuevos aportes con miras a prestar un cuidado integral al individuo, la familia y la comunidad.
- ❖ Se hace necesario estudiar e investigar en el área de Salud Mental ya que como se observó que son pocas las producciones hechas en este campo, específicamente a nuestra universidad, haciéndose necesario el adiestramiento la actualización del personal que brinda cuidado a este tipo de pacientes. También es necesario una mayor divulgación en las disciplinas de salud mental y Psiquiatría para proporcionar acceso a nueva información al personal interesado.

### **13. BIBLIOGRAFIA**

- ❖ Cook J.S. y Fontaine, K.L. (1990): *Enfermería Psiquiátrica*. Editorial Interamericana MacGraw-Hill. Madrid.
- ❖ Encuesta realizada en la Clínica Montserrat.

- ❖ Perdomo, Luís. Desarrollo cuidado de enfermería al paciente con alteración mental, Bogota 2000.
- ❖ Concepto Salud y Enfermedad 20 /08/2007 (VISITADO 07-13-2007) Disponible en: URL: [http://viref.udea.edu.co/contenido/apuntes/gusramon/activ\\_salud/02-salud-enfermedad.pdf](http://viref.udea.edu.co/contenido/apuntes/gusramon/activ_salud/02-salud-enfermedad.pdf).
- ❖ GUIAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES (VISITADO 07-13-2007) <http://www.minsa.gob.pe/portal/p2005/documentos/ogdn/GUIAS/INTRODUCCI%C3%93N%20DEL%20DOCUMENTO.doc>
- ❖ Protocolo de actuación ante la fuga un paciente 20 /08/2007 (VISITADO 07-13-2007) Disponible en: URL: [http://www.gesma.org/pdf/Enfermeria/Enfermeria\\_en\\_salud\\_mental/Procolos\\_y\\_Procedimientos/protocolo\\_de\\_actuacion\\_ante\\_la\\_fuga\\_de\\_un\\_paciente.pdf](http://www.gesma.org/pdf/Enfermeria/Enfermeria_en_salud_mental/Procolos_y_Procedimientos/protocolo_de_actuacion_ante_la_fuga_de_un_paciente.pdf)
- ❖ Norma oficial mexicana nom-234-ssa1-2003, utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado (VISITADO 07-13-2007) <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/234ssa103.html>
- ❖ Cook J.S. y Fontaine, K.L. (1990): *Enfermería Psiquiátrica*. Editorial Interamericana MacGraw-Hill. Madrid.
- ❖ Enfermedad mental - Wikipedia, la enciclopedia libre (VISITADO 07-13-2007) Disponible en: URL: [http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad\\_mental](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_mental)
- ❖ Experiencias en Vigilancia de Eventos Adversos Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E. Disponible en url: [www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15384DocumentNo2571.pdf](http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15384DocumentNo2571.pdf).
- ❖ Estadísticas Clínica Monserrat año 2006
- ❖ Confederación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos en Enfermería de Chile. disponible en URL: <http://conafutech.cl/afiliados.htm>
- ❖ Muere ahogado en un pozo un interno del Psiquiátrico de Mérida que se fugó. disponible en URL: [http://www.hoy.es/prensa/20070505/regional/muere-ahogado-pozo-interno\\_20070505.html](http://www.hoy.es/prensa/20070505/regional/muere-ahogado-pozo-interno_20070505.html)
- ❖ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales / edición de Juan José López-Ibor Aliño y Manuel Valdés Miyar; traducción de Joan Masana Ronquillo. [et al.]. Barcelona, España. Masson, 2003.
- ❖ Síndrome de Abstinencia. José Félix Martínez López/ Antonio Martín Páez / Margarita Valero Sánchez / Miguel Salguero. HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Málaga. 2000. Disponible en: URL:
- ❖ PHILIP, Solomón. Manual de Psiquiatría. En: Manual Moderno S.A., México D.F. 1992. Pág. 357. Citado por: MORA IZQUIERDO, Ricardo. La Hospitalización en Psiquiatría desde el punto de vista jurídico. En: Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal de Colombia. Año 2. Vol. 1, No 2. Bogotá. Dic. 1977; p 19 – 20.

- ❖ Protocolo de Contención (VISITADO 10-13-2007) Disponible en: URL: [www.dep7.san.gva.es/CarteraEspecialidades/reglamentos/PSIQUIATRÍA/Protocolo%20de%20contención.pdf](http://www.dep7.san.gva.es/CarteraEspecialidades/reglamentos/PSIQUIATRÍA/Protocolo%20de%20contención.pdf)
- ❖ Protocolo de Contención (VISITADO 12-12-2007) Disponible en: URL: [www.gesma.org/.../Enfermeria\\_en\\_salud\\_mental/Procolos\\_y\\_Procedimientos/Protocolo de contencion Mecanica.pdf](http://www.gesma.org/.../Enfermeria_en_salud_mental/Procolos_y_Procedimientos/Protocolo_de_contencion_Mecanica.pdf)
- ❖ INTRODUCCIÓN AL RUIDO. (VISITADO 12-12-2007) Disponible en: URL: <http://server-die.alc.upv.es/asignaturas/LSED/2003-04/0.CAR/introduccion%20al%20ruido.html>
- ❖ Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pag. 606
- ❖ Psicopatológica Clínica El Síntoma en las neurociencias. Jorge Téllez – Vargas, Luis Carlos Taborda, Cecilia Burgos de Taborda. Nuevo melino Editores. Segunda Edición. 2003
- ❖ Protocolo de actuación ante la fuga un paciente 20 /08/2007 (VISITADO 07-13-2007) Disponible en: URL: [http://www.gesma.org/pdf/Enfermeria/Enfermeria\\_en\\_salud\\_mental/Procolos\\_y\\_Procedimientos/protocolo de actuacion ante la fuga de un paciente.pdf](http://www.gesma.org/pdf/Enfermeria/Enfermeria_en_salud_mental/Procolos_y_Procedimientos/protocolo_de_actuacion_ante_la_fuga_de_un_paciente.pdf)
- ❖ Concepto Salud y Enfermedad 20 /08/2007 (VISITADO 07-13-2007) Disponible en: URL: [http://viref.udea.edu.co/contenido/apuntes/gusramon/activ\\_salud/02-salud-enfermedad.pdf](http://viref.udea.edu.co/contenido/apuntes/gusramon/activ_salud/02-salud-enfermedad.pdf).
- ❖ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales / edición de Juan José López-Ibor Aliño y Manuel Valdés Miyar; traducción de Joan Masana Ronquillo. [et al.]. Barcelona, España. Masson, 2003.
- ❖ LEVI, L. **Stress in industry: Causes, effects and prevention.** Geneva, OIT, Occup. Safety and Health Series n° 51, 1984
- ❖ SELYE, H. **The stress concept: past, present and future, en COOPER, C.L., tress research: issues for the eighties** Chichester, Ed. John Wiley & sons, 986
- ❖ Revista de Psiquiatría 20/08/2007 (VISITADO 07-13-2007) Disponible en: URL: <http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/182514Anexo5.pdf>.
- ❖ Artículo el profesional de enfermería en la atención de urgencias psiquiátricas, Silvia Orrego S.
- ❖ Artículo aspectos éticos-legales de las urgencias psiquiátricas, Moran Sanches-Barea Espin.

## ANEXO 1

### FICHA DESCRIPTIVA

**CODIGO: 01**

**DOCUMENTO:**

**TITULO:** Psiquiatría legal

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** Aspectos ético-legales de las urgencias psiquiátricas

**AUTOR:** Morán Sánchez I; Barea Espín J; de Concepción Salesa MA; Robles Sánchez F. Hospital Psiquiátrico Román Alberca. El Palmar (Murcia).

**EDITORIAL:** INTERPSIQUIS. 2007; (2007)

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria\\_legal/28862/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/28862/)

**RESUMEN:**

- Los límites del quehacer médico, más aún en la psiquiatría, son muchas veces imprecisos moviéndose en las fronteras entre la bioética, el derecho y la psiquiatría.
- Según Kant “Todo médico es un ser humano, al menos por ahora, en cuanto tal, ostenta y posee cuatro tipos de sentimientos necesarios para la vida: Sentimiento moral, conciencia moral, amor al prójimo y amor a sí mismo”
- Principios éticos que entran en conflicto en la práctica de la psiquiatría a diario en temas como el consentimiento informado, la confidencialidad y sobre todo el internamiento involuntario sea civil o penal.
- **Internamiento involuntario:** internamiento voluntario o contra de la voluntad de las personas que no pueden decidirlo por sí mismas debido a un trastorno psíquico
  - **El artículo 763 de la nueva Ley de enjuiciamiento civil de 2000 regula el internamiento voluntario en nuestro país. Dice textualmente:**  
*”El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento”*
- **Traslado involuntario.** Según el “Informe sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España” (1991): la entrada en el domicilio del presunto enfermo mental, sin su conocimiento, exige de la autorización previa del Juez, salvo los casos de estado de necesidad. La intervención se llevará cabo como norma general por los Dispositivos sanitarios generales (Servicios de urgencias) y cuando sea necesario recabando la ayuda de las Fuerzas de Seguridad. Ley Orgánica de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad (L 2/1986).
- **Internamiento voluntario** En este caso se supone que el paciente tiene capacidad para tomar la decisión. No hay que olvidar que si hubiera presiones, engaño o error los responsables del ingreso podrían incurrir en un delito según el artículo 163 del Código Penal

La aceptación voluntaria del ingreso y, consecuentemente, de las medidas terapéuticas y de las normas de la unidad debería hacerse por escrito

(Documento que no exime de la necesidad de información sobre los tratamientos que se consideren necesarios ni del consentimiento informado en cada una de las intervenciones terapéuticas)

Son excepciones ya que afectan a los derechos fundamentales recogidos en la Constitución:

-Derecho a la libertad: “Toda persona tiene derecho a la libertad... Nadie puede ser privado de su libertad, sino... en los casos y en la forma previstos por la ley” (art.17.1)

-Derecho a la integridad física: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes...” (art.15)

- Derecho a la intimidad corporal: “Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen” (art. 18.1)

- **Notificaciones judiciales** Hay que notificar de forma urgente las medidas de internamiento y tratamiento involuntario. Hay que cumplir los plazos estipulados por la ley (menos de 24 horas), por lo que habitualmente se realiza por fax. En el internamiento involuntario hay que notificar el momento del ingreso y también las siguientes circunstancias:
  - Cuando se produzca el alta médica
  - Si una hospitalización voluntaria pasa a involuntaria
  - Si se fuga del centro
  - Si retorna tras la fuga
  - Si se traslada a otro centro
  - Si se produjera una muerte
  - Si la familia pide el alta

## ANEXO 2

### FICHA ANALITICA

**CODIGO: 01**

**DOCUMENTO:**

**TITULO:** Psiquiatría legal

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** Aspectos ético-legales de las urgencias psiquiátricas

**AUTOR:** Morán Sánchez I; Barea Espín J; de Concepción Salesa MA; Robles Sánchez F. Hospital Psiquiátrico Román Alberca. El Palmar (Murcia).

**EDITORIAL:** INTERPSIQUIS. 2007; (2007)

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria\\_legal/28862/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/28862/)

**ANALISIS:**

Refiere los aspectos ético legales con relación a los tipos de hospitalización: voluntaria – involuntaria y del traslado involuntario y los define. Estipula los requisitos legales en caso de fuga. Sin embargo, NO refiere asociación entre los tipos de hospitalización y las fugas de los pacientes. Las normas se establecen a la luz de los derechos fundamentales, recogidos en la Constitución Nacional.

### **ANEXO 3**

#### **FICHA DESCRIPTIVA**

**CODIGO:** 02

**DOCUMENTO:**

**TITULO:** Psiquiatría legal

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** Internamientos no voluntarios en el hospital general

**AUTOR:** M<sup>a</sup> José Andrés\*, Luis Donaire\*, Carmen Juárez\*, Mercedes Hernández\*, José Luis de Miguel\* y Juan A. Guisado\*\*. \*Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. \*\*Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura. Badajoz.

**EDITORIAL:** INTERPSIQUIS. 2002; 6(2)

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria\\_legal/28862/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/28862/)

**RESUMEN:**

Actualmente, en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales, se realizan ingresos en contra de la voluntad de los pacientes. Nuestro objetivo es determinar las características de estos enfermos y aclarar cuáles son las condiciones que nos permiten, de acuerdo con las leyes establecidas, realizar este tipo de internamientos. Material y Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de seis meses de duración (203 casos), donde se recogen datos de todos los ingresos involuntarios que se produjeron en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Madrid. Se analizaron los datos sociodemográficos, clínicos, estancia media y las diferencias en el perfil psicopatológico según el sexo. Resultados: Destaca el predominio de varones, solteros con antecedentes psiquiátricos, siendo el motivo de consulta más frecuente las alteraciones de conducta. El trastorno psicótico es el diagnóstico más habitual y el tratamiento más frecuente que recibieron fue con neurolépticos seguido de ansiolíticos. Los hombres tenían más antecedentes personales psiquiátricos, fueron más agresivos al ingreso, recibieron con mayor frecuencia tratamiento con neurolépticos y fueron diagnosticados más de trastornos de la personalidad en relación al sexo femenino. Las mujeres presentaron una edad media mayor, con más sintomatología delirante, mejor conciencia de enfermedad, recibieron en mayor número tratamiento con estabilizadores del ánimo y fueron diagnosticadas más de trastornos afectivos que los hombres. Con el ingreso involuntario se observa que la psicopatología del paciente mejora considerablemente aunque persiste al alta cierto grado de clínica característica de cuadros psiquiátricos crónicos. Conclusiones: En el momento de decidir el ingreso de un paciente sin su consentimiento es necesario un análisis detallado del caso y determinar si se adapta a la normativa establecida en nuestro país. El ingreso involuntario es un procedimiento que está justificado en la mayoría de los cuadros en los que se solicita. El ingreso psiquiátrico provoca una sustancial mejoría del cuadro psicopatológico (a nivel de agresividad, síntomas psicóticos, ideación auto lítica y conciencia de enfermedad).

#### **ANEXO 4**

#### **FICHA ANALITICA**

**CODIGO: 02**

**DOCUMENTO:**



**TITULO:** Psiquiatría legal

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** Internamientos no voluntarios en el hospital general

**AUTOR:** M<sup>a</sup> José Andrés\*, Luis Donaire\*, Carmen Juárez\*, Mercedes Hernández\*, José Luis de Miguel\* y Juan A. Guisado\*\*. \*Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. \*\*Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura. Badajoz.

**EDITORIAL:** INTERPSIQUIS. 2002; 6(2)

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria\\_legal/28862/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/28862/)

**ANALISIS:**

Hace referencia a las características de los pacientes que ingresan involuntarias: varones, solteros, con antecedentes psiquiátricos y alteraciones de la conducta agresiva con trastorno psicótico y tratamiento neuroléptico y ansiolíticos.

Delirantes, mejor conciencia de enfermedad mental, tratamiento estabilizadores del ánimo con diagnóstico trastornos afectivos.

Concluye que la hospitalización involuntaria mejora la psicopatología del paciente, tiene que decidirse después de un análisis detallado de cada caso y se debe realizar sin normatividad de cada país.

NO establece asociación entre el tipo de hospitalización y la fuga de pacientes.

## **ANEXO 5**

### **FICHA DESCRIPTIVA**

**CODIGO: 03**

**DOCUMENTO:**

**TITULO:** Psiquiatría legal

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** hospitalización contra la voluntad en primeros episodios psicóticos: factores asociados

**AUTOR:** J. L. Figuerido-Poulain, J.A. Figuerido-Santurtún, M. Gutiérrez, J.R. Peciña, B. Lalaguna, E. Elizagarate, A. González-Pinto Hospital Santiago Apóstol. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Vitoria

**EDITORIAL:**

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria\\_legal/1253/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/1253/)

**RESUMEN:**

Los trastornos psicóticos, en sus distintas formas pueden engendrar un número variable de modificaciones del comportamiento, trastornos del humor y del carácter, así como un defecto de adaptación a las condiciones sociales que son origen de las actuaciones médico legales. Una de las situaciones más frecuentes con las que se enfrentan los psiquiatras es la evaluación urgente de trastornos psicóticos, entidades que habitualmente son susceptibles en alguna de sus fases de ser abordadas terapéuticamente mediante ingreso involuntario.

La finalidad del presente estudio es determinar las características y analizar los factores asociados a los ingresos involuntarios, en una muestra de pacientes hospitalizados por padecer un primer episodio psicótico no debido a enfermedad médica.

Los pacientes considerados gravemente enfermos, o potencialmente agresivos, son a menudo hospitalizados de modo involuntario, y considerados susceptibles de recibir tratamiento de modo coercitivo, determinado, entre otros elementos, por la severidad del trastorno, ocupación de camas y personal disponible. Este ingreso como ya hemos señalado, puede tener serias repercusiones no sólo sobre el futuro personal del paciente sino también sobre el milieu del hospital, lo que nos debe hacer pensar siempre en elegir el método lo menos restrictivo posible.

1º-Existe una alta proporción de ingresos involuntarios en pacientes con primer episodio psicótico.

2º.- La involuntariedad de ingreso está en estrecha relación con la psicopatología, concretamente con la gravedad de los síntomas positivos.

3º.- Nuestros datos plantean la necesidad de protocolizar la valoración de la competencia en los pacientes que ingresan involuntariamente.

**ANEXO 6**  
**FICHA ANALITICA**

**CODIGO: 03**

**DOCUMENTO:**

**TITULO:** Psiquiatría legal

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** hospitalización contra la voluntad en primeros episodios psicóticos: factores asociados

**AUTOR:** J. L. Figuerido-Poulain, J.A. Figuerido-Santurtún, M. Gutiérrez, J.R. Peciña, B. Lalaguna, E. Elizagarate, A. González-Pinto Hospital Santiago Apóstol. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.Vitoria

**EDITORIAL:**

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria\\_legal/1253/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/1253/)

**ANALISIS:**

Estudio que determina las características y factores asociados a las hospitalizaciones involuntarias en pacientes con un primer episodio psicótico.

Teniendo como resultados que la frecuencia de los tipos de episodio psicótico según los criterios DSM-IV tiene un predominio tanto en el ingreso como a los 6 meses del trastorno bipolar episodio maníaco único y del Trastorno esquizofreniforme. La sustancia más consumida fue el cannabis y dependencia a nicotina. Respecto a la voluntariedad del ingreso se obtuvo que la gran mayoría de pacientes que ingresaron de modo involuntario. En todos los casos fue a través del servicio de urgencias, mediante autorización judicial de ingreso involuntario previa, o tras la hospitalización tratados con antipsicóticos.

Concluyendo, La involuntariedad de ingreso está en estrecha relación con la psicopatología, concretamente con la gravedad de los síntomas positivos.

NO establece asociación entre el tipo de hospitalización y la fuga de pacientes.

## ANEXO 7

### FICHA DESCRIPTIVA

**CODIGO: 04**

**DOCUMENTO:** Revista de Enfermería

**TÍTULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** El profesional de enfermería en la atención de urgencias psiquiátricas.

**AUTOR:** Silvia Orrego Sierra

**EDITORIAL:** Marzo 1995

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** <http://tone.udea.edu.co/revista/mar95/Profesional.htm>

**RESUMEN:**

*Revisión bibliográfica sobre las situaciones de salud que con mayor frecuencia se atienden en la modalidad de urgencias psiquiátricas suicida y paciente con crisis de ansiedad o <sup>3</sup>/<sub>4</sub> paciente violento, paciente potencialmente ataques de pánico en estos casos.<sup>3</sup>/<sub>4</sub>, que oriente la aplicación del proceso de enfermería*

*La atención de dichos pacientes se hace no sólo en los hospitales especializados, sino que por su carácter de urgentes, su primera consulta se hace en unidades generales en las cuales es más difícil su tratamiento, tanto por las condiciones físicas de los servicios como por la no existencia del personal preparado en el manejo de dichos eventos.*

Con el fin de tomar decisiones que permitan hacer frente en forma efectiva a los diferentes tipos de urgencias psiquiátricas, el profesional de enfermería necesita habilidad para realizar una valoración rápida del paciente y la familia, valoración que incluye el examen mental. Al hacer las evaluaciones de urgencia es mejor adoptar una actitud conservadora, con el objetivo de descubrir cualquier trastorno orgánico potencial o trastorno psiquiátrico mayor. Además, la enfermera debe tomar en serio cualesquiera amenaza, gesto o intento suicida y homicida, incluso si a primera vista el paciente parece querer manipular a los demás.

Las urgencias psiquiátricas más comunes son el paciente violento, el paciente suicida, el paciente con trastorno de personalidad que busca la hospitalización como medio para obtener cuidado y el paciente con síndrome mental orgánico agudo (intoxicaciones, traumas de cráneo, entre otros).

***Aspectos generales de la evaluación inicial*** La evaluación debe incluir la entrevista al paciente y la familia, un examen completo del estado mental, el examen físico y neurológico y las pruebas de laboratorios relevantes.

***El paciente que genera temor (violento)*** La conducta violenta es primordialmente resultado de un estado psicótico, una enfermedad orgánica o un estado depresivo. También puede ser una forma de vida (estilo de vida en que las acciones tienden a ser impulsivas y no adaptadas a la realidad).

Los indicios más ciertos de la conducta violenta son: 1) el aumento de la actividad psicomotriz y la rápida expansión del espacio corporal, que comunica la necesidad de distancia, 2) la intensidad del afecto, 3) la expresión de ideas ilusorias, en especial de ideas relacionadas con amenazas, 4) las alucinaciones amenazantes, nuevas, de naturaleza exigente y que suponen una grave alteración y 5) una historia anterior de conductas violentas en situación de estrés.

*El paciente que genera culpa y rechazo (deprimido con intento de suicidio)* La depresión figura entre las alteraciones psiquiátricas más comunes evaluadas en las salas de urgencias. Cuando un paciente deprimido experimenta también impulsos suicidas, puede producirse una crisis que ponga en peligro su vida y la estabilidad emocional de su familia y del equipo de salud que la atiende. El personal sanitario debe ser capaz de distinguir la depresión de la tristeza normal, de la respuesta a la pérdida, de la decepción y de la respuesta a la enfermedad crónica. La distinción es importante porque permite la orientación en el tratamiento, que de no ser específico, se asociaría a una significativa morbimortalidad y harían el proceso recurrente.

La ansiedad puede definirse como una reacción emocional frente a un estímulo indefinido o inespecífico, con manifestaciones en los diferentes niveles de respuesta de la persona.

## **ANEXO 7**

### **FICHA ANALITICA**

**CODIGO: 04**

**DOCUMENTO:** Revista de Enfermería

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** El profesional de enfermería en la atención de urgencias psiquiátricas.

**AUTOR:** Silvia Orrego Sierra

**EDITORIAL:** Marzo 1995

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** <http://tone.udea.edu.co/revista/mar95/Profesional.htm>

**ANALISIS:**

<b>FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE FUGA</b>	<b>NORMAS Y LEYES</b>	<b>OTROS</b>
<p>El paciente sometido a hospitalización involuntaria que se escapa del hospital, será dado de alta y se dará aviso a su familia y a los órganos judiciales y de policía que sea necesario.</p>	<p>La ley colombiana considera las hospitalizaciones involuntarias en psiquiatría como una infracción grave a la libertad del individuo. Estas hospitalizaciones deben ser autorizadas por la autoridad local de policía previo el dictamen de peritos oficiales, preferiblemente psiquiatras forenses.</p> <p>Los pacientes y allegados de un enfermo mental cuyo comportamiento implique peligro de causar daño a sí mismo o a los demás, deberán dar cuenta de ello a las autoridades policiales, obligación que se hace extensiva a cualquier persona que tenga conocimiento del hecho.</p>	<p>Una vez el médico tratante haya tomado la decisión de internar al paciente, deberá hacer la orden escrita y conseguir a autorización del paciente o sus familiares o representante legal, avaladas con las correspondientes firmas.</p> <p>En cuanto al alta del usuario es importante tener en cuenta que los pacientes mayores de edad pueden solicitar el alta médica, salvo los casos en los cuales la hospitalización ha sido forzada. Cuando el paciente solicita el alta "sin el visto bueno del médico", deberá dejar expresa su voluntad por escrito con el respaldo de su firma.</p>

**ANEXO 8**

**FICHA DESCRIPTIVA**

**CODIGO: 05**

**DOCUMENTO:** Revista de bioética

**TÍTULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** "Los derechos de los pacientes no son un derecho subjetivo más, la salud es una referencia directa y extensa a los *derechos* Alfredo Jorge Kraut.

**AUTOR:** Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1997

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** [http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografica\\_xiii.htm](http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografica_xiii.htm)

**RESUMEN:**

No deja de lado los aspectos judiciales y procesales que deberían garantizar el respeto por los derechos de estos pacientes en particular: sometidos voluntaria y, en muchos casos, involuntariamente a tratamientos con internación o limitaciones a su libertad ambulatoria. No pierde de vista -jurista al fin- el análisis del daño y el riesgo que estas afecciones entrañan. Daño al paciente, daño a terceros.

El tratamiento solvente y exhaustivo, único -hasta donde tengo conocimiento- en la doctrina jurídica argentina, de la situación de los enfermos mentales, de la situación manicomio y sus posibles alternativas pone de manifiesto el profundo y seguramente prolongado estudio previo de la cuestión, el aporte de datos concretos revelan la abundancia de experiencias tenidas en cuenta por el autor al elaborar y fijar su posición.

Después de la lectura de esta obra no dejan de asombrarnos ausencias normativas en tan delicado y sensible punto como lo es la salud mental: falta de definición de la enfermedad mental (en una amplia gradación), de criterios objetivos para la internación involuntaria, de pasos que garanticen el "debido proceso" en las causas en que se sustancian las órdenes de reclusión de enfermos mentales, ni se prevé la posibilidad de resistir la internación, que pocas veces está sometida a un efectivo control jurisdiccional. Estos son algunos de los puntos que nos impiden sentir que vivimos en un *estado de derecho* real y cierto; cabe preguntarnos ¿es que los *derechos humanos* son sólo reconocidos para algunas personas?, o peor aún ¿los individuos afectados mentalmente no son personas para la protección de la ley?

Concluye no sólo con las críticas que el lector puede prever, sino con recomendaciones concretas y dejándonos la posibilidad y el estímulo para elaborar una reflexión propia: el *orden público económico de protección* -al que alude el prestigioso prologuista- no puede perder de vista la solidaridad como componente ineludible. Coincidiendo con Mosset Iturraspe, "eficiencia con justicia, lucro con equidad, crecimiento con solidaridad" (pág. 21). No quedan dudas -si a esta altura aún podían albergarse- del alto grado de compromiso académico y personal de Alfredo Kraut con una temática que, por lo menos, ha siempre asustado a muchos de nosotros, sus colegas.



Formalmente, con prolijidad y agilidad, poco frecuentes, deja fundado -con abundante y calificada apoyatura bibliográfica, criterios y originalmente interpretada y aplicada a la especie- su encuadre, el que seguramente será fuente doctrinaria obligada de ahora en más. Y, el apéndice anexo con las normativas pertinentes, constituye un aporte informativo que quienes trabajen en el tema agradecerán ante la, hasta ahora, dispersión y difícil ubicación de las mismas.

## **ANEXO 9**

### **FICHA ANALITICA**

**CODIGO: 05**

**DOCUMENTO: Revista de bioética**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** *"Los derechos de los pacientes no son un derecho subjetivo más, la salud es una referencia directa y extensa a los derechos"* Alfredo Jorge Kraut.

**AUTOR:** Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1997

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** [http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografica\\_xiii.htm](http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografica_xiii.htm)

**ANALISIS:**

Este artículo es importante para nuestra investigación ya que habla acerca de la hospitalización involuntaria, de la falta de criterios objetivos y pasos que garanticen el debido proceso en este tipo de internación, y que además no se prevé la posibilidad de resistir la internación, que pocas veces está sometida a un efectivo control jurisdiccional.

No deja de lado los aspectos judiciales y procesales que deberían garantizar el respeto por los derechos de estos pacientes en particular: sometidos voluntaria y, en muchos casos, involuntariamente a tratamientos con internación o limitaciones a su libertad ambulatoria. No pierde de vista -jurista al fin- el análisis del daño y el riesgo que estas afecciones entrañan. Daño al paciente, daño a terceros.

También desnuda el tratamiento mercantil en el que la atención asistencial ha caído provocando la crisis de la relación médico-paciente; dificultando así una buena contención verbal a los pacientes, siendo este un factor externo importante para la fuga.

No refiere la asociación directa entre la relación médico paciente y la fuga de pacientes.

## **ANEXO 10**

### **FICHA DESCRIPTIVA**

**CODIGO: 06**

**DOCUMENTO: Protocolo**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROTOCOLO ACTUACIÓN ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE**

**AUTOR:** *Complex Hospitalari de Mallorca / 2005*

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:**

[www.gesma.org/.../Procolos\\_y\\_Procedimientos/protocolo de actuacion ante la fuga de un paciente.pdf](http://www.gesma.org/.../Procolos_y_Procedimientos/protocolo_de_actuacion_ante_la_fuga_de_un_paciente.pdf)

**RESUMEN:**

La fuga se considera que un paciente se ha fugado cuando no va y /o no regresa a o de las actividades que tenía previstas (comidas, pernocta, actividades de rehabilitación, actividades lúdicas, permisos, etc.)

Teniendo como objetivo favorecer la seguridad del paciente cuando sale del centro sin permiso, manteniendo informada a la familia y transmitir la información entre los miembros del equipo.

Dentro de este protocolo se describe cada actuación ante la fuga de un paciente psiquiátrico.

## **ANEXO 10**

### **FICHA ANALITICA**

**CODIGO: 06**

**DOCUMENTO: Protocolo**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROTOCOLO ACTUACIÓN ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE**

**AUTOR:** *Complex Hospitalari de Mallorca / 2005*

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:**

[www.gesma.org/.../Procolos\\_y\\_Procedimientos/protocolo de actuacion ante la fuga de un paciente.pdf](http://www.gesma.org/.../Procolos_y_Procedimientos/protocolo_de_actuacion_ante_la_fuga_de_un_paciente.pdf)

**ANALISIS:**

Se considera que un paciente se ha fugado cuando no va y /o no regresa a o de las actividades que tenía previstas (comidas, pernocta, actividades de rehabilitación, actividades lúdicas, permisos, etc.)

Refiere los procedimientos a seguir en el hospital de Mallorca según el protocolo de fuga de pacientes.

Nos nombra las personas responsables del mismo, la definición de fuga, las actuaciones al detectarse la fuga y lo que se debe hacer al reingreso del paciente.

## **ANEXO 11**

### **FICHA DESCRIPTIVA**

**CODIGO: 07**

**DOCUMENTO: Tesis**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** Hospitalización involuntaria de pacientes con trastorno mental [Recurso electrónico]

**AUTOR:** / Erika Malitza Cure Vergara; Rafel Ernesto Jiménez Rodríguez

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** [www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere5/TESIS55.pdf](http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere5/TESIS55.pdf)

**RESUMEN:**

Cada vez es mayor la injerencia del Derecho en aspectos que informan a la Medicina y en especial a la Psiquiatría, entre los cuales, de manera enunciativa, se encuentran la confidencialidad, el consentimiento informado, la hospitalización voluntaria, y la hospitalización involuntaria de pacientes con trastorno mental. Lo anterior encuentra explicación en el hecho de que tanto el Derecho, como la Psiquiatría, tienen como objeto de estudio la conducta humana: el primero, hace énfasis en el control social; mientras que la segunda, en el aspecto intrapersonal.

La diferencia entre una hospitalización voluntaria y una que no lo es, radica básicamente en que, en el caso de la primera, la persona decide por iniciativa propia acudir al lugar donde obtendrá el tratamiento indicado, ya que goza de plena capacidad y autonomía; el paciente asiente no solo el procedimiento, sino la hospitalización en sí a través de la firma de un contrato. Para poder ser admitido, debe tener una orden, generalmente escrita, del médico que lo ha venido tratando; mientras que en el caso de la hospitalización involuntaria, la capacidad del paciente para la toma de decisiones, está en tela de juicio por lo que debe procederse sin o contra su voluntad.

La polémica que genera el internamiento involuntario de un paciente con trastorno mental, gira básicamente en torno a aquel que ha sido considerado por nuestro ordenamiento jurídico, no solo como un bien objeto de protección, sino como un derecho fundamental de carácter constitucional, como es la libertad individual.

Otro problema en relación con el tema, se suscita cuando se trata de determinar que derecho debe prevalecer a la hora de decidir si debe tener lugar o no una hospitalización involuntaria pues, de un lado está ese derecho a la libertad y, del otro, el interés general en cabeza de la comunidad.

Respecto a esto, Solomón, recoge la problemática en estudio, bajo los siguientes términos: “La admisión voluntaria a un hospital psiquiátrico es semejante en cuanto al procedimiento y las consecuencias legales a la admisión a cualquier otro hospital. La admisión involuntaria (internamiento) es una infracción grave a las libertades del paciente y no deberá ser llevada a cabo a la ligera o sin consideración de los enfoques alternativos. El conflicto en el internamiento involuntario en un hospital psiquiátrico radica en la pugna entre derechos y deberes rivales: protección de la comunidad del

daño a manos de un enfermo mental, protección del individuo del daño que se pueda infligir a sí mismo y el derecho de todo individuo de llevar y conducir sus propios asuntos sin interferencia. La comunidad tiene derecho a protegerse y a proteger al individuo de su propia enfermedad. Los individuos que protestan su internamiento por lo general no consideran que estén enfermos y que representan una amenaza a la comunidad o a ellos mismos. La evaluación de estos tópicos constituye el punto crucial de una decisión de internamiento. Puesto que los riesgos son elevados, es importante que la evaluación sea hecha cuidadosamente”.

Desde el punto de vista legal, ético y psiquiátrico se plantea un cuestionamiento que genera gran controversia cual es el derecho que tiene el paciente a negarse a recibir tratamiento. En la mayoría de los casos el criterio empleado para medir el margen de utilización de este derecho estriba en el concepto de “peligrosidad” que por demás resulta muy ambiguo y no ha sido lo suficientemente desarrollado ni siquiera en el derecho comparado.

Tradicionalmente, se ha creído, que una persona que padece un trastorno mental, puede representar un potencial peligro para la comunidad, ante la imposibilidad de gobernarse por sí misma, hasta el punto que puede llegar a ser internada aún sin su voluntad o contra ella.

Lo cierto es que una persona que tiene un trastorno mental antes que nada es un enfermo y su internamiento como consecuencia de una decisión médica por razones de peligrosidad personal y colectiva, sin que haya mediado un delito, no es considerada inconstitucional, siempre que el afectado con tal medida no tenga la capacidad que se requiere para dar en forma libre y consciente su consentimiento.

Además de los problemas legales que llevan implícita la hospitalización involuntaria, la decisión de internar o no a un enfermo mental envuelve inconvenientes de carácter ético. El psiquiatra debe tener en cuenta además de los elementos estrictamente médicos, criterios de tipo social, tales como el trauma que dicha decisión podría generar en la familia y en general al interior del grupo social en el que se desenvuelve.

Otro inconveniente, radica en el hecho de llevar a cabo la hospitalización de pacientes voluntarios e involuntarios bajo el mismo techo, ya que esto complica la concreción de normas, disposiciones y estándares éticos.

Una de las diferencias importantes entre el psiquiatra y el abogado radica en sus respectivas actitudes frente al ingreso de un enfermo mental a un hospital. El psiquiatra principalmente vela por el derecho a la salud y a la vida; mientras que el abogado pugna porque se respete la libertad, dignidad y la autonomía, de ahí la necesidad de contar en lo posible con el consentimiento del paciente y, en su defecto, de su representante legal, y con una muy bien estructurada historia clínica. Los

médicos ven los procedimientos legales, como obstáculos para la admisión y es por esta razón que en más de una ocasión se han visto envueltos en problemas legales por falta de justificación de su actuación.

**ANEXO 12**  
**FICHA DESCRIPTIVA**

**CODIGO: 08**

**DOCUMENTO: Artículo**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** Responsabilidad civil y psiquiatría. 2º parte: responsabilidad en el diagnóstico, el tratamiento y las internaciones psiquiátricas

**AUTOR: Dra. Claudia Alejandra Verde**

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-5/tema-2.htm>

**RESUMEN:**

Hace referencia a la importancia de realizar un buen diagnóstico de las enfermedades mentales los posibles daños que se pueden presentar:( internación innecesaria, declaración de insania injusta, riesgos para la salud del paciente), y la responsabilidad civil frente a errores, tratamientos, pacientes peligrosos, y el alta de los mismos.

En cuanto a la fuga de pacientes dice que es un hecho que se puede producir en pacientes heteroagresivos que dará responsabilidad psiquiátrica, de la institución o de ambos y las medidas que se deben tomar frente a la misma.

Además habla acerca de los tipos de internación, teniendo en cuenta las leyes y tratados de la ONU.

## **ANEXO 13**

### **FICHA ANALITICA**



**CODIGO: 08**

**DOCUMENTO: Artículo**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** Responsabilidad civil y psiquiatría. 2º parte: responsabilidad en el diagnóstico, el tratamiento y las internaciones psiquiátricas

**AUTOR: Dra. Claudia Alejandra Verde**

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-5/tema-2.htm>

**ANALISIS:**

Hace referencia a la importancia de realizar un buen diagnóstico de las enfermedades mentales los posibles daños que se pueden presentar:( internación innecesaria, declaración de insania injusta, riesgos para la salud del paciente), y la responsabilidad civil frente a errores, tratamientos, pacientes peligrosos, y el alta de los mismos. Al tener un buen diagnóstico de la patología que presenta podemos hacer un plan de intervención adecuado para el paciente y así disminuir el riesgo de fuga que puede llegar a tener.

El riesgo de fuga es más alto en pacientes que presentan agresividad. En cuanto a la fuga de pacientes dice que es un hecho que se puede producirse en pacientes heteroagresivos, este es un factor de riesgo interno que debe saber tratar y contener a tiempo ya que la fuga de un paciente del centro hospitalario dará responsabilidad al personal sanitario y, a la institución, además nombre algunas medidas que se deben tomar frente al hecho.

Además habla acerca de los tipos de internación, teniendo en cuenta las leyes y tratados de la ONU.

## **ANEXO 14**

### **FICHA DESCRIPTIVA**

**CODIGO: 09**

**DOCUMENTO: Artículo**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO: CONDUCTAS TRANSGRESORAS EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA**

**AUTOR: C González Juárez\*, M<sup>a</sup> González Hidalgo\*\*, S Gonzalo Martínez\*\*\*, C de Gregorio González\*, J de León Hernández\*, C Mouriño Sánchez\*\*, J Sempere Pérez\*.**

*\* Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico José Germain.*

*\*\* MIR Psiquiatría. Instituto Psiquiátrico José Germain.*

*\*\*\* PIR. Instituto Psiquiátrico José Germain.*

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:**

[http://209.85.215.104/search?q=cache:AVJnrIjgsNAJ:www.dinarte.es/salud-mental/pdf12\\_1/orig01.pdf+CONDUCTAS+TRANSGRESORAS+EN+HOSPITALIZACION+PSIQUIATRI&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co&client=firefox-a](http://209.85.215.104/search?q=cache:AVJnrIjgsNAJ:www.dinarte.es/salud-mental/pdf12_1/orig01.pdf+CONDUCTAS+TRANSGRESORAS+EN+HOSPITALIZACION+PSIQUIATRI&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co&client=firefox-a)

**RESUMEN:**

**Objetivo:** conocer si en los últimos años se ha producido un aumento de las conductas transgresoras (por ejemplo, agresiones, fugas, consumo de tóxicos, etc), como motivo de la hospitalización y durante la misma, entre los pacientes internados en unidades psiquiátricas de agudos.

**Método:** estudio transversal con datos históricos de una serie de casos correspondientes a los ingresos producidos en la Unidad de Hospitalización Breve del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés en los periodos de tiempo comprendidos entre el 01.07.1990 y el 30.06.1991 y entre el 01.07.1996 y el 30.06.1997. Se compara la presencia de conductas transgresoras de normas entre los dos grupos de pacientes ingresados.

**Resultados:** los dos grupos son homogéneos en sus características, excepto por la mayor presencia de trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias en el grupo 96-97. En relación con las conductas transgresoras de normas, aparecen en el grupo 96-97 más casos de agresiones a otros pacientes o a otras personas, así como sospecha de mantener relaciones sexuales durante el ingreso. La conducta transgresora de normas se asocia con la juventud, la mayor duración del ingreso y el que éste haya sido motivado por conductas violentas; no se encuentra asociación con el sexo o el diagnóstico.

## **ANEXO 15**

### **FICHA ANALISIS**

**CODIGO: 09**

**DOCUMENTO: Artículo**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO: CONDUCTAS TRANSGRESORAS EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA**

**AUTOR: C González Juárez\*, M<sup>a</sup> González Hidalgo\*\*, S Gonzalo Martínez\*\*\*, C de Gregorio González\*, J de León Hernández\*, C Mouriño Sánchez\*\*, J Sempere Pérez\*.**

*\* Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico José Germain.*

*\*\* MIR Psiquiatría. Instituto Psiquiátrico José Germain.*

*\*\*\* PIR. Instituto Psiquiátrico José Germain.*

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:**

[http://209.85.215.104/search?q=cache:AVJnrIjgsNAJ:www.dinarte.es/salud-mental/pdf12\\_1/orig01.pdf+CONDUCTAS+TRANSGRESORAS+EN+HOSPITALIZACION+PSIQUIATRICA&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co&client=firefox-a](http://209.85.215.104/search?q=cache:AVJnrIjgsNAJ:www.dinarte.es/salud-mental/pdf12_1/orig01.pdf+CONDUCTAS+TRANSGRESORAS+EN+HOSPITALIZACION+PSIQUIATRICA&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co&client=firefox-a)

**ANALISIS:**

En este estudio trata de conocer en los últimos años como han aumentado las conductas trasgresoras de pacientes como motivo de hospitalización y durante las mismas entre los pacientes internados en las unidades psiquiátricas.

Refiere la asociación entre la fuga y el paciente violento y el tipo de diagnóstico que tenga. Como trastornos de personalidad y uso de sustancias los cuales son factores internos del paciente y que pueden llevar a aumentar el riesgo de fuga.

## **ANEXO 16**

### **FICHA DESCRIPTIVA**

**CODIGO: 10**

**DOCUMENTO: Resolución**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** Resolución 2358 DE 1998

**AUTOR:**

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:** [www.idsn.gov.co/resoluciones/98/RES023581998.htm](http://www.idsn.gov.co/resoluciones/98/RES023581998.htm) - 501

**RESUMEN:**

Este artículo nos habla sobre la salud mental de la población colombiana, la prevalencia de enfermedades mentales y como el medio y la cultura los pueden llevar a sufrir una de estas patologías.

En este artículo se puede ver como la población colombiana presenta enfermedades mentales que son factores de riesgo para la fuga de pacientes de centros psiquiátricos como la adicción a sustancias psicoactivas la esquizofrenia, trastorno de ansiedad, trastorno de pánico entre otras.

Además nombra el marco legal de la salud de los enfermos mentales, la constitución "señala que el estado protegerá en especial a las personas que por su situación mental o física se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta".

## **ANEXO 17**

### **FICHA DESCRIPTIVA**

**CODIGO: 11**

**DOCUMENTO:**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** El paciente agitado

**AUTOR:**

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:**

**RESUMEN:**

La agitación psicomotriz un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional.

Es común encontrar en las urgencias psiquiátricas un paciente agitado, la diferencia la marca el como abordamos esta situación, ya que consideramos una agitación como un trastorno de la conducta, con una actividad motora inadecuada donde además se ve involucrada la esfera emocional.

Muchas veces el paciente psiquiátrico acude por su propia voluntad tratando de encontrar una ayuda a un suceso desagradable que el mismo percibe frente a su agresividad.

## **ANEXO 18**

### **FICHA ANALITICA**

**CODIGO: 11**

**DOCUMENTO:**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** El paciente agitado

**AUTOR:**

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:**

**RESUMEN:**

Se resalta la importancia de un diagnóstico oportuno, además identificar cuáles son las características de este paciente y sus antecedentes, así como el enfoque que se le va a dar a su tratamiento según su necesidad.

Es importante además brindar un espacio cómodo y confortable donde el paciente experimente tranquilidad, la cual le va a favorecer en su recuperación, trabajando en conjunto con la atención de los profesionales los cuales deben brindar una atención integral, oportuna y lo más importante no demostrarles miedo, evaluado a su vez la asociación a este problema otras afectaciones psiquiátricas (esquizofrenia, trastornos delirantes, trastorno afectivo bipolar etc...). Es importante además diferenciar las características de los diferentes tipos de agitación (orgánica, psiquiátrica psicótica, psiquiátrica no psicótica, agitación mixta o por consumo).

## **ANEXO 19**

### **FICHA DESCRIPTIVA**

**CODIGO: 12**

**DOCUMENTO:**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** Responsabilidad en el diagnóstico, el tratamiento y las internaciones psiquiátricas

**AUTOR:**

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:**

**RESUMEN:**

La emisión de un diagnóstico constituye uno de los momentos fundamentales en el quehacer de un profesional, por lo que es preciso que éste utilice todos los medios a su alcance para arribar al mismo. La culpa podrá asentarse sobre un comportamiento inadecuado a determinadas exigencias y medios, demostrando la impericia, la negligencia de las evaluaciones o la imprudencia con la que se ha formulado el diagnóstico.

Los autores sostienen que no es una tarea simple analizar los síntomas y signos que puede presentar un enfermo mental y organizarlos para encuadrarlos en un diagnóstico psiquiátrico. Por ello se enfatiza la necesidad de realizar un estudio clínico que incluya un detallado examen somático, neurológico y psiquiátrico del paciente, todo lo cual debe consignarse en la Historia Clínica. Es conveniente asentar en la misma los pasos y estudios que se vayan realizando hasta arribar al diagnóstico definitivo, como así las situaciones que puedan condicionarlo, dificultarlo y aun impedirlo (por ejemplo la no cooperación del paciente o su familia, la aparición de nuevos síntomas, las dudas, los diagnósticos diferenciales que se tienen en cuenta, etcétera), para poder demostrar luego que el proceder del profesional fue correcto, suficiente y diligente.

Dada la variedad de teorías sobre la concepción de la enfermedad mental y su curación, se hace difícil establecer reglas válidas para delinear la conducta debida del profesional en oportunidad de diagnosticar. Pero en la actualidad los psiquiatras han buscado definir los criterios para arribar a diagnósticos precisos mediante sistemas descriptivos de consenso mayoritario, como el DSM-IV (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed.), de la Asociación Americana de Psiquiatría, y el ICD-10 (International Classification of Disorders), de la Organización Mundial de la Salud.

El error puede ser *excusable*. En el primero, el profesional empleó todos los medios adecuados en forma prudente y diligente para arribar al diagnóstico. En el error inexcusable no existe acreditada una razón válida para errar, ya que si se hubiera procedido diligentemente se debería haber llegado a un diagnóstico correcto.

En nuestro país no hay jurisprudencia conocida sobre el tema, pero en los EE.UU constituyen el 12% del total de las demandas, por lo general planteadas porque la equivocación en el juicio emitido provocó una falla en el tratamiento instituido o en la valoración de la peligrosidad del paciente. Se puede citar el fallo "Fanow vs. Jeath Services Corp." de 1979, donde se responsabilizó al psiquiatra por error en el diagnóstico.. no debemos olvidar que la libertad individual del paciente, que puede ser restringida por las leyes que reglamentan su ejercicio (art. 14 de la CN y art. 482 del CC), sólo lo será legítimamente si la internación no es arbitraria, carente de fundamento, desproporcionada y no implica el aniquilamiento del derecho. En otras palabras: la internación sólo es jurídicamente admisible si es el único medio que conduce al fin perseguido: mejorar, estabilizar o curar a un enfermo mental

## **ANEXO 20**

### **FICHA ANALITICA**

**CODIGO: 12**



**DOCUMENTO:**

**TITULO:**

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** Responsabilidad en el diagnóstico, el tratamiento y las internaciones psiquiátricas.

**AUTOR:**

**METODOLOGIA:** Descriptiva

**UBICACIÓN:**

**RESUMEN:**

Se refiere a la importancia que el médico debe poner a disposición del paciente todos los medios a su alcance (conocimientos, cuidados, habilidades) para lograr su curación o mejoría, lo que incluye un diagnóstico correcto y una terapéutica eficaz, desde el momento en que se inicia la relación hasta su extinción (por alta, mutuo acuerdo o fuerza mayor). Teniendo en cuenta que los tests psicológicos pueden objetivar un diagnóstico previamente efectuado, pero su utilización no es imprescindible ni sus resultados condicionantes o vinculantes.

Hace referencia además *Errores diagnósticos* los acarrear circunstancias dañosas que van desde un pronóstico o tratamiento inadecuados hasta internaciones innecesarias y declaraciones de insania injustas, o riesgos en la salud del paciente. Resaltan la importancia del tratamiento farmacológico y su adherencia para así lograr el resultado esperado; en caso que no se cumpla serio un factor predisponente para alguna afectación.

Se debe ser muy claro a la hora explicar el tratamiento a seguir informándoles previamente tanto a familiares como al paciente, lo cual podría venir acompañado de una hospitalización para brindarle un mejor manejo al problema que este presentado el paciente en esos momentos, cabe resaltar la importancia de la vigilancia a pacientes que presenten tendencias de auto y hetero agresión predisponiendo así a situaciones de tensión y si es el caso a la fuga del paciente de la institución.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
29 DE AGOSTO DE 2007

ENCUESTA

1. COMO DEFINE USTED RIESGO DE FUGA DE UN PACIENTE.

Cuando no hay conciencia de su enfermedad y presentan inconformidad con la hospitalización.

2. COMO IDENTIFICA EL RIESGO DE FUGA.

Por su diagnostico por su escasa conciencia, piden salida y se niegan al tratamiento y se fugan.

3. QUE FACTORES CREE USTED QUE AUMENTAN ESTE RIESGO.

4. QUE INTERVENCIONES REALIZA USTED A PACIENTES CON ESTE RIESGO.

Vigilancia, sedación por parte médico.

5. CONOCE USTED UN PROTOCOLO DE FUGA.

No.

6. LO APLICA. SI O NO Y PORQUE?

7. LE HAN HECHO ALGUN ENTRENAMIENTO EN RIESGO DE FUGA.

El entrenamiento es la práctica.

8. SE LE HA FUGADO ALGUNA VEZ UN PACIENTE Y COMO.

Si.

9. USTED SABE QUE CONSECUENCIAS HAY CUANDO UN PACIENTE SE FUGA.

Si problemas legales y riesgo de autoagresión en pacientes con intento suicida y riesgo de consumo en pacientes con problemas de adicción.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
29 DE AGOSTO DE 2007

ENCUESTA

1. COMO DEFINE USTED RIESGO DE FUGA DE UN PACIENTE.

La inconformidad de la hospitalización y la ansiedad por salir a consumir.

2. COMO IDENTIFICA EL RIESGO DE FUGA.

El paciente se observa, inquieto, refiere que se quiere ir, pide la salida.

3. QUE FACTORES CREE USTED QUE AUMENTAN ESTE RIESGO.

Ansiedad, no tienen conciencia de su enfermedad.

4. QUE INTERVENCIONES REALIZA USTED A PACIENTES CON ESTE RIESGO.

No dejarlos solos, mantenerlos ocupados en actividades, escucharlos no dejarlos solos.

5. CONOCE USTED UN PROTOCOLO DE FUGA.

Vigilar al paciente y avisar mediante el timbre o código.

6. LO APLICA. SI O NO Y PORQUE?

Sí, porque algunos pacientes comentan cuando se quieren ir los de más alto riesgo de fuga son los que consumen sustancias como marihuana, bazuco, etc.

7. LE HAN HECHO ALGUN ENTRENAMIENTO EN RIESGO DE FUGA.

Avisar al médico, cuando mantenerlo en un lugar cerrado y en actividades y estar vigilado.

8. SE LE HA FUGADO ALGUNA VEZ UN PACIENTE Y COMO.

Si, cuando ven que se encuentran solos se salen por la pared.

9. USTED SABE QUE CONSECUENCIAS HAY CUANDO UN PACIENTE SE FUGA.

Responsabilidad para la institución.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
29 DE AGOSTO DE 2007

ENCUESTA

1. COMO DEFINE USTED RIESGO DE FUGA DE UN PACIENTE.

Como aquella conducta o comportamiento de un paciente sugestivo de inconformidad con su estancia hospitalaria y tendiente a procurar una salida voluntaria forzosa.

2. COMO IDENTIFICA EL RIESGO DE FUGA.

Por el tipo de paciente, el diagnostico de su enfermedad la presencia o no de síntomas psicóticos, los rasgos de personalidad su conciencia o no de enfermedad entre otros.

3. QUE FACTORES CREE USTED QUE AUMENTAN ESTE RIESGO.

La escasa introspección y pobre conciencia de enfermedad favorecen el riesgo de fuga. La referencialidad con el personal y el delirio paranoide persecutorio.

4. QUE INTERVENCIONES REALIZA USTED A PACIENTES CON ESTE RIESGO.

Aumentar vigilancia del insumo en UCI, aumentar o ajustar sedación farmacológica y tratar el cuadro clínico de base.

5. CONOCE USTED UN PROTOCOLO DE FUGA.

No.

6. LO APLICA. SI O NO Y PORQUE?

7. LE HAN HECHO ALGUN ENTRENAMIENTO EN RIESGO DE FUGA.

La práctica diaria genera herramientas clínicas para poder determinar el riesgo de fuga de un paciente en particular.

8. SE LE HA FUGADO ALGUNA VEZ UN PACIENTE Y COMO.

Si, en la institución hemos tenido varios episodios de fuga.

9. USTED SABE QUE CONSECUENCIAS HAY CUANDO UN PACIENTE SE FUGA.

Si al paciente le ocurre algo su integridad física o contra otras personas, se puede generar problemas de tipo médico legal para la institución.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
29 DE AGOSTO DE 2007  
ENCUESTA

1. COMO DEFINE USTED RIESGO DE FUGA DE UN PACIENTE.

Paciente sin conciencia de enfermedad y sin tolerancia para un tratamiento para una mejoría previa de la sintomatología.

2. COMO IDENTIFICA EL RIESGO DE FUGA.

Se identifica por la no conciencia de enfermedad, por la abstinencia, por no estar conforme con su hospitalización.

3. QUE FACTORES CREE USTED QUE AUMENTAN ESTE RIESGO.

La inconformidad de los pacientes con sus médicos tratantes, los deseos de consumo en los pacientes adictos y la no capacidad de los pacientes para afrontar su problemática, aparte de esto los espacios que hay para poder salir de la institución que no tienen vigilancia y queda muy cerca de la calle.

4. QUE INTERVENCIONES REALIZA USTED A PACIENTES CON ESTE RIESGO.

Se da contención verbal y vigilancia, cuando intentan realizar la fuga se traslada a la UCI y si es necesario se dará contención física además de medicación ordenada por algún médico.

5. CONOCE USTED UN PROTOCOLO DE FUGA.

No.

6. LO APLICA. SI O NO Y PORQUE?

No, porque no he visto hasta el momento.

7. LE HAN HECHO ALGUN ENTRENAMIENTO EN RIESGO DE FUGA.

No.

8. SE LE HA FUGADO ALGUNA VEZ UN PACIENTE Y COMO.

No.

9. USTED SABE QUE CONSECUENCIAS HAY CUANDO UN PACIENTE SE FUGA.

Cuando el paciente tiene riesgo de auto o heteroagresión puede realizar algún acto indebido en la calle.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
29 DE AGOSTO DE 2007  
ENCUESTA

1. COMO DEFINE USTED RIESGO DE FUGA DE UN PACIENTE.

Probabilidad de que un paciente prescinda del apoyo terapéutico y farmacológico apartado en una institución de salud, casa o centro especializado..

2. COMO IDENTIFICA EL RIESGO DE FUGA.

Se calcula analizando factores como: intención o grado de enfermedad del paciente y política y condiciones de seguridad de una institución.

3. QUE FACTORES CREE USTED QUE AUMENTAN ESTE RIESGO.

No empatía con el paciente, maltrato al paciente, enfermedad desestructurante con la realidad y mala política o técnicas de seguridad institucionales.

4. QUE INTERVENCIONES REALIZA USTED A PACIENTES CON ESTE RIESGO.

Enfermedad permanente, cambio de servicio y contención farmacológica y/o psicoterapéutica.

5. CONOCE USTED UN PROTOCOLO DE FUGA.

Si

6. LO APLICA. SI O NO Y PORQUE?

Si.

7. LE HAN HECHO ALGUN ENTRENAMIENTO EN RIESGO DE FUGA.

Si.

8. SE LE HA FUGADO ALGUNA VEZ UN PACIENTE Y COMO.

Si. A las 7 pm de la noche por un sector vulnerable de la institución.

9. USTED SABE QUE CONSECUENCIAS HAY CUANDO UN PACIENTE SE FUGA.

Si.

ARTICULO (FECHA – PAÍS)	SEGÚN ENFERMEDADES MENTALES			
	ESQUIZOFRENIA// PSICOSIS//NEUROSIS	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	FÁRMACO - DEPENDIENTES	TRASTORNO DEL ESTRÉS
<b>Neurosis y Psicosis Psicopatologías. Características. Control emocional. Personalidad: desorganización. Reacciones psicótica. Trastornos orgánicos mentales. Depresión.</b>	<p>Neurosis son trastornos mentales que surgen de la ansiedad y cuyos síntomas interfieren la actividad normal, pero no la bloquean completamente. Los tipos de neurosis son: por ansiedad, somatoformes, disociativos y afectivos. Los trastornos sematoformes pueden presentarse con sordera, ceguera o imposibilidad para hablar.</p> <p>La psicosis la cual es catalogada como formas de enfermedades mentales muy intensas e incapacítate la cual tiene diferentes características de las cuales se deben evaluar marcada pérdida del control voluntario de pensamientos, emociones e impulsos entre otras.</p>			
Conductas transgresoras en hospitalización psiquiátrica. Madrid		Refiere la asociación entre la fuga y el paciente violento y el tipo de diagnostico que tenga .Como trastornos de personalidad y uso de sustancias los cuales son factores internos del paciente y que pueden llevar a aumentar el riesgo de fuga.		

ARTICULO (FECHA – PAÍS)	TIPOS DE HOSPITALIZACION	
	INVOLUNTARIA	VOLUNTARIA
ARTICULO Aspectos ético-legales de las urgencias psiquiátricas España 2007	NO refiere asociación entre los tipos de hospitalización y las fugas de los pacientes. Las normas se establecen a la luz de los derechos fundamentales, recogidos en la Constitución Nacional.	
<b>ESTUDIO Internamientos no voluntarios en el hospital general</b> Madrid 2002	Concluye que la hospitalización involuntaria mejora la psicopatología del paciente, tiene que decidirse después de un análisis detallado de cada caso y se debe realizar sin normatividad de cada país. NO establece asociación entre el tipo de hospitalización y la fuga de pacientes.	
ESTUDIO hospitalización contra la voluntad en primeros episodios psicóticos: factores asociados España 2000	Concluyendo, La involuntariedad de ingreso está en estrecha relación con la psicopatología, concretamente con la gravedad de los síntomas positivos. NO establece asociación entre el tipo de hospitalización y la fuga de pacientes.	
Artículo. El Profesional De Enfermería En La Atención De Urgencias Psiquiátricas Antioquia 1995	La ley colombiana considera las hospitalizaciones involuntarias en psiquiatría como una infracción grave a la libertad del individuo. Estas hospitalizaciones deben ser autorizadas por la autoridad local de policía previo el dictamen de peritos oficiales, preferiblemente psiquiatras forenses. El paciente sometido a hospitalización involuntaria que se escapa del hospital, será dado de alta y se dará aviso a su familia y a los órganos judiciales y de policía que sea necesario. <u>Si</u> lo asocia brevemente con los aspectos legales que atribuye los tipos de hospitalización con la fuga de pacientes.	



<p><b>Los derechos de los pacientes</b> de Alfredo Jorge Kraut. Editorial Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1997, 516 pág. Comentado por Teodora Zamudio</p>	<p>Este artículo es importante para nuestra investigación ya que habla acerca de la hospitalización involuntaria, De la falta de criterios objetivos y pasos que garanticen el debido proceso en este tipo de internación, y que además no se prevé la posibilidad de resistir la internación, que pocas veces está sometida a un efectivo control jurisdiccional.</p>	
<p><b>TESIS DE DERECHO HOSPITALIZACION INVOLUNTARIA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL. Colombia 2003</b></p>	<p>Revisión bibliográfica la cual contextualiza la definición de hospitalización involuntaria con los diferentes pasos como son el consentimiento informado, la historia clínica completa, además los efectos que tiene sobre el paciente y el cuerpo médico. Concluyendo que la hospitalización involuntaria de pacientes con trastorno mental, carece de una regulación completa y unificada al interior del ordenamiento jurídico, dando lugar a un gran margen de incertidumbre en lo que respecta a la actuación de los profesionales de medicina, por la gran cantidad de elementos de orden jurídico y ético que hay de por medio. NO establece asociación entre el tipo de hospitalización y la fuga de pacientes.</p>	

ARTICULO (FECHA – PAÍS)	ACEPTACION DE LA HOSPITALIZACION	CONCIENCIA DE ENFERMEDAD
Responsabilidad en el diagnóstico, el tratamiento y las internaciones psiquiátricas	La internación puede ser voluntaria o impuesta El psiquiatra puede asumir dos tipos de actitudes. Por un lado, indicando la internación y derivando al enfermo a una institución, la que asume la total responsabilidad desde ese momento, hasta que luego del alta se reinicie el tratamiento ambulatorio.	
<b>Daños causados por personas con trastornos mentales</b> Barcelona, abril de 2004		Muestra la importancia de considerar a las personas psiquiátricas como personas que tienen un problema orgánico que en algunos momentos les implica el bajo rendimiento o el descontrol de sus impulsos; por lo cual cuando a una personan le realizan el diagnostico de alguna alteración en su salud mental, debe mantener en tratamiento y estar a cargo de la supervisión de una persona especializada.

ARTICULO (FECHA – PAÍS)	ABORDAJE DURANTE LA HOSPITALIZACION (VERBAL, FARMACOLOGICA, FISICA)		
	CONTENCION VERBAL	CONTENCION FISICA	CONTENCION FARMACOLOGICA
PROTOCOLO DE CONTENCION DE PACIENTES España 2005	Hace referencia a los diferentes tipos de contención que se realizan al paciente, teniendo en cuenta los objetivos, las indicaciones, contraindicaciones y los aspectos legales en cuanto a la inmovilización del paciente. Además, la intervención de enfermería oportuna. Por lo tanto, es importante la elaboración del consentimiento informado ya sea firmado por el paciente o por un familiar Pero NO los asocia abordaje durante la hospitalización de los pacientes psiquiátricos.		
Responsabilidad en el diagnóstico, el tratamiento y las internaciones psiquiátricas	importancia de definir el diagnóstico como un juicio sobre la dolencia del paciente, establecido a partir de los síntomas y signos que se detectan en la fase de investigación previa, juicio que opera como guía de orientación para realizar el tratamiento más conveniente y determinar el pronóstico de la enfermedad para si brindar un oportuno tratamiento.		Resaltan la importancia del tratamiento farmacológico y su adherencia para así lograr el resultado esperado; en caso que no se cumpla serio un factor predisponente para alguna afectación. En la actualidad existen no sólo diferentes géneros terapéuticos a aplicar — psicofarmacológicos, biológicos (electroconvulsivantes o no), psicoterapéuticos (individuales, familiares, de pareja, de grupo), técnicas de rehabilitación, etcétera
<b>RESOLUCION 4288 (noviembre 20 1996) Por la cual se define el Plan de atención Básica.</b>	Formular las políticas sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y el control de los factores de riesgo. Realizar la inspección, vigilancia y control de la eficiencia en la obtención, aplicación y utilización de los recursos destinados al PAB en coordinación con la Dirección General de Promoción y Prevención y demás reparticiones del Ministerio de Salud, las direcciones territoriales de salud y demás organismos de control del gobierno.		

ARTICULO (FECHA – PAÍS)	SINTOMAS REVELANTES		
	CRISIS DE ANGUSTIA	AGITACION PSICOMOTORA	CONDUCTA AGRESIVA
ARTICULO Responsabilidad civil y psiquiatrica 2 parte			<p>El importante tener un buen diagnostico de la patología que presenta para poder hacer un plan de intervención adecuado para el paciente y así disminuir el riesgo de fuga que puede llegar a tener. El riesgo de fuga es más alto en pacientes que presentan agresividad.</p>
ARTICULO Conductas trasgresoras en hospitalización psiquiatrica			<p>En este estudio trata de conocer en los últimos años como han aumentado las conductas trasgresoras de pacientes como motivo de hospitalización y durante las mismas entre los pacientes internados en las unidades psiquiatricas. Refiere la asociación entre la fuga y el paciente violento y el tipo de diagnostico que tenga.</p>
<b>El paciente agitado</b>		<p>Es común las urgencias psiquiátricas encontrar un paciente agitado ya que consideramos una agitación como un trastorno de la conducta, con una actividad motora inadecuada donde además se ve involucrada la esfera emocional. Se resalta la importancia de un diagnostico oportuno, además identificar cuales son las características de este paciente y sus antecedentes, así como el enfoque que se le va a dar a su tratamiento según su necesidad.</p>	

ARTICULO (FECHA – PAÍS)	CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION	CUIDADO DE ENFERMERIA
Artículo. El Profesional De Enfermería En La Atención De Urgencias Psiquiátricas Antioquia 1995		<p>Revisión bibliográfica sobre las situaciones de salud que con mayor frecuencia se atienden en la modalidad de urgencias psiquiátricas suicidas y paciente con crisis de ansiedad o paciente violento, paciente potencialmente ataques de pánico en estos casos que oriente la aplicación del proceso de enfermería.</p> <p><u>El paciente sometido a hospitalización involuntaria que se escapa del hospital, será dado de alta y se dará aviso a su familia y a los órganos judiciales y de policía que sea necesario.</u></p> <p>No establece asociación entre la fuga de pacientes y la intervención de enfermería PERO establece los pasos legales dentro de la historia clínica.</p>
PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES España 2005		<p><u>Establece asociación de la seguridad y comodidad del paciente porque relatan que “en la medida de lo posible se le retirará la ropa y se le pondrá el pijama del hospital lo que proporcionará comodidad al paciente y facilitará su identificación en caso de intento de fuga.</u></p> <p><u>En el caso que fuese imposible desvestir al paciente, se deberán retirar los cinturones, mecheros y otros objetos potencialmente peligrosos que puedan dañar al paciente, o favorecer los intentos de fuga”.</u></p>
<b>Los derechos de los pacientes</b> de Alfredo Jorge Kraut. Editorial Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1997, 516 pág. Comentado por Teodora Zamudio		<p>Este artículo es importante para nuestra investigación ya que habla acerca de la hospitalización involuntaria,</p> <p>De la falta de criterios objetivos y pasos que garanticen el debido proceso en este tipo de internación, y que además no se prevé la posibilidad de resistir la internación, que pocas veces está sometida a un efectivo control jurisdiccional.</p>
Asociación colombiana para la salud mental, resolución 2358 de 1998. Colombia		<p>En este artículo se puede ver como la población colombiana presenta enfermedades mentales que son factores de riesgo para la fuga de pacientes de centros psiquiátrico como la adicción a sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, trastorno de ansiedad, trastorno de pánico entre otras...</p> <p>Las enfermedades mentales son un problema de salud pública y el personal sanitario debe estar preparado para poder hacer una intervención adecuada.</p>