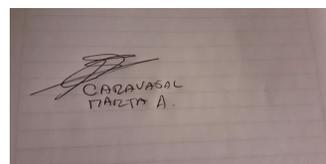


DIFICULTADES QUE PRESENTAN LOS ENFERMEROS PARA CUIDAR A PACIENTES EN CRISIS DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS TOXICAS.

Estudio realizado en los Enfermeros del Servicio de Guardia Central del Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba, en el periodo comprendido de junio a octubre de 2019.

Asesora Metodológica: Díaz, Estela

Autoras: Caravajal, Marta Angélica.



CARAVAJAL
MARTA A.

Tolosa Cintia Anabel



Córdoba, 2019.

*“Si nos mantenemos uno al lado del otro, Apoyándonos
y acompañándonos, Si hacemos realidad el espíritu de
equipo, si pese a las diferencias Podemos conformar un
grupo humano Para enfrentar juntos todo tipo de
situaciones, Si somos conscientes del sentimiento de
compartir; La vida será más simple...”*

Claudio María Domínguez

DATOS DE LAS AUTORAS

- Caravajal, Marta Angélica: Enfermera Operativa, egresada de la Escuela de Enfermería, del Instituto Superior “Cruz del Sacrificio” ATSA, Filial Córdoba Capital, en el año 2011.

Se desempeña en el Hospital Salud Mental Santa María, de la localidad, Santa María de Punilla de la Provincia de Córdoba desde el 2007 hasta la actualidad.

- Tolosa, Cintia Anabel: Enfermera Operativa, egresada de la Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Córdoba en el año 2015.

Se desempeña en el Área de Ginecología y Obstetricia del Sanatorio Francés de la Provincia de Córdoba hasta la actualidad.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, dar gracias a Dios, por permitirnos y guiarnos con voluntad, esfuerzo y constancia para encaminarnos en esta hermosa y honorable profesión. A nuestras familias, amigos, colegas del Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba, a los jefes y compañeros del Hospital Salud Mental de Santa María de Punilla, por permitir llegar a la culminación de este propósito. Por su predisposición a colaborar en la elaboración del mismo, con compañerismo por lograr esta anhelada meta. Y en particular a nuestra Asesora Metodológica Lic. Estela Díaz por su gran dedicación y paciencia al guiarnos durante este proceso de crecimiento profesional.

INDICE

Datos de las Autoras.....	Pág. I
Agradecimientos.....	Pág. II
Índice.....	Pág. III
Prologo.....	Pág. IV
Resumen.....	Pág. V

SECCION CUERPO

CAPITULO I: Introducción.....	Pág. 1
CAPITULO II: Materiales y Métodos.....	Pág. 25
CAPITULO III: Resultados.....	Pág. 28

CAPITULO IV: Discusión.....	Pág. 36
Recomendaciones.....	Pág. 41
Referencias Bibliográficas.....	Pág. 43
Bibliografía.....	Pág. 44
SECCION ANEXO.....	Pág. 47

Prologo

En los últimos años se ha observado un incremento considerable en la atención a pacientes adictos a diversas sustancias toxicas. Su prolongada estadía por internación en las instituciones lleva al paciente a un período de abstinencia, en el que presenta un estado de excitación incontrolable, que incluye agresión verbal, así como también física hacia el enfermero. El paciente debe ser abordado en todas sus dimensiones, es decir, como un ser biopsicosocial, no prejuzgarlo ya que requiere un acompañamiento particular que ayude y estimule a reconstruir su autoestima, su integridad personal y su confianza. La terapéutica, requiere la disposición de un equipo multidisciplinario, para lograr aliviar el sufrimiento, brindar seguridad, devolverle equilibrio a su estado de salud, procurando un estado de bienestar en el paciente. Para esto, se necesita un enfermero capacitado, que actúe adecuadamente ante las crisis de abstinencia, observando signos y síntomas, trastornos fisiológicos, modos de comunicación y medidas de

contención, que conduzcan a lograr un vínculo terapéutico eficaz, negociar soluciones y disminuir o prevenir la violencia. Esta Investigación, llevo adelante un estudio de las dificultades que presentan los enfermeros para cuidar a pacientes en crisis de abstinencia a sustancias toxicas, divididas en cuatro dimensiones que pasamos a detallar, cada una de ellas traen aparejadas dificultades puntuales en la intervención en este período de crisis por abstinencia:

- Relacionada con los enfermeros.
- Relacionadas ante la situación en crisis.
- Relacionada con el equipo multidisciplinario.
- Relacionadas con el medio ambiente.

El lapso en que fue realizada es Junio a Octubre de 2019, en el Sanatorio Francés de la ciudad de Córdoba, en un trabajo de tipo descriptivo, con corte transversal y su principal objetivo fue describir las dificultades que deben soslayar los enfermeros para cuidar a pacientes en crisis de abstinencia a sustancias toxicas y así, desarrollar las herramientas teóricas necesarias para brindar un cuidado de calidad El estudio se realizó tomando como modelo un proyecto realizado por Susana Sigampa, en el año 2013, para la cátedra de Taller de Trabajo Final de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba. La presente investigación se encuentra organizado en el formato IMRYD:

- Capítulo I: Introducción. Incluye Planteo y Definición del Problema, Justificación, Objetivos Generales y Específicos, Marco Teórico y Definición Conceptual de la Variable.
- Capítulo II: Material y Métodos. Tipo de Estudio, Universo y Muestra, Operacionalizacion de la Variable, Fuente, Técnicas y Recolección de Datos, Procesamiento, Presentación y Análisis realizados.
- Capítulo III: Resultados. Presentados en Tablas y Gráficos.
- Capítulo IV: Discusión, Conclusión y Recomendaciones.

Resumen

“DIFICULTADES QUE PRESENTAN LOS ENFERMEROS PARA CUIDAR A PACIENTES EN CRISIS DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS TOXICAS” Caravajal, Marta Angélica. Tolosa, Cintia Anabel.

Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Córdoba

La siguiente investigación se realizó en el servicio de Guardia Central del Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba, Argentina. Su propósito fue evaluar las dificultades que encontraban los enfermeros ante la asistencia de pacientes con crisis de abstinencia a sustancias tóxicas, en el periodo que comprende de junio a octubre de 2019. El estudio se justifica por la gran demanda en la atención a pacientes poli adictos y su prolongada internación. Es un estudio descriptivo – transversal. Se entrevistó a la población total de veinticinco enfermeros usando

una encuesta auto administrada. La variable principal, fue descripta y evaluada mediante cuatro dimensiones:

- 1) Dificultades propias del Enfermero,
- 2) Dificultades en relación al Equipo Interdisciplinario,
- 3) Dificultades ante las crisis y
- 4) Dificultades en el Medio Ambiente Hospitalario.

Se encontraron una serie de factores que constituyen dificultades para enfrentar y manejar crisis de abstinencia a sustancias toxicas por parte de los enfermeros. Se determinaron coincidencias entre los enfermeros en relación a la falta de formación y experiencia del personal, en relación a atender las crisis de abstinencia, la dificultad en comprender el tipo de conductas del paciente y en particular las conductas agresivas, la falta de un equipo interdisciplinario que actúe en forma coordinada, las falencias en la indicación de medicación para las crisis, la falta de medicamentos en cantidad y calidad y las dificultades en la seguridad, como la ausencia de control de ingreso de objetos, de sustancias y carencia del personal de seguridad ante las agresiones de los pacientes, fueron los factores más importantes encontrados.. En base a los resultados se realizan propuestas para mejorar la calidad del cuidado Enfermero de estos pacientes.

Palabras Clave: Enfermería; Cuidados; Dificultades; Síndrome de Abstinencia; Sustancias Tóxicas.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Introducción

La adicción es una enfermedad, que afecta a la familia en su conjunto, esto puede verse reflejado en su aspecto emocional, económico, social y espiritual de sus integrantes. Las cuales afectan en el individuo, a la familia y a la sociedad como un todo, tanto en sus efectos directo como indirectos, por lo tanto, cabe destacar, la importancia de la asistencia de los profesionales de enfermería, ya sea educando en la prevención y en el acompañamiento de la familia y el paciente en la rehabilitación brindando contención durante el tratamiento para prevenir recaídas y el manejo de la abstinencia.

El Síndrome de Abstinencia (SA), Corresponde a una serie de reacciones físicas, que aparecen cuando una persona que sufre de adicción a una sustancia deja de consumirla. El SA, puede aparecer relacionado con cualquier sustancia que tenga potencial de crear dependencia; el alcohol, el tabaco, la cocaína, el cannabis, cafeína, benzodiacepinas, etc.

El Síndrome de Abstinencia, no es entendido como una enfermedad, sino, como una condición que altera el estado de salud, siendo necesaria, su aparición en el proceso de deshabitación a la sustancia.

Esta condición, presenta diferentes tipos:

El Síndrome de Abstinencia Agudo es el más conocido. Se trata de una serie de reacciones fisiológicas y psicológicas que aparecen nada más con interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva, hacia las que se sufren adicciones. Los síntomas dependerán del tipo de sustancia psicoactiva. Generalmente el SA, produce lo contrario al consumo de la sustancia (por ejemplo, si el consumo de cocaína, produce activación e hiperalerta, su síndrome de abstinencia, produce decaimiento y desgano, etc.).

La intensidad y gravedad de estos síntomas, varían en función del tipo y la cantidad de sustancia habitualmente consumida

Sin embargo, este síndrome de abstinencia, le acompañan frecuentemente, otros SA, menos conocidos.

- Síndrome de Abstinencia Tardío:

Caracterizado por un conjunto de alteraciones del sistema nervioso, asociado con problemas de salud físicas y psicológica. El SA Tardío interfiere en forma significativa, en la vida del paciente, además de aumentar la probabilidad de recaída.

- Síndrome de Abstinencia Condicionado (o psicológico):

Los síntomas del SA Agudo, reaparece cuando la persona se encuentra en situaciones en donde habitualmente consumía la sustancia.

En este síndrome, ha habido, un proceso de aprendizaje, en el que se asocian determinados estímulos a la conducta de consumir. Por ejemplo, es frecuente que los fumadores fumen más en circunstancias concretas.

Así pasa, por ejemplo, como cuando se toma un café en el descanso de una charla. El SA Condicionado, aparecerá en el proceso de deshabituación tabáquica en estas circunstancias.

La enfermedad trauma ha producido en las últimas décadas un fuerte impacto, configurándose como un problema central de la salud pública en la Argentina. En este sentido, se observó en el Sanatorio Francés de la ciudad de Córdoba un incremento en los últimos años de pacientes poli adictos a sustancias tóxicas que ingresaron por accidente de moto versus peatón, auto, caída de altura, heridas de arma de fuego y arma blanca, presentando politraumas, patologías cardiovasculares, intoxicaciones laborales y voluntarias con edades que oscilan entre 15 y 45 años, plena edad productiva.

Se destacó que el paciente ingresa al Servicio de Emergencias extra hospitalario local (107) totalmente excitado incontrolable a veces, en estado de sopor, agrediendo físicamente y verbalmente al personal de enfermería, con los cuales tuvo el primer contacto. Posteriormente se realiza entrevistas a los familiares en una primera instancia para conocer que sustancia es la que ha consumido o la combinación de las mismas y durante la internación se conoce qué tipo de sustancias y con qué frecuencia consume, complejizando así la evolución de su tratamiento.

En Córdoba Capital el Sanatorio Francés es referente provincial a nivel de salud privada vinculada a la atención referida a trauma y cardiopatía con reconocimiento en gineco-obstetricia de alta complejidad.

Dicho sanatorio cuenta con consultorios externos con múltiples especialidades (clínica médica, oftalmología, genética, traumatología, etc.) el servicio de internación se destaca por su amplitud, comodidad y múltiples servicios, además dispone de un sofisticado servicio de guardias médicas las 24 horas para la atención de distintas urgencias, si bien resulta eficiente su atención por momentos presenta periodos de colapso.

La complejidad del Sanatorio es de segundo grado, esta institución posee también tres modalidades de atención: internación, ejecución de programas y consultas externas. En la guardia central existe una planta baja con 4 box, en el mismo piso un servicio de UCI con 14 camas y 2 enfermeros por turno además de unidad coronaria y quirófano.

Debido al incremento de servicios y especialidades brindadas por el Sanatorio se observó un cambio sustancial en el perfil de la población que se atiende en dicha institución, inicialmente ingresaban pacientes con enfermedades crónicas (cardiopatologías, hipertensión, diabetes, etc.) posteriormente comenzaron a ingresar jóvenes y adultos por traumas, productos de accidentes viales con un alto porcentaje de adicción a sustancias tóxicas, representando una dificultad de los enfermeros en el abordaje.

El paciente ingresa traído por el servicio de emergencia local (107) privado y familiares, totalmente excitado, incontrolable, a veces, en estado de sopor agrediendo física y verbalmente al enfermero, ya que es con quien tiene el primer contacto; se administra oxígeno, de ser necesario, se lo canaliza para administrar medicación, (según prescripción) y así trasladarlo al servicio de diagnóstico por imágenes, según el diagnóstico médico; se realiza entrevista a los acompañantes para conocer qué tipo de sustancia han consumido y la combinación de las mismas. Esta etapa es la más difícil, ya que son reacios a declarar su adicción, tanto el paciente como los familiares y amigos, que por desconocimiento u ocultamiento, no pueden informar, se realizan diagnósticos basados en la anamnesis, laboratorios y análisis de toxicología, si el médico lo pide, por lo general, a los intoxicados por intento de suicidio, excitación psicomotriz con traumatismo de cráneo; con la orina, se mide alcohol y drogas (solo por sangre, cocaína, marihuana y anfetaminas): se suman los estudios complementarios, se deciden tratamientos, su internación o, según el grado e traumatismo, es derivado a quirófano, y luego al internado. Durante la internación se conoce mediante a entrevista a familiares a qué tipo de sustancia y frecuencia consume, complejizando así su evolución al tratamiento.

En el internado de Traumatología, funciona de lunes a viernes de 7 a 14 horas, el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría. (Psiquiatras y Psicólogos, son quienes realizan la entrevista con el paciente y la familia), prescribiendo tratamiento farmacológico, según su complejidad, junto al Equipo de Toxicología. En la revista de sala, Enfermería informa sobre los pacientes que necesitan interconsulta con dicho servicio. Los enfermeros realizan una atención integral al paciente, siendo responsables del total entre 6 a 8 pacientes.

En dichas circunstancias, se observó que cuando los pacientes adictos permanecen varios días internados, se tornan violentos, verborragicos, inquietos, irritables por encontrarse en periodo de abstinencia a las drogas, el alcohol o el tabaco. Ante esta situación los enfermeros actúan con desinterés, mal humor, estrés, brindando una atención mecanizada y rápida. Se detalla también que el enfermero puede abstenerse a realizar la atención siempre y cuando informe a la supervisora, si esto le ocasiona un problema en su salud o le produce un conflicto con sus convicciones. De común acuerdo con otro enfermero al momento de la distribución de pacientes puede considerarse estos hechos.

Durante el pase de guardia, se valora el comportamiento de los pacientes en abstinencia, se pide interconsulta con salud mental y psiquiatría. Por una mejor organización en la contención familiar y a los pacientes, se reglamentó el horario de visitas de 10 a 12 horas, para satisfacer la necesidad de compañía en el almuerzo, luego de cada caso particular, se implementó la autorización de un familiar a permanecer las 24 horas, debido al estado clínico, emocional y traumatológico, para una mejor contención física y psicológica. El tratamiento a seguir, lleva varios días de internación, ya que la solicitud y entregas de las prótesis para cirugías, se realizan a través del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba tardando entre 7 a 10 días.

Con todo lo anteriormente planteado, surgen los siguientes interrogantes, con respecto al posicionamiento de los enfermeros, en los cuidados de los pacientes adictos a sustancias toxicas:

1. ¿Cómo se desempeña el enfermero ante un paciente en crisis de abstinencia?
2. ¿Qué conducta adopta el enfermero ante la agresión física y/o verbal de un paciente en crisis de abstinencia?
3. ¿Qué cuidados brinda el enfermero durante la internación a estos pacientes?
4. ¿Cómo afecta física y mentalmente al enfermero en cuidar a pacientes en crisis de abstinencia?
5. ¿Cuáles son las dificultades para cuidar a un paciente en crisis de abstinencia?

Al respecto se realizó una búsqueda exhaustiva de antecedentes que desarrollen y caractericen el posicionamiento de los enfermeros en los cuidados a pacientes adictos:

- (Jesús Molina Mula, 2010) citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015) “Se pretende, analizar cómo las actitudes, percepciones y conocimientos de las enfermeras influyen en la calidad de la atención a estos pacientes. Los resultados de la revisión pusieron de manifiesto que las creencias individuales, la edad, género, etnia y la religión, influyen en las actitudes ante los drogodependientes; que las actitudes de los profesionales difieren en base a los distintos roles, la socialización, el tipo y naturaleza del contacto con estos pacientes; que la institución donde se trabaja también influye; es patente una falta de formación en drogodependencias y una escasa presencia en los planes de estudio de pre y postgrado, y que los profesionales de enfermería han estado históricamente presentes en la atención a drogodependientes más que otros grupos de profesionales sanitarios y son la pieza clave. Por todo ello, consideraron necesario profundizar en esta materia, por la escasez de evidencia que aporte soluciones al respecto.
- (Hortensia Limonta Varona, 2010) citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015). Se realizó en el servicio de adicción del

Hospital CENSAM, con el propósito de caracterizar la conducta del personal de enfermería como parte de la comunidad terapéutica, frente a pacientes con consumo de drogas ilegales tratados en ese centro. Definieron el número de 23 pacientes adictos a la cocaína, la edad oscila entre los 15 y 25 años, la mayoría varones, exploraron los signos y síntomas más frecuentes, la atención de enfermería fue oportuna, ayudándolo a su recuperación mediante tratamiento psicoterapéutico.

- (María Eva Bustamante, 2010) citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015). De acuerdo, mediante la escala de actitudes de Likert que: tanto para Licenciados como para Auxiliares no se define una percepción sólida del sentimiento de preparación para abordar a estos usuarios, lo cual se puede relacionar en ambos casos a la escasa antigüedad laboral, ya que la mayor parte de ambos colectivos se encontraron aún en etapa formativa. La mayoría en los dos colectivos demandaron mayor capacitación desde lo curricular hasta lo extracurricular, necesidad de formación permanente y de cursos dentro del servicio adecuados y aplicables a la práctica. A diferencia de los Auxiliares, entre los Licenciados, se observó más marcado el sentimiento de falta de preparación, en mayor reconocimiento en la necesidad de formación.

Finalmente, luego de la observación y la exploración de los antecedentes planteados anteriormente, se concluyó que no existen antecedentes que desarrollen las dificultades que presentaron los enfermeros para brindar cuidado a pacientes en crisis de abstinencia, a partir de cual se estimó pertinente realizar un aporte de conocimientos, al quehacer diario de los enfermeros con la intención de mejorar la calidad y eficacia y las interrelaciones entre colegas y enfermeros que se encuentran frente a las mencionadas situaciones.

Planteando como finalidad del proyecto, determinar las: **Dificultades que presentan los enfermeros para cuidar a pacientes en crisis de abstinencia a**

sustancias toxicas internados en el Sanatorio Francés de la ciudad de Córdoba en el periodo que comprende desde junio a octubre 2019.

Justificando el desarrollo de dicha investigación debido a que al estudiar las dificultades que presentan los enfermeros se iniciara un camino hacia estudios más profundos, que guiaran al desarrollo de las herramientas teóricas necesarias para brindar un cuidado de calidad. Debido a la gran demanda de los últimos años en la atención a pacientes poli adictos a sustancias toxicas y su prolongada internación, hace que el mismo entre en periodo de abstinencia, presentando un estado de excitación incontrolable, agrediendo de forma verbal y física al enfermero.

Objetivo general:

Determinar mediante un estudio descriptivo, transversal que dificultades presentan los enfermeros al brindar cuidados a pacientes en crisis de abstinencia en el Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba en el periodo que comprende en los meses Junio a octubre 2019.

Objetivos Específicos:

Describir las dificultades en la intervención en crisis de abstinencia relacionada con:

- Dificultades relacionadas con los enfermeros.
- Dificultades ante la situación en crisis.
- Dificultades con el equipo multidisciplinario.
- Dificultades relacionadas con el medio ambiente.

Marco teórico.

Actualmente, el uso de drogas es considerado socialmente un problema creciente en términos de la salud pública, que tiene repercusión en la familia, los patrones culturales y la economía. Todos estos aspectos tienen su impacto y configuran las actitudes de los profesionales sanitarios, sobre el fenómeno de las adicciones. En general se observa, que para los profesionales parece difícil comprender que la drogodependencia es una enfermedad, tal como lo ha manifestado el autor Jesús Molina Mula, (2012) citado por Bustos, Claudia Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015). Y Con respecto a la ley de salud mental de la provincia de Córdoba, lleva casi dos años de retraso y sin grandes avances, el ministerio de salud, finalmente publico la reglamentación de la Ley de Salud Mental, la norma que dispone un cambio sustancial en cómo tratar a los pacientes psiquiátricos.

Básicamente, la ley establece un nuevo paradigma para que las internaciones en hospitales psiquiátricos sean excepcionales. Para ello, se deben crear instituciones intermedias. En la actualidad, la provincia solo tiene 10, con una capacidad de hasta 10 personas cada una. La norma debía reglamentarse 90 días después de su sanción. En febrero se cumplen dos años desde que venció el plazo.

Desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, afirman que estaba reglamentada, pero no se conocía. El 28 de diciembre pasado se publicó en el boletín oficial el decreto 1022 del año 2011, que reglamenta la Ley 9848. Allí se definen los dispositivos alternativos de internación, como hospitales de día, casas de medio camino, residencias y talleres de capacitación, entre otros.

Sin embargo, omite cuestiones esenciales. Por ej., como tampoco hace la ley provincial, no define un presupuesto para salud mental (la Ley Nacional dice que sea el 10 por ciento del presupuesto en salud). Tampoco para municipios, que toman la atención primaria.

Por otro lado, incorpora un cambio que, desde la Mesa Permanente De Salud Mental, tildan de inconstitucional por contradecir la norma provincial. Esta prohíbe la apertura de nuevas e impositivas instituciones monovalentes de internación

prolongada. Sobre esta cuestión, Osvaldo Navarro, Director General del Programa de Salud Mental, se excusó diciendo que la reglamentación fue dictada por el gobierno anterior y que el actual gobierno solo la publico.

“Es positivo que se publique la reglamentación, pero se hizo a destiempo y esta desactualizada. Y no resuelve la falta de decisión política de cumplir la ley, falta presupuesto y la poca previsión de dispositivos alternativos a los hospitales monovalentes lo demuestran”, aseguro la Legisladora Liliana Montero.

El primer paso en la drogadicción, es retirarle la droga lo más rápido y seguramente posible. Retirada repentina: dependerá de la droga y la capacidad del paciente de soportar los síntomas, no se usa sustitutivo, es física y psicológicamente traumática, inhumana dando como resultado convulsiones, coma y muerte. Retirada prolongada: reducción gradual de la dosificación de la droga, disminuye la reacción física aumentando la ansiedad. Se usa una droga substitutiva, tranquilizantes, calmantes y anticonvulsivantes, durante 10 días.

El segundo paso, es la convalecencia: la drogadicción causa un profundo deterioro físico, emocional y social que requiere tratamiento intensivo y prolongado. Es un largo y lento proceso que se logra mediante terapéutica de relación en forma de sesiones de consejo grupal (es más eficaz porque el paciente se siente menos aislado, menos diferente y comprendido porque son experiencias o problemas similares) o individual. El paciente debe reconstruir su autoestima, su integridad personal y su confianza. La terapéutica industrial es un importante aspecto de su tratamiento y constituye un adiestramiento para trabajar y así la inserción en la sociedad.

Tercer paso, es su nueva participación en la comunidad. Tras una suficiente mejoría van a vivir en la comunidad, con trabajo permanente, bajo supervisión y tratamiento por diez años, por las recaídas o remisión.

- ✓ Susan Irving (1975) citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015), se describe dentro de los trastornos de la

personalidad a la Dependencia de las drogas, propone la asistencia de enfermería y el tratamiento estableciendo una relación terapéutica y crear un medio ambiente; son dos áreas principales de responsabilidad para la enfermera. Lo terapéutico que sea la relación y el medio ambiente dependerá de la actitud del personal de enfermería hacia el paciente, su enfermedad y su respuesta a ellos. Primero la actitud negativa que frecuentemente presentan las enfermeras, que dificultan su trabajo de ayudar al paciente, según lo referido por Susan Irving (1975), citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015), se basa en tres conceptos relacionados con la enfermedad:

- ✓ “el paciente no está enfermo”,
 - ✓ “el paciente solo es malo” y, por consiguiente,
 - ✓ “el paciente debe ser castigado”.
- Primer concepto: “El paciente no está enfermo”. Realmente, la conducta del paciente parece indicar que no necesita ni merece o no aprecia la ayuda de las enfermeras. La noción de que el paciente no está enfermo se apoya en ciertos hechos ya que no está fuera de contacto, no sufre alucinaciones o delirios; habla bien se cuida a sí mismo y parece sano. Se deduce que podría dominar su conducta si realmente lo deseara. Con frecuencia se espera de él que se comporte como si estuviera bien, sin trastorno en sus conductas. Es ilógico y no terapéutico esperar que sea capaz de hacer lo que no puede hacer, se lo condena al fracaso.

El paciente debe ser aceptado tal como es, para poderle ayudar. No puede prejuizgársele. Toda relación venturosa comienza donde se encuentran los participantes, así el aprendizaje, el progreso y el cambio se producen cuando una persona es aceptada, no cuando es rechazada. La enfermera debe ser realista en

sus expectativas de lo que el paciente es capaz de lograr; para no estimular la experiencia de fracaso y frustración.

- Segundo concepto: “El paciente es simplemente malo”, se basa en los síntomas de su enfermedad, su conducta representa un ataque y la enfermera tiende a defenderse, culpándolo no solo por la forma en que se comporta, sino también por como la hace sentir; provocando fuertes sentimientos de temor, repulsión, enojo sumado al egocentrismo, la falta de preocupación por el bienestar de otros y la crueldad del paciente.

La relación de la enfermera con el paciente debe ayudar a proporcionarle material esencial para una vida provechosa que no tiene. La enfermera hace por él lo que él no puede hacer por sí mismo, le brinda restricción y el control necesario hasta que él logre manejar su adicción, debe enseñarle a aprender a prorrogar la satisfacción y a tolerar la frustración, necesita aprender a respetarse a sí mismo, estimarse y a tener confianza en las interacciones con quien los rodea. Debe conocerse como una persona de importancia, de valores y dignidad; a vivir en armonía y paz. Solo puede aprender esto en interacción con personas maduras, tranquilas, estables, honestas.

- Tercer concepto: “El paciente debe ser castigado” surge de la clase de conductas que presenta y de los sentimientos que evoca en otros. Ha de aprender a controlar sus propios impulsos, a aplazar su satisfacción y a encontrar escapes sociales aceptables para sus sentimientos. No aprende a hacer esto si se le dice qué ha de hacer o se lo castiga cuando no lo hace. Debe aprender por su experiencia con otros que si se comporta de ciertas formas obtendrá ciertos resultados y con otras conductas producirá otros resultados. Debe ser enfrentado a sus conductas, no avasallársele o hacerle sentir malo, sino ayudarle a alterar su conducta de modo que pueda obtener más éxito en el futuro. Su medio ambiente debe proporcionarle un sentimiento de identidad, de pertenencia, de éxito y responsabilidad. Por tanto, debe tener la oportunidad para aprender y mucho apoyo es caso de fracaso. Solo después de satisfacer su preocupación por sí mismo quien es,

qué se espera de él, y como lograr eso; puede esperarse que él se preocupe por los otros. Debe aprender cuáles son sus límites y como relacionarse con otros, para experimentar cierto grado de comodidad, éxito y salud. Debe ayudársele a empezar desde el principio, esto es un largo y duro camino hacia la salud para él, por lo que cuanto más pronto obtenga ayuda, mejor y mejor lo es para la sociedad.

Estas conductas Psicopáticas (neurosis, desviaciones sexuales, drogadicción y alcoholismo) reflejan un trastorno en su capacidad para vivir en paz y armonía con su mundo. Todos ellos están en conflicto con la ley.

Por otra parte, y retomando lo referido por Susan Irving (1975), citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015), el problema básico consiste en la falta de control de los impulsos hostiles del individuo, rechazo de la autoridad, agresividad e impulsos sexuales en forma contraria a las reglas y costumbres de la sociedad. El interés actual se enfoca en la prevención, tratamiento y rehabilitación, en vez que en el castigo.

Para que la enfermera sea útil, es esencial que vea y resuelva las actitudes negativas basada en los tres conceptos, porque son estas actitudes las que dificultan las relaciones terapéuticas.

Las cualidades personales de la enfermera psiquiátrica son atentas, maduras, inteligentes, ordenada, estable, flexible, alegre, simpática, objetiva. La esencia de la enfermería reside en la relación entre la enfermera y el paciente. La enfermera tiene un papel primario en el tratamiento, consiste este en la retroalimentación en el proceso de comunicación. El propósito es ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades, brindar comodidad y seguridad. La eficacia del tratamiento de la enfermera depende de su capacidad para observar, valorar y responder correctamente a las necesidades del paciente obedeciendo a los conocimientos, la comprensión y la destreza en las relaciones entre personas que posee la enfermera.

El objetivo general de la asistencia de enfermería es el bienestar del paciente. Según Susan Irving (1975), citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015), se requiere del cumplimiento de tres objetivos para ayudar al paciente:

- 1) conservar la vida aliviándole su sufrimiento;
- 2) alcanzar seguridad satisfaciendo sus necesidades.
- 3) devolverle la salud combatiendo su enfermedad.

La enfermera alcanza estas tres metas por sus funciones tradicionales observación, comunicación y asistencia general; confiando en sus observaciones, colaboradores y en las del paciente las acciones serán más eficaces para lograr las tres metas.

Retomando los dichos de la autora, para una asistencia de enfermería eficaz, las acciones deben basarse en la comunicación, escuchar al paciente, la actitud de amor fraternal, es el deseo de mejorar la vida de otro ser humano. La enfermera debe tener respeto, interés preocupación y responsabilidad. La relación de enfermera paciente se caracteriza por la aceptación, honestidad, comprensión y fe.

Por lo tanto, los Pilares de la asistencia de enfermería son;

1. Para establecer una relación de trabajo, la enfermera debe aceptar al paciente exactamente como es;
2. El único cuidado se basa en toda la persona, no en síntomas o la enfermedad
3. las personas tienden a comportarse de conformidad con lo que se espera de ellas;
4. La acción de enfermería eficaz se relaciona con la correcta identificación del problema;
5. Cualquier acción de enfermería refuerza la sensación de bienestar del paciente;

6. La eficacia de la acción se basa en la competencia técnica e interpersonal de la enfermera.

En la ardua tarea de prestar asistencia al paciente adicto, la enfermera se enfrenta a diversos problemas que dificultan su eficacia en el cuidado. Las áreas son:

La Enfermera misma: Debe ser competente en sus relaciones con otros, debe ser capaz de examinar, aceptar y asumir la responsabilidad de su conducta; su eficacia depende de sus actitudes hacia sí misma y hacia los otros. Nuestras actitudes son un resultado de los conocimientos que hemos adquirido y de las experiencias que hemos tenido con personas y con la vida. Cuanto más conocimiento sobre la conducta humana mayor probabilidad de éxito en ayudar a otros.

La enfermera debe ser física y emocionalmente saludable, es interprete y portavoz del paciente, del médico, la familia, y a veces de la comunidad.

La enfermera debe estar suficientemente segura de ser flexible, debe tener la capacidad, voluntad, deseo de cambiar, mejorar y aprender, siempre receptiva a nuevas posibilidades; debe ser capaz de tolerar, aceptar y dirigir en otro sentido la ansiedad que se asocia con no conocer todas las respuestas, el temor al fracaso y la tensión que se requiere para producir acción y hostilidad que resulta de la frustración.

La enfermera debe ser bastante madura emocionalmente para ser capaz de aplazar la satisfacción de sus necesidades para satisfacer antes las del paciente, se requiere voluntad, dominio de sí misma, fortaleza y valor para no entregarse a sus impulsos y sentimientos.

La enfermera debe ser capaz de aceptar, permitir y aun fomentar la independencia del paciente.

La enfermera debe ser capaz de aceptar, comprender y modificar su impacto en otros. Asumir la responsabilidad por su conducta. Debe ser sincera en su deseo

de ayudar, porque no lograra el éxito. Debe usar su destreza e intuición en identificar y proporcionar lo que el paciente necesita.

Conducta del Paciente: Ciertos síntomas en la enfermedad del paciente pueden plantear problemas, como las conductas manipulativas, combativas, suicidas, quejumbrosas y regresivas, dolor físico, sufrimiento y la aproximación de la muerte.

Las reacciones que provocan en las enfermeras son la indignación, desagrado, rechazo, castigo son conductas negativas; la enfermera debe aceptar y comprender que la conducta es un síntoma de la enfermedad; entonces la enfermera debe ser firme, natural y realista al aproximarse al paciente marcando los límites que el mismo no puede fijarse.

Familia: A menudo se tiene graves problemas por no dar información acerca del paciente a su familia, parientes, visitantes o quien llama por teléfono. Aunque la familia demande una palabra tranquilizadora para aliviar su enorme ansiedad, culpa o inquietud. La forma en que se expresan de maneras exigentes, temerosas y desconfiadas. La enfermera debe tratar de aliviar la ansiedad ayudando a comprender la situación del paciente, permitirle participar en el cuidado y prepáralos para el alta.

Instalaciones Físicas: Los suministros y el equipamiento pueden ser tan anticuados y obsoletos como las instalaciones físicas particularmente sino tiene mantenimiento diario, pueden poner en peligro la seguridad, la salud y la sensación de bienestar del paciente y todo el equipo multidisciplinario.

Síndrome de abstinencia es el Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado y/o en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico. Es uno de los indicadores del síndrome de dependencia.

El síndrome de abstinencia del alcohol se caracteriza por temblor, sudoración, ansiedad, agitación, depresión, náuseas y malestar general. Aparece de 6 a 48 horas después de suspender el consumo de alcohol y, si no hay complicaciones, remite al cabo de 2 a 5 días. Puede complicarse con crisis de gran mal y progresar a delirio (denominado delírium tremens).

Los síndromes de abstinencia de los sedantes tienen varios rasgos en común con la abstinencia del alcohol, pero incluyen también dolores y calambres musculares, distorsiones perceptivas y de la imagen corporal.

La abstinencia de los opiáceos se acompaña de rinorrea (moqueo nasal), lagrimeo (formación excesiva de lágrimas), dolores musculares, escalofríos, carne de gallina y, después de 24-48 horas, calambres musculares y abdominales. El comportamiento para conseguir la sustancia es prioritario y se mantiene cuando han remitido los síntomas físicos.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, para la autora Susan Irving (1975), citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015), definen a la abstinencia de los estimulantes (“bajón” o “crash”) está peor definida que los síndromes de abstinencia de sustancias depresoras del sistema nervioso central; destaca la depresión, que se acompaña de malestar general, apatía e inestabilidad.

El Síndrome de Abstinencia prolongado, se caracteriza por la presencia de los síntomas, normalmente son leves, pero aun así molestos, durante varias semanas o meses tras la remisión del síndrome de abstinencia aguda. Se trata de un trastorno mal definido que se ha descrito en personas con dependencia del alcohol, los sedantes y los opiáceos. Los síntomas psíquicos, tales como ansiedad, agitación, irritabilidad y depresión, son más prominentes que los físicos. A veces los síntomas se precipitan o se exacerban ante la visión del alcohol o de la droga de la que se depende, o cuando se regresa al entorno asociado anteriormente con el consumo de alcohol u otra droga”.

Los problemas psicóticos que se presentan en los hospitales son condiciones clínicas frecuentes que afectan tanto a los pacientes como a los familiares y al entorno hospitalario. No existen políticas claras, en la mayoría de los países, sobre la utilización en pacientes psicóticos o agitados de medidas de restricción física, química (psicofármacos) o referencia a un centro psiquiátrico; en la mayoría de los casos se toman decisiones por criterio médico que puede variar considerablemente de uno a otro especialista. Es evidente que debería ser el Psiquiatra quien adiestre al resto de los especialistas para la toma de decisiones al tratar a un paciente psicótico con o sin problemas conductuales.

Según los dichos de la autora citada en cuestión, la psicosis aguda se da por abuso de drogas como alucinógenos, cocaína y anfetaminas, marihuana (con crisis de pánico), abstinencia de alcohol con alucinosis, abstinencia de hipnóticos-sedantes. Es una alteración del estado mental que se extiende al pensamiento, respuestas afectivas, reconocimiento de la realidad y comunicación con los demás que se presenta con mucha frecuencia en los servicios de urgencias de los hospitales generales.

Se puede observar también desconfianza, ansiedad y agresividad física o verbal. Si el paciente presenta alucinaciones, sobre todo si estas son de tipo auditivo, pueden observarse soliloquios (habla solo, generalmente contestando voces) o si las alucinaciones son de tipo visual puede presentar actitud alucinada. La catatonía es un síndrome raro y se caracteriza principalmente por la presencia de mutismo (lenguaje pausado o ausencia de respuestas), negativismo (resistencia a las instrucciones o incluso resistencia activa a ser movido), catalepsia (permanencia en una posición aunque sea incómoda durante mucho tiempo o permanencia en la posición que se le acomode), estupor (marcada falta de reactividad al medioambiente a pesar de que exista estado de vigilia adecuado comprobado incluso mediante electroencefalografía). Suspicious, Agitación psicomotriz (agresión verbal o física anormal, conductas motoras propositivas para la agresión acompañadas en ocasiones de una alteración importante en el funcionamiento del paciente). Se debe tener en cuenta, que están muy alerta del

entorno y es sensible a los comentarios y acciones de otras personas. Se recomienda:

1. Observar la seguridad del paciente y personal; es conveniente en muchos casos que los familiares y los amigos estén disponibles.
2. Tomar en cuenta las necesidades básicas del paciente, por ejemplo, ofrecer agua o comida si es posible.
3. Evitar el exceso de estímulos y estrés, ofrecer un lugar tranquilo de preferencia.
4. No discutir acerca de las ideas psicóticas del paciente, se puede o no estar de acuerdo con las creencias del paciente, pero no hay que tratar de refutar o sugerir que está equivocado.
5. Evitar confrontar o criticar a menos que sea necesario para prevenir daños.
6. Si existen conductas violentas importantes considerar la restricción física, el uso de medicamentos.
7. Si el paciente refiere ideas suicidas vigilar su estado continuamente de manera estrecha y retirar cualquier objeto peligroso.
8. Acompañar al paciente durante el traslado siempre con vigilancia estrecha.
9. En pacientes muy violentos puede ser necesario el apoyo de personal de seguridad, mantenerlos cerca en caso de que los necesite.
10. Si el paciente requiere tratamiento farmacológico de urgencia y se niega a esta intervención considerarla autorización de un familiar o consultar las políticas legales del hospital.
11. Es importante ofrecer apoyo psicológico a los familiares y personas relacionadas con el cuidado del paciente.

Medidas específicas en cuanto a la comunicación con los pacientes:

- 1) Hacer comentarios y peticiones claras, simples y directas con un tono de voz claro, pero de volumen moderado y pausado.
- 2) Guardar una distancia mínima de un metro durante la entrevista y contar con una salida cercana.
- 3) Evitar el exceso de estímulos (de preferencia en un lugar tranquilo).
- 4) Poner límites claros y observar su reacción emocional.
- 5) Explicar con claridad al paciente y al familiar cada procedimiento.
- 6) Evite dar la espalda o mirarlo fijamente a los ojos.
- 7) Solicitar ayuda en caso de ser necesario.
- 8) Vigilar constantemente al paciente.

Si el paciente se encuentra agitado o agresivo, debe aplicarse un sedante o inmovilizarle mediante vendas especiales. Es importante explicarles al paciente y al familiar la razón de este procedimiento.

Las medidas de sujeción consisten en diversos sistemas de inmovilización especialmente para el tórax, muñecas, y tobillos. Esta intervención se utiliza especialmente cuando el paciente presenta, además de alteraciones psicóticas, errores de conducta y juicio, y presenta negación de la enfermedad conservando las garantías individuales, discreción y seguridad. Observar siempre la consideración de los derechos humanos y la protección del paciente y personas relacionadas con el cuidado; así mismo las leyes de cada país en relación a este procedimiento y contar con un sistema legal de asesoría. Teniendo en cuenta que el paciente, tiene alterado el juicio de realidad, es según Johana Fornes Vives (2003), citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015), quienes definen a la ansiedad-estrés es un hecho habitual, una experiencia universal en la vida. Es una emoción que aporta energía e incita a actuar ante situaciones de amenaza. Representa una respuesta ante cualquier cambio al que la persona tenga que adaptarse. Se habla de ansiedad positiva caracterizada por

un aumento de la activación corporal ante determinados estímulos, es necesaria para vivir y da lugar a respuestas creativas y constructivas. La ansiedad negativa o estrés vendría determinada por una relación desbordante entre estímulos o demandas y recursos o capacidades para responder. Solo cuando la persona percibe una discrepancia entre las demandas y los recursos para afrontarlos. Los sentimientos ya sean agradables o desagradables son un factor importante a la hora de predecir la vulnerabilidad de las personas ante la demanda de estrés. Los sentimientos negativos conducen más rápidamente que los positivos a un desequilibrio bioquímico y a un fallo orgánico, comportamental y social.

Los objetivos de los cuidados enfermeros están orientados a: lograr un vínculo terapéutico eficaz, negociar soluciones terapéuticas, disminuir la hostilidad y agresividad, prevenir la violencia, mantener la autoestima del paciente independientemente del abordaje que se utilice.

- Directrices de seguridad:
 - ✓ Colocarse fuera del espacio personal del paciente (más lejos del alcance de los brazos) y en el lado no dominante del paciente,
 - ✓ Mantener al paciente dentro del campo visual,
 - ✓ Asegurarse de que hay una vía de salida accesible,
 - ✓ Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.
 - ✓ Nunca realizar las intervenciones individualmente sino con varios profesionales presentes.
- Pautas de actuación no verbales:
 - ❖ los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos, y evitar los gestos bruscos.

- ❖ La postura ha de ser abierta, tranquila, que invite al dialogo y a la privacidad.
- ❖ La mirada no hay que dirigirla en forma directa y continuada al paciente, las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo.
- ❖ La mirada no se puede evitar, ya que el sujeto lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo. Por lo tanto, se debe mantener un contacto ocular frecuente, no continuado y no perder de vista al paciente.
- ❖ La ubicación del profesional debe estar cercana a la puerta como medida de seguridad, la proximidad a la misma no debe ser muy evidente, ya que se puede interpretar como acorralamiento.
- ❖ Emplear un tono de voz suave, utilizando frases cortas y sencillas, evitando discutir, criticar o amenazar.
- Pautas ambientales: se debe intentar que el contexto no incluya fuentes de estrés o irritación. Se debe evitar el contacto con personas que irriten al paciente. Reducir los posibles factores de irritación como la luz, el ruido, las corrientes de aire etc. Evitar las interrupciones.
- Directrices comunicacionales: se debe iniciar la intervención buscando la empatía del paciente con frases como “entiendo que tendrá sus razones para sentirse así”, “me hago cargo quizás yo en su situación me sentiría igual”; esto no significa necesariamente que se le da la razón ni que se está de acuerdo con él, significa más bien que se comprenden los sentimientos del paciente.

En la intervención verbal hay que tener en cuenta no elevar el tono de voz, responder de forma tranquila nunca con la misma hostilidad, no interrumpir el discurso del paciente. Escuchar con calma todo lo que dice, ofrecer ayuda con el fin de que concrete su demanda, en la medida de lo posible es adecuado intentar que el paciente y el profesional con quien trata estén sentados a la misma altura.

Establecer unos límites en la capacidad de actuación del profesional sobre todo ante las respuestas belicosas. Reservarse los propios juicios acerca de lo que “debería” y “no debería” hacer la persona irritada. No hay que buscar la confrontación de ideas, razones, etc. sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad, ofrecerle salidas airoas. Hacerle reconocer el carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autoestima. Negociar soluciones sobre las propuestas que haga el paciente y las que le puede brindar el equipo de salud.

Ante el riesgo de violencia inminente del paciente se aconseja: advertir al paciente que la violencia no es aceptable, proponerle la resolución de cualquier problema por la vía del dialogo, ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadas. Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión la requiere, hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea miembros sanitarios dispuestos a poner en práctica la sujeción).

Prevención de la violencia y manejo ambiental: se busca minimizar las consecuencias de las conductas violentas que aparezcan. Como el control de armas potenciales y la eliminación en la medida de lo posible (cuerdas de persianas, encendedores, agujas, utensilios etc.). Control rutinario del ambiente y vigilancia del paciente en el uso de armas potenciales. Colocación del paciente en habitaciones cercanas al Office de enfermería. Asignar habitaciones individuales a los pacientes violentos hacia los demás, y habitaciones compartidas a los que son violentos hacia sí mismos. Establecer límites. Cuidados para favorecer el control y expresión adecuada del enfado: ayudar a los pacientes con problemas para controlar su enfado. Analizar el enfado del paciente: causas, formas de identificarlo, función y beneficio que le producen al paciente, y consecuencias reales de la reacción agresiva. Animar al paciente a que busque la ayuda de los profesionales cuando note el aumento de la tensión interna. Ayudar a planificar estrategias para controlar el enfado, instruir en medidas que

proporcionen calma, técnicas de relajación, respiración etc. Proporcionar modelos que expresen el enfado en forma adecuada.

Prevención de la violencia y establecimiento de límites: Explicar en forma cuidadosa y terapéutica la aplicación de límites para evitar una escalada de comportamiento violento. Establecer límites no solo es indicar qué no puede hacer el paciente, se ha de buscar que el paciente indique cual es la conducta no adecuada y cual debería de ser la más apropiada. Se ha de ayudar al paciente a que identifique las consecuencias naturales de sus acciones, tanto las adecuadas como las inapropiadas, y cuando el paciente emite una conducta se ha de poner en marcha las consecuencias estipuladas. Ayudar al paciente cuando sea necesario, a realizar las conductas deseadas. Disminuir el establecimiento de límites a medida que el paciente se acerque a las conductas deseadas.

Otro método de establecer límites es el método DISC compuesto por cuatro pasos: D- describir la conducta del paciente, I- identificar las conductas deseadas, S- especificar las acciones de las enfermeras, C-confrontar con consecuencias positivas o negativas. El acompañamiento y contención del paciente adicto en abstinencia ,consiste en la intervención mediante la palabra y los actos, en diferentes situaciones en las que el paciente requiera sostén y contención, especialmente en las situaciones de agitación psicomotriz, con el objeto de ofrecer un espacio de dialogo en la que la problemática pueda encausarse y contenerse a través de la palabra en situaciones de conflicto y tensión, favoreciendo la comunicación del paciente, para ello es necesario una relación terapéutica basada en la confianza y la empatía. El enfermero/a se encargará del acompañamiento terapéutico si fuera necesario, además dispone de saberes y conoce de forma más cercana al paciente. Mediante este se puede conseguir desactivar una situación de conflicto. Sin embargo, en otras ocasiones será necesario recurrir a la contención mecánica o inmovilización. La contención mecánica está dirigida a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, con el fin de

protegerlo de las lesiones que pudieran ocasionarse a sí mismos o prevenir las que pudiera ocasionar a otros, inmovilizando tórax, muñecas y tobillos.

Este procedimiento se aplica en situaciones difíciles, tensas, por lo que es importante la habilidad de la persona que realice la técnica y que generalmente se lleva a cabo en contra de la voluntad del paciente, por lo que será de vital importancia el respeto a los derechos constitucionales del individuo y asegurar la buena práctica profesional. Las indicaciones de restricción de movimiento son para un periodo máximo de ocho horas, prolongables a un plazo que nunca debe superar las cuarenta y ocho horas, el cual se deberá revisar cada ocho horas.

Existen tres tipos de contención mecánica:

- 1) la primera maniobra consiste en sujetar al paciente por las axilas con una mano empujando hacia arriba y con la otra por las muñecas tirando hacia abajo. Se debe realizar con firmeza, pero sin lesionar al paciente.
- 2) La segunda forma se realiza en el suelo: deberá ser girado de espalda sobre el suelo. Se le sujetara a nivel de hombros, antebrazos y por encima de rodillas y tobillos. Se debe controlar la cabeza para evitar que se la golpee o agreda a algún miembro del grupo. Para trasladar al paciente a la habitación, sujetarlo por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Hay que estar preparados para sostener la cabeza, si el paciente la agita mucho, para evita que se golpee; no hay que forzar las articulaciones más allá de los limites fisiológicos.
- 3) La tercera maniobra se realiza en el aire en volandas y se trata de sujetar al paciente por debajo de las axilas y la parte posterior de las rodillas flexionadas. El personal se distribuirá cada uno en cada articulación, sujetando uno las axilas y muñecas y los de los miembros inferiores las rodillas y tobillos. Y es importante que alguien controle la cabeza.

Una vez en la cama se procederá a sujetarlo a ella. Se utilizarán correas especiales para contención, se sujetará un mínimo de dos miembros alternos (brazo derecho, pierna izquierda) y un máximo de los cuatro miembros más la cadera y/o tórax.

La intensidad de la agitación o de la violencia indicara como actuar en cada caso. Una vez realizada la contención, debemos cerciorarnos de que las fijaciones estén bien aseguradas, para garantizar la comodidad del paciente y además de la situación de seguridad.

Definición conceptual de la variable

De acuerdo a las autoras consultadas, Susan Irving (1975), citada por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015) se estudiarán las dificultades que presentan los enfermeros para cuidar a pacientes en crisis de abstinencia a sustancias tóxicas, entendiéndose como dificultad: situación, circunstancias u obstáculo difícil de resolver o superar, en cuatro grupos; entendiéndose como Dificultad: a una situación, circunstancia u obstáculo difícil de resolver o superar.

a) Dificultades relacionadas con los enfermeros:

1. Conocimientos que posee sobre la intervención en pacientes con crisis de abstinencia.
2. La experiencia que posee en la atención a pacientes en crisis.
3. Capacidad para manejar la ansiedad, angustia y estrés que generan las conductas violentas del paciente.
4. Posibilidad de comprender que las conductas hostiles, desafiantes y violentas son síntomas de la crisis.
5. Escasa tolerancia al fracaso en algunas intervenciones con pacientes en crisis.

b) Dificultades ante la situación en crisis:

1. Intervención con ausencia del equipo profesional.
2. Confrontar y criticar al paciente.
3. No realizar comentarios y peticiones claras, simples, pausadas y directas.
4. No guardar distancia, colocándose fuera del espacio personal del paciente.
5. No prever salidas cercanas.
6. Dar la espalda.
7. El paciente no se encuentra dentro del campo visual del enfermero.
8. Mirar fijamente a los ojos del paciente.
9. Usar gestos amenazantes y tono de voz suave.

c) Dificultades con el equipo multidisciplinario:

1. Intervención solo de enfermeros, con ausencia de médicos, psicólogos, psiquiatra, toxicólogo.
2. Medicación con prescripción desactualizada.
3. Escasa disponibilidad y cantidad de medicación indicada.
4. Ausencia de acompañamiento terapéutico permanente.
5. Evaluación esporádica de conductas de riesgo para sí mismo y para terceros.

d) Dificultades relacionadas con el medio ambiente:

1. Ambiente irritable, con ruidos molestos y luz intensa.
2. Ausencia permanente del personal de seguridad.
3. Contacto con personas que lo irritan o alteran.
4. Presencia de armas circunstanciales, accesorios u objetos, (tijeras, vasos de vidrio, limas, etc.)
5. Ingreso de sustancias energizantes, alcohol, cigarrillos y sustancias tóxicas.
6. Ausencia de acompañamiento familiar permanente.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

Según el alcance y análisis de los resultados este estudio fue descriptivo porque a través de él se pudo conocer que dificultades presentaron los enfermeros para brindar cuidados a pacientes en crisis de abstinencia, asistidos en el servicio de Guardia del Sanatorio Francés, de la provincia de Córdoba, durante el mes de junio a octubre del 2019, mostrando la realidad tal cual es. Según el periodo y secuencia del estudio: transversal, debido a que los datos sobre las variables fueron recogidas haciendo un corte en el tiempo.

La variable Dificultad que presentan los enfermeros en la atención a pacientes en crisis de abstinencia, fue definida operacionalmente en cuatro dimensiones:

1. **Dificultad Relacionada con los Enfermeros**: Se estudió en relación

Con los conocimientos que poseen sobre la intervención en crisis de abstinencia, a la experiencia que posee en la atención a pacientes en crisis, a la capacidad para manejar la ansiedad, angustia, y el estrés que generan las conductas violentas del paciente, a la posibilidad de comprender que las conductas hostiles, desafiantes y violentas son síntomas de las crisis y a la escasa tolerancia al fracaso en las intervenciones.

2. **Dificultad Relacionada Ante la Situación en Crisis**: Se estudió en relación a la intervención con ausencia del equipo profesional, a confrontar y criticar al paciente, a realizar comentarios y peticiones claras, simples pausadas y directas, a no guardar distancia colocándose fuera del espacio personal del paciente, a no prever salidas cercanas, a dar la espalda, a que el paciente no se encuentre dentro del campo visual del enfermero, a mirar fijamente a los ojos del paciente y usar gestos amenazantes y tonos de voz elevada.

3. **Dificultad Relacionada al Equipo Multidisciplinario**: Se estudió en relación a la intervención, solo de enfermeros, con ausencia de médicos, psicólogos, psiquiatras, toxicólogos, a la medicación con prescripción desactualizada, a la escasa disponibilidad y cantidad de medicación indicada, a la ausencia de acompañamiento terapéutico permanente, a la

evaluación esporádica de conducta de riesgo para sí mismo y para terceros.

4. **Dificultad Relacionada con el Ambiente:** Se estudió en Relación al Ambiente Irritable, con ruidos molestos y luz intensa, a la ausencia permanente del personal de seguridad, al contacto con personas que lo irritan o alteran, a la presencia de armas circunstanciales, accesorios u objetos (tijeras, vasos de vidrio, limas, etc.) al alcance del paciente, al escaso control de ingresos de sustancias energizantes, alcohol cigarrillos y sustancias tóxicas, a la ausencia de acompañamiento permanente.

Dimensiones. Operacionalización De Las Variables Variable Conceptual Indicadores Dificultades Que Presentan Los Enfermeros Para Cuidar A Pacientes En Crisis De Abstinencia A Sustancias Tóxicas.

1) Relacionada con los Enfermeros

- . Conocimientos que posee sobre la intervención en crisis de abstinencia.
- . La experiencia que posee en la atención a pacientes en crisis.
- . Capacidad para manejar la ansiedad, angustia y estrés que generan las conductas violentas del paciente.
- . Posibilidad de comprender que las conductas hostiles, desafiantes y violentas son síntomas de la crisis.
- . Escasa tolerancia al fracaso en las intervenciones.
- Otros.

2) Ante la situación en crisis:

- Intervención con ausencia del equipo profesional.
- Confrontar y criticar al paciente.
- . Realizar comentarios y peticiones claras, simples, pausadas y directas.
- No Guardar distancia, colocándose fuera del espacio personal del paciente.
- No prever salidas cercanas.
- . Dar la espalda.
- El paciente no se encuentre dentro del campo visual del enfermero.

- . Mirar fijamente a los ojos del paciente.
- . Usar gestos amenazantes y tono de voz elevado.
- . Otros.:

3) Con el equipo multidisciplinario:

- Intervención solo de enfermeros, con ausencia de Médicos, psicólogos, psiquiatra, toxicólogo.
 - Medicación con prescripción desactualizada.
 - Escasa disponibilidad y cantidad de medicación indicada.
 - Ausencia de acompañamiento terapéutico permanente.
 - Evaluación esporádica de conductas de riesgo para sí mismo y para terceros.
 - Otros.
- :

4). Con el medio ambiente:

- Ambiente irritable, con ruidos molestos y luz intensa.
- Ausencia permanente del personal de seguridad.
- Contacto con personas que lo irritan o alteran.
- . Presencia de armas circunstanciales, accesorios u objetos, (tijeras, vasos de vidrio, limas, etc.) al alcance del paciente.
- Escaso control de ingreso de sustancias energizantes, alcohol cigarrillos y sustancias tóxicas.
- . Ausencia de acompañamiento familiar permanente.
- . Otros.

El universo estuvo comprendido por los enfermeros, en su totalidad 25 que se desempeñan en el área operativa del internado de Clínica Médica y Guardia Central, ya sea Profesionales o Licenciados, que trabajan en el Sanatorio Francés, en los distintos turnos, que comprende el periodo de junio a octubre del 2019.

Criterios de inclusión

- Enfermeros y/o Licenciados que sean operativos en el hospital sin límites de edad.
- Enfermeros que se desempeñen en los diferentes turnos (TM, TT, TN).
- Enfermeros con seis meses de antigüedad en el hospital.
- Enfermeros que hayan realizado el curso que brinda el hospital de Atención Inicial Hospitalaria del Paciente Traumatizado.
- Enfermero que tenga firmado el consentimiento informado.
- Criterios de Exclusión
- Enfermeros con cargo de conducción y/o coordinación.
- Enfermeros en tareas livianas.
- Enfermeros con menos de seis meses de antigüedad en la institución.
- Enfermeros cubre licencias.
- Enfermeros que realicen la observación y recopilación de los datos.

Fuente primaria, ya que los datos fueron obtenidos mediante el contacto directo entre el investigador y el objeto de estudio.

La información se obtuvo mediante una encuesta, a través de su modalidad de cuestionario auto administrado (anexo n°3), a los Licenciados y/o enfermeros en la cual se llevó a cabo en los diferentes turnos.

Para realizar la recolección de los datos, se empleó como instrumento el formulario auto administrado.

En el mismo se explicitaron las dificultades en 4 dimensiones, con sus respectivos indicadores que fueron categorizados como DEACUERDO O DESACUERDO.

Este instrumento se puso a prueba previamente a su implementación, para comprobar si es adecuado, válido y seguro.

Los datos fueron recolectados por las investigadoras

Las encuestas fueron registradas a medida que se realizaron, y correspondieron a cada enfermero participante en estudio.

En el internado y por cada turno existe una cierta cantidad de enfermeros responsables de los pacientes internados, los cuales formaron parte de la investigación, previa firma del consentimiento informado, dando cumplimiento de normas, códigos o reglamentación en la investigación (anexo n°2). Las investigadoras informaron los aspectos generales de la recolección de datos tales como: metodología a seguir, demostración del procedimiento adecuado, tiempo y momento apropiado para realizar la observación de los enfermeros.

La recolección de datos fue evaluada por las investigadoras en forma semanal, de manera que el procedimiento que se utilizó es apropiado para lograr recolectar datos válidos y confiables para la investigación, y realizando las correcciones que fueren necesarias. Requisitos para la ejecución del mismo.: Para ejecutarlo, fue necesario presentar una carta de Autorización al comité de Capacitación y Docencia de la institución, y a través de este a la Dirección del Sanatorio Francés, (anexo n°1)

Al término de la recolección de datos se procedió al procesamiento de los mismos, ordenándolos de N° 1 al N° 25. Se transcribieron los datos a una tabla maestra (anexo n°4), elaborada en una hoja de cálculo del programa Excel para Windows, para la obtención de las frecuencias porcentuales absolutas de cada dimensión e indicadores y así conocer las dificultades de los profesionales en la atención a pacientes en crisis en abstinencia.

Se categorizaron los datos de la siguiente manera:

A) Sexo:

✓ Femenino

✓ Masculino.

B) Edad.

✓ 21 a 30 años.

✓ 31 a 40 años.

✓ 41 a 50 años.

c) Antigüedad:

✓ < de 1 año.

✓ De 1 a 5 años.

✓ De 6 a 10 años.

✓ De 11 a 15 años.

✓ > de 15 años

En cada una de las dimensiones los indicadores tuvieron un valor de cero (0) para la categoría “DEACUERDO y un valor de uno (1) para “DESACUERDO”.

Para cada dimensión si la suma total de los indicadores da un 51% o más, se considerará que la dificultad SI ESTA PRESENTE, pero si el total de los

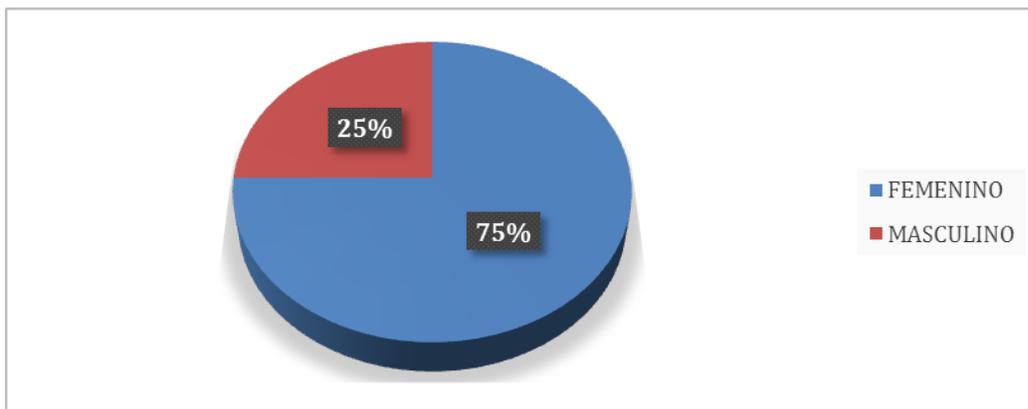
indicadores da como resultado 50% o menos, se considerará que la dificultad NO SE PRESENTA.

Los datos ya procesados fueron presentados en tablas de doble entrada las que permitirán relacionar la frecuencia y el porcentaje de cada una de las dimensiones en estudio. Se complementará mediante gráficos de barra y de sectores.

CAPITULO III

(Resultados)

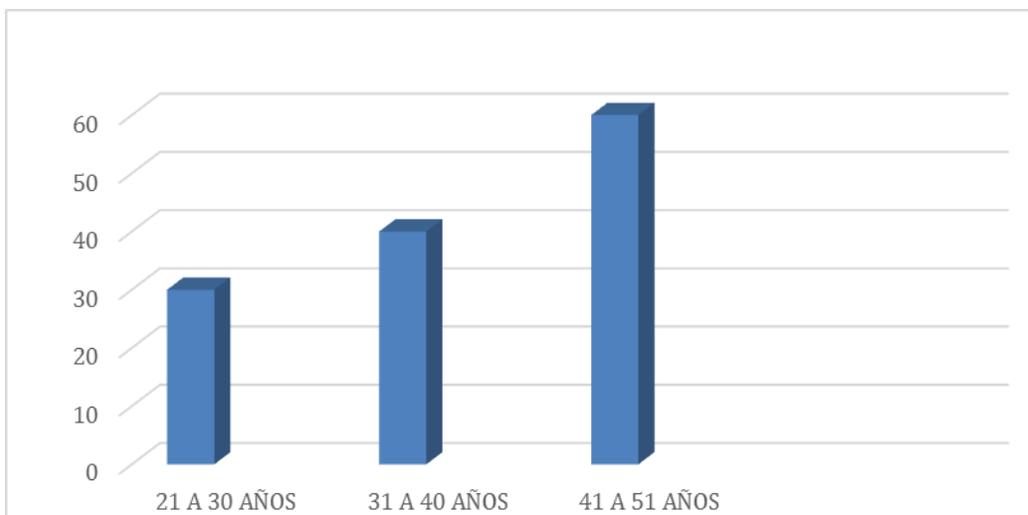
GRÁFICO N° 1: Representación de población según sexo de los enfermeros del servicio de Guardia Central del Sanatorio Francés de la ciudad Córdoba, en el período Junio-octubre de 2019



Fuente: Encuesta

Comentario: El gráfico muestra que el mayor porcentaje del personal consultado (75%) es de sexo femenino y un 25 % es de sexo masculino.

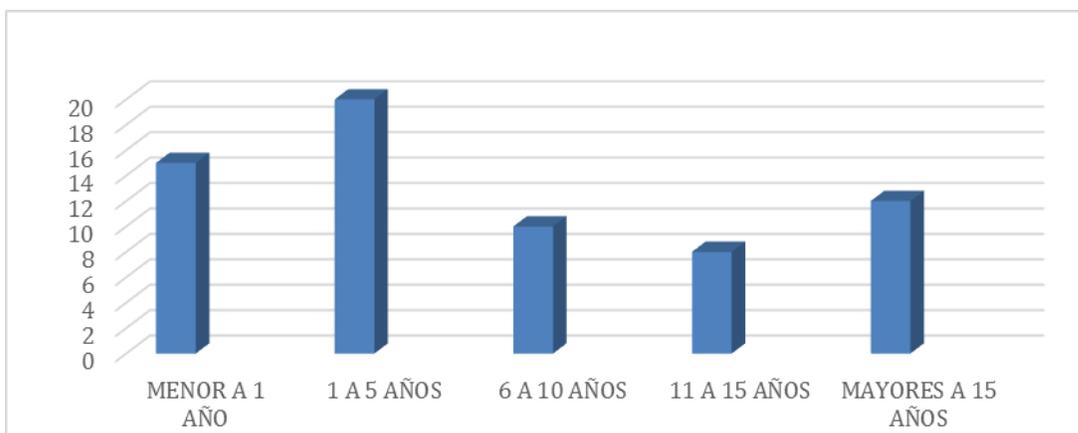
GRÁFICO N° 2: Representación de población, según edad, de los Enfermeros del servicio de Guardia Central del Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba del período Junio a octubre 2019.



Fuente: Encuesta

Comentario: Se observó que la edad entre 41 a 50 años (60%) represento el mayor porcentaje del personal consultado, un 40 % tiene entre 31 y 40 años, mientras que un 30 tiene entre 21 y 30 años.

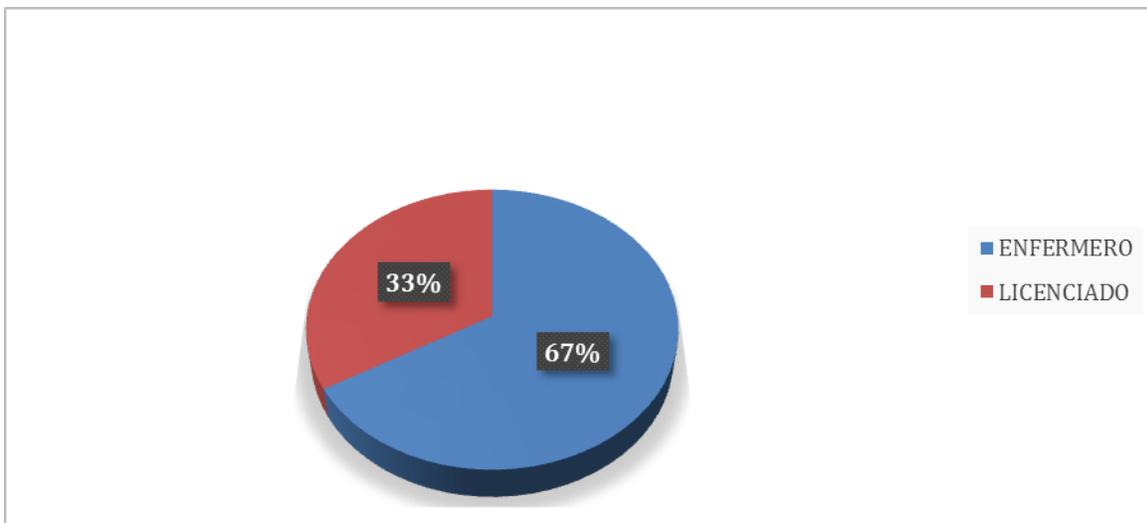
GRÁFICO N° 3: Población según antigüedad, de los Enfermeros del servicio de Guardia Central del Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba, en el período Junio a octubre del 2019.



Fuente: Encuesta

Comentario: El mayor porcentaje del personal consultado (20%) tiene una antigüedad entre uno y cinco años, (14 %) tiene una antigüedad menor a un año, (12%) más de quince años, un (10 %) entre 6 a 10 años de antigüedad y (8 %) entre 11 a 15 años de antigüedad.

GRÁFICO N°4: Población según Nivel Académico de los Enfermeros del servicio de Guardia Central, del Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba en el período Junio a octubre del 2019.



Fuente: encuesta

Comentario: Según el Nivel Académico, los Enfermeros representaron el mayor porcentaje (67%), y un (33 %) son Licenciados en enfermería.

Tabla N°1 Dificultades para cuidar a pacientes en crisis de abstinencia a sustancias tóxicas, relacionadas con los Enfermeros del servicio de Guardia Central, del Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba, en el período Junio a octubre del 2019.

Las Dificultades Relacionadas con Los Enfermeros/as.	De acuerdo		Desacuerdo		TOTAL
	F	%	F	%	
1) Los Conocimientos sobre La intervención en Pacientes Con Crisis	-	-	-	-	-
2) La Experiencia en la Atención A Pacientes con Crisis de Abstinencia.	5	20	20	80	25
3) El Manejo de la Ansiedad, la Angustia, el Estrés que generan las conductas Violentas del Paciente en Crisis.	20	80	5	20	25
4) La comprensión de las conductas hostiles desafiantes y violentas como síntomas de crisis de abstinencia	5	20	20	80	25
5) La tolerancia al fracaso en algunas Intervenciones con dichos pacientes	-	-	-	-	-

6) Otras dificultades	█	█	█	█	█
Total, Respuestas	25	-	25	-	50

Fuente: encuesta auto ministrada

Comentario: Se observa que con respecto en las dificultades que presentan los enfermeros se destacan, la falta de experiencia en la atención a pacientes con crisis de abstinencia como así también la dificultad al manejar la ansiedad, angustia que podrían generar las conductas violentas de los pacientes en crisis.

Tabla N°2: Dificultades ante la situación de crisis para cuidar a pacientes en crisis de abstinencias a sustancias tóxicas de los enfermeros del servicio de Guardia Central del Sanatorio Francés de la ciudad de Córdoba, en el período Junio a octubre del 2019.

Dificultades Ante la Situación en Crisis.	De acuerdo		Desacuerdo		Total
	F	%	F	%	
1) Interviene con ausencia De Equipo Profesional	15	60	10	40	25
2) Controlar y criticar al Paciente	5	20	20	80	25
3) Realizar comentarios o peticiones claras simples pausadas y directas	-	-	-	-	-
4) No guardar distancia colocándose fuera del espacio personal del paciente	5	20	20	80	25
5) No prever salidas cercanas	-	-	-	-	--
6) No dar la espalda	-	-	--		-
7) Al paciente no se encuentra dentro del campo visual del enfermero	--	-	-	-	-
8) Mirar fijamente a los ojos al Paciente	-	-	-	-	-

9) Usar gestos amenazantes y tono de voz elevados	-	-	-	-	-
10) Otras dificultades	-	-	-	-	-
Total, Respuestas	25	-	50	-	75

Fuente: encuesta auto ministrada

Comentario: se observa que la falta de un equipo multidisciplinario para el abordaje de la crisis de abstinencia es la dificultad más señalada en esta dimensión (60%), seguido por otras dificultades como la unificación de criterios y la comunicación del equipo de atención. También cabe resaltar que las dificultades relacionadas con el vocabulario usado.

Tabla N° 3: Dificultades relacionadas con el Equipo Multidisciplinario para cuidar a pacientes en crisis de abstinencia a sustancias tóxicas, de los enfermeros del servicio de Guardia Central del Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba, en el período Junio a octubre del 2019.

Dificultades Relacionadas Con el Equipo Interdisciplinario	De acuerdo		Desacuerdo		Total
	F	%	F	%	
1) Intervención solo de Enfermeros/as Con ausencia de médicos psicólogos y psiquiatras y toxicólogos.	-	-	-	-	-
2) Medicación con prescripción desactualizada.	-	-	-	-	-
3) Escasa disponibilidad y cantidad de medicación indicada.	10	40	-	-	10
4) Ausencia de acompañamiento terapéutico permanente.	15	60	-	-	15
5) Evaluación esporádica de conductas de riesgo para sí mismo y para terceros.	-	-	-	-	--

6) Otras dificultades	-	-	--	-	-
Total, respuestas	25	100	-	-	25

Fuente: Encuesta auto administrada

Comentario: se observa que el 60% de los encuestados señalan como mayor dificultad para la atención del paciente en crisis de abstinencia, la falta de terapeutas durante todos los turnos; seguido en un porcentaje menor la falta y disponibilidad de medicación (40%).

Tabla N° 4: Dificultades relacionadas con el medioambiente, para cuidar a pacientes en crisis de abstinencia a sustancias toxicas de los enfermeros del servicio de Guardia Central del Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba, en el período Junio a octubre del 2019.

Dificultades relacionadas con el medioambiente	De acuerdo		Desacuerdo		Total
	F	%	F	%	
1) Ambiente irritable, ruidos molestos Y luz intensa.	15	60	10	25	25
2) Ausencia permanente del Personal de Seguridad.	5	20	20	25	25
3) Contactos con Personas que lo irritan o alteran.	--	-	-	-	-
4) Presencia de armas circunstanciales, accesorios u objetos (tijeras, vasos de vidrios, limas de uñas) al alcance del paciente.	5	20	20	25	25
	-	-	-	-	-

5) Escaso al control de ingreso de sustancias energizantes, alcohol, cigarrillos y sustancias toxicas.					
6) Ausencia de acompañamiento familiar permanente.	-	-	-	-	-
7) Otras dificultades.	-	-	-	-	-
Total, resultados	25	100	50	75	75

Fuente: Encuesta auto administrada

Comentario: El 60% del personal acordó que el medio ambiente (Ambiente irritable ,ruidos molestos y luz intensa ,son dificultades relacionadas para cuidar a pacientes en crisis de abstinencia a sustancias toxicas, se observa además que el (20%) de los encuestados señalaron en esta dimensión que la ausencia de personal de seguridad, la falta de control de los objetos y medicación que se ingresan y la carente participación de la familia son las dificultades más importantes en el tratamiento del paciente adicto, en un porcentaje un poco menor a las mencionadas señalaron las relacionada con la ausencia de la familia en tratamientos prolongados y otras dificultades como son la falta de recurso de los pacientes, la cultura y las costumbre y la ausencia de legislación al respecto. Según los resultados obtenidos no presentan dificultades: el contacto con personas que lo irritan o alteran, él escaso control de ingreso de sustancias toxicas, y la ausencia de acompañamiento familiar permanente.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Se entiende que durante las crisis de abstinencia a sustancias tóxicas, la participación del equipo de salud es clave, específicamente el accionar de enfermería, quienes se encargan de la contención tanto física como emocional del paciente, la familia del paciente y además de promover la seguridad del paciente y de terceros y el manejo farmacológico de la crisis de abstinencia donde el compromiso, la empatía y el trato cordial son fundamentales.

Analizando los datos obtenidos de una institución privada como lo es el Sanatorio Francés, como se vio reflejado en lo planteado anteriormente, se hizo referencia a datos claves, donde se expresa que el mayor porcentaje del personal son de sexo femenino (60%), con más de 6 años de antigüedad, como otro dato importante y donde se expresó que la edad promedio del personal es de 31 a 40 años. Otro dato no menor, es el nivel académico del personal (60% profesionales). Al

momento de realizar las encuestas varios de los participantes (40%), hicieron referencia a la distribución del espacio físico, a la accesibilidad de medicación y al desconocimiento del correcto manejo de la crisis de abstinencia por falta de protocolo al cual ajustarse.

Habiendo analizado los resultados se observó en la dimensión referida a las

Dificultades en la intervención en crisis de abstinencia relacionada con los Enfermeros que la mayor dificultad para el cuidado señalada en un 80% fue la ansiedad que generan en las conductas hostiles e impulsivas de los pacientes y en igual porcentaje la comprensión de estas conductas como síntomas de crisis. De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio se pudo concluir que lo expresado por Jesús Molina Mula (2012) citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015) “las actitudes, percepciones y conocimientos de las enfermeras influyen en la calidad de la atención a estos pacientes. A su vez estas actitudes están condicionadas por el grado de conocimiento teórico y experiencia práctica de la asistencia en crisis de abstinencia”. Coincide lo respondido en la Dimensión “dificultades relacionadas con los enfermeros” donde señalaron que el estrés, la ansiedad y la falta de conocimientos teóricos acerca de las actitudes y conductas típicas del síndrome de abstinencia, son una dificultad en el abordaje del paciente en crisis, sobre esto esta autora, también señala que es patente una falta de formación en drogodependencias y una escasa presencia en los planes de estudio de pre y postgrado, y que los profesionales de enfermería han estado históricamente presentes en la atención a drogodependientes más que otros grupos de profesionales sanitarios y son pieza clave. Por todo ello, considerara necesario profundizar en esta materia por la escasez de evidencia que aporte soluciones al respecto. De la dimensión relacionadas a las dificultades en la intervención en crisis de Abstinencia en situación en crisis el 60 % de los encuestados afirmó como dificultad principal de esta dimensión a la falta de un equipo multidisciplinario para el abordaje de la crisis, seguido por otras dificultades no contempladas en el instrumento como la unificación de criterios y la comunicación del equipo de atención. También cabe

resaltar que las dificultades relacionadas con el vocabulario usado, las críticas y la previsión por los enfermeros durante la crisis del paciente superaron la media señalada.

Los encuestados están de acuerdo que es esencial que la enfermera vea y resuelva las actitudes negativas basadas en tres los tres conceptos relacionados: “el Paciente no está enfermo”, “el paciente solo es malo”, “el paciente debe ser castigado”, porque estas actitudes son las que dificultan las relaciones terapéuticas coincidiendo con la descripción de Susan Irving, (1975) citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015), teniendo en cuenta que la mejora de cada una de las áreas afectadas va a influir de forma directa e inmediata en el resto. Dada la complejidad de la intervención interdisciplinar, se hace necesaria la existencia de protocolos de actuación para las distintas áreas profesionales, a fin de promover la coordinación en las intervenciones terapéuticas.

Dichos protocolos tienen por objetivo definir, homogeneizar, enriquecer y ajustar las actuaciones de las distintas áreas profesionales, como garantía de una intervención interdisciplinar de calidad. Verdugo, Miguel Ángel (2010) citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015).

En cuanto a la dimensión, dificultades en la intervención en crisis de abstinencia:

“relacionada con el medio ambiente” los encuestados señalaron a las tres sub dimensiones: ausencia de personal de seguridad, falta de control de los objetos y medicación que se ingresan y carente participación de la familia como las dificultades más importantes en el tratamiento del paciente adicto.

En un porcentaje mayor se señalaron las relacionada con la ausencia de la familia en tratamientos prolongados y otras dificultades no contempladas en el instrumento como son la falta de recurso de los pacientes, la cultura y las

costumbre y la ausencia de legislación al respecto. Coincidiendo con lo expresado por Philips (1984) citado por Bustos, Claudia, Córdoba, Claudia & Lezama, Carina (2015), que señala que el acompañamiento y contención del paciente adicto en abstinencia ,consiste en la intervención mediante la palabra y los actos, en diferentes situaciones en las que el paciente requiera sostén y contención, especialmente en las situaciones de agitación psicomotriz, con el objeto de ofrecer un espacio de dialogo en la que la problemática pueda encausarse y contenerse a través de la palabra en situaciones de conflicto y tensión, favoreciendo la comunicación del paciente, para ello es necesario una relación terapéutica basada en la confianza y la empatía.

El consumo de sustancias tóxicas supone una importante carga para la sociedad, por lo tanto, las creencias individuales influyen en las actitudes de los profesionales de enfermería al intervenir con pacientes drogodependientes. Debemos tener en cuenta que los prejuicios, valores personales y actitudes pueden influir de forma muy negativa en el proceso terapéutico.

En resumen, podemos decir que, las conductas del síndrome de abstinencia son muy diversas y dependen de varios factores, Las conductas de agresividad y hostilidad del paciente hacia sí mismo y a terceros es un componente importante de las crisis de abstinencia, Cuando hay determinadas dificultades que puedan llevar a un déficit en el manejo de estas conductas violentas, se convierten en un verdadero riesgo de seguridad de los equipos de enfermería que asisten a estos pacientes.

En las categorías descritas el personal de enfermería coincidió en sus respuestas y se afirmó que en las cuatro dimensiones existen dificultades de relevancia. Podríamos afirmar que acorde a los resultados los factores más importantes de dificultad en el manejo de crisis de abstinencia son los siguientes:

La falta de conocimiento, teórico y práctico o sea de experiencia en los enfermeros para tener herramientas útiles para abordar estas crisis.

La ausencia de la conformación de un equipo interdisciplinario que aborde la problemática y se marquen pautas y criterios a seguir frente a los pacientes y la carencia de controles de seguridad en el ingreso de objetos, armas, sustancias tóxicas por parte de personal de seguridad en cuanto a los aspectos de la seguridad los más relevantes fueron ,la carencia de personal de seguridad que asista a los profesionales en caso de violencia y la carencia de infraestructura hospitalaria de salidas emergentes en caso de ataques violentos .

La falta y falencias en la prescripción de medicamentos y su falta de actualización como también de medicación para el control de las crisis constituyeron un factor importante a considerar.

En cuanto al apoyo y contención psicológica surgió la ausencia de acompañantes Terapéuticos de contención emocional en todos los turnos. Así también el tema del control y manejo de las crisis, está íntimamente vinculado a la Problemática de la seguridad hospitalaria y guarda relación con los hechos de violencia que en general son cada vez mayores en los hospitales dentro del sistema de salud Pública en Argentina.

En el siguiente estudio se planteó como objetivo general Determinar mediante un estudio descriptivo, transversal que dificultades presentan los enfermeros al brindar cuidados a pacientes en crisis de abstinencia en el Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba en el periodo que comprende en los meses Junio a octubre 2019. Y como Objetivos Específicos:

Describir las dificultades en la intervención en crisis de abstinencia relacionada con:

- Dificultades relacionadas con los enfermeros.
- Dificultades ante la situación en crisis.
- Dificultades con el equipo multidisciplinario.
- Dificultades relacionadas con el medio ambiente.

Se concluyó que:

Las dificultades relacionadas con los enfermeros son:

El manejo de la ansiedad, la angustia, y el estrés que generan las conductas violentas del paciente en crisis.

Las Dificultades relacionadas con la situación en crisis de abstinencia son:

La intervención con la ausencia de equipo profesional.

Las Dificultades relacionadas al Equipo Multidisciplinario para cuidar a pacientes en crisis de abstinencia a las sustancias tóxicas son:

Ausencia de acompañamiento terapéutico permanente.

Las Dificultades relacionadas con el medio ambiente son:

Ambiente irritable, ruidos molestos y luz intensa.

Conclusión

Si bien, como se mencionó anteriormente la empatía y el trato cordial y la buena disposición a atender al paciente son necesarias para el abordaje de la crisis de abstinencia, no suelen ser suficientes para el manejo integral de estos casos, donde además de la buena voluntad (dato observado en el caso de los Enfermeros encuestados en el Sanatorio Francés), se debe contar con una base de conocimientos sólidamente fundamentados, contar con espacio físico adecuado, el acceso seguro y eficaz de medicación para el manejo farmacológico de la crisis, fueron las dificultades que presentaron los enfermeros para cuidar a los pacientes en crisis de abstinencia a sustancias tóxicas en el Sanatorio Francés de la Ciudad de Córdoba en el periodo Junio a Octubre 2019.

Recomendaciones

Concluida la presente investigación, se hace necesario reflexionar sobre el aumento del consumo de sustancias tóxicas en la población, sobre todo en adolescentes y jóvenes, y el aumento de accidentes viales ha llevado un cambio radical en las características del paciente que hoy asiste a las guardias médicas de los centros asistenciales, por lo que la atención y el cuidado del paciente poli adicto ya no es exclusivo de los servicios de psiquiatría. Esta realidad nos enfrenta a la urgente necesidad de contar con enfermeros capacitados para entender, comprender y reconocer las características de este nuevo paciente y los procesos de su enfermedad.

Por lo que se recomienda:

- 1) Dar a conocer los resultados
- 2) Publicarlos.
- 3) Profundizar el tema con otros estudios.
- 4) Promover la capacitación y formación de los enfermeros sobre el paciente en crisis de abstinencia a sustancias tóxicas. A través de, la formación desde un enfoque biopsicosocial que le permita al enfermero a integrarse en equipos multidisciplinarios y contribuir desde la enfermería a la consecución de objetivos. Con propuestas de intervención que partan del conocimiento de las características epidemiológicas de cada individuo, familia y comunidad, con acciones que se realicen desde la relación entre:

✓ La intervención terapéutica (valoración y diagnóstico)

✓ Intervención médico-farmacológica.

✓ Intervención psicológica (evaluación de conductas, intereses y motivaciones)

✓ Intervención social (programas de tratamiento y seguimiento)

5) Promover políticas públicas en la formación de equipos multidisciplinarios que aborden este problema a nivel central. La intervención social podría definirse como el proceso de vinculación con la realidad social, económica, cultural, afectiva que realiza una persona después de un periodo de crisis, de aislamiento o de exclusión con dicha realidad. Al igual que ocurre con la asistencia, no existen programas de incorporación o de inserción rígidas, sino que deben elaborarse procesos o itinerarios de incorporación individualizados para cada persona. Toda incorporación tendera a ser global, abarcando diferentes áreas para no estar condenada al fracaso a medio y largo plazo. Deberá iniciarse en el momento del tratamiento, y no considerarlo una fase posterior al mismo para conseguir la incorporación en su entorno social.

El profesional de enfermería es, dentro del equipo multidisciplinario, el agente de mayor presencia ya que es un referente de la comunidad a la que brinda cuidados y favorecen a la identificación de problemas de salud, asumiendo el compromiso en la concreción de objetivos como la obtención de resultados

6) La participación activa de enfermería en la planeación y planificación de políticas de seguridad hospitalaria. Las investigaciones indican que cuanto mayor es el grado de compromiso de los dirigentes con la mejora de la seguridad y de los procesos, mayor es también el compromiso del resto de la fuerza de trabajo. Esto a su vez tiene una influencia positiva en el rendimiento de los empleados y en la prevención de incidentes adversos. El

compromiso visible incluye la aportación de recursos humanos y financieros adecuados en un esfuerzo sostenido por la seguridad.

Referencias Bibliográficas

- Anderson S, Eadie D, MacKintosh A, Haw S. (2001) *Management of alcohol misuse in Scotland: the role of Accident and Emergency nurses*. *Accid Emerg Nurs*. 9(2), pp 92-100.
- Benner, P. (1984). *Desde el principiante al experto: excelencia y poder en nursingpractice clínica*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Irving S. (1975). *Enfermería Psiquiátrica*. México: Interamericana.
- Indig D, Copeland J, Conigrave K, Rotenko I. (2009). *Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations*. *Int Emerg Nurs*. 17(1), pp 23-30.
- Fornes Vives, J. (2005). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. España: Panamericana.
- Kelleher S. (2007) *Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users*. *Accident And Emergency Nursing*. 15(3), pp 161-5.
- Molina Mula, J. (2012) *Impacto de las actitudes de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes*, Grupo de

- Investigación Balear de Enfermería en Drogodependencias. España: Index Enfermería. 21(4), pp214-218.
- Philipas, S., & Benneria, P. (1984). Crisis of Care: Affirming Restoring Caring Practices in the Helping Professions. En el Hogar al Paciente Consumidor de Drogas. *Revista de Salud Pública, Suplemento especial*.
 - Organización Mundial de la Salud. (2005) *Neurociencias del consumo y dependencias de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C: OPS. Recuperado: www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
 - Verdugo, B. et al (2010) *Protocolo de intervención psicológica*. Madrid: Autor
-
- Alligood, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª ed.) España: Elsevier
 - Anderson S, Eadie D, MacKintosh A, Haw S. (2001) *Management of alcohol misuse in Scotland: the role of Accident and Emergency nurses*. *Accid Emerg Nurs*. 9(2), pp 92-100.
 - Carrascosa Sanchez, P., BellverCebria A. (2004). Marco conceptual en que se inscriben los cuidados enfermeros a las personas drogodependientes y en la salud mental *Revista Española de Drogodependencia*.
 - Cook, J. (1999). *Enfermería Psiquiátrica*. (2ª ed.). España: Editorial Interamericana
 - Benner, P. (1984). *Desde el principiante al experto: excelencia y poder en nursing practice clínica*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley .
 - Bustamante, M. E., (2012). *Percepción del equipo de enfermería sobre su formación para cuidar a usuarios adictos internados en servicios médicos y quirúrgicos de un Hospital General de referencia Nacional*. Uruguay: Autor.
 - Davila, E. "et al." (2008). *Protocolo de Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica*. Clínica Neuropsiquiatría: Alcmeon.
 - Fornes Vives, J. (2005). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. España: Panamericana.
 - Gonzalez Menendez, R. (2008). *Terapéutica Psiquiátrica Integral*. (2ª ed.) La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
 - Gonzalez, S. (2010). *Guía para el manejo Psiquiátrico del Síndrome de abstinencia del paciente alcohólico en el primer nivel de atención*. México.
 - Gordon M. (2007). *Manual De Diagnostico De Enfermería*. España: Mcgraw-Hill / Interamericana De España, S.A.
 - Hernandez Sampieri, R. Fernandez Collado, C. Baptista Lucio, P. (2011). *Metodología de la Investigación*. Editorial: McGraw-Hill.
 - Irving S. (1975). *Enfermería Psiquiátrica*. México: Interamericana.
 - Indig D, Copeland J, Conigrave K, Rotenko I. (2009). *Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations*. *Int Emerg Nurs*. 17(1), pp 23-30.
 - Kelleher S. (2007) *Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users*. *Accident And Emergency Nursing*. 15(3), pp 161-5.
 - Larger Brancolini, F. (2004). Actuación de enfermería en el proceso de recuperación de las drogodependencias. *Revista Española de drogodependencias*

- Limonta Varona, H., (2011). *Conducta del personal de enfermería frente al consumo de drogas ilegales en pacientes hospitalizado* Hospital Psiquiátrico de la Habana: Cuba, 8(1).
- Lopez Honrubia, R. (2004). Aproximación a la percepción social de las drogas en dos colectivos de Enfermería *Revista Española de drogodependencias, Publicación especial*.
- LLopisLLacer, J.J; Castillo Aguilera, A. (2011) Utilidad del Tratamiento con Carbamazepina en Pacientes con Diagnóstico de Trastorno por Abuso/Dependencia de Cocaína. *Revista de adicciones*, 20(3).
- Martínez González, M. (2011) *Papel de la Enfermería en el tratamiento integrado de la patología dual*. Buenos Aires: Autor
- Molina Mula, J. (2012) *Impacto de las actitudes de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes*, Grupo de Investigación Balear de Enfermería en Drogodependencias. España: Index Enfermería. 21(4), pp214-218.
- Navarro De Sáez, M. & Medina, V., (2007). Análisis Crítico del Cuidado de Enfermería en el Hogar. *Revista de Salud Pública*. 2 (1), pp.28-36.
- Philipas, S., & Bennería, P. (1994). Crisis of Care: Affirming and Restoring Caring Practices in the Helping Professions. En el Hogar al Paciente Consumidor de Drogas. *Revista de Salud Pública, Suplemento especial*.
- Pineda, E. B., De Alvarado, E. L. (2008). *Metodología de la Investigación*. Editorial: OPS. Washington.
- Rigol, A., Ugalde, M. (2007) *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. (2ª ed.) Barcelona: Masson.
- Rodríguez Montes, J. A. (2007). *El Poli traumatizado: Diagnóstico Y Terapéutica*. España: Universitaria Ramón Areces.
- Rojas Rodríguez, M. S. (2007) *Atención de Enfermería a Pacientes con Afecciones Psiquiátricas*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Rovira, R. (2006). *Urgencias en Enfermería*. Editorial DAE.
- Seward D. (1992) *Estrés Profesional*. Medicina Laboral. México: Manual Moderno.
- Valverde, J. (2012) *Los pacientes adictos y las distintas evaluaciones de desempeño ocupacional en terapia ocupacional*. Buenos Aires: Autor
- Verdugo, B. et al (2010) *Protocolo de intervención psicológica*. Madrid: Autor
- La salud mental en la crisis social. (dic.2003 - Enero/Feb. 2004) *Revista Argentina de Psiquiatría, N°54 Volumen XIV*. Recuperado: www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex54.pdf
- Argentina, Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico & Observatorio Argentino de Drogas (2011). *Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media, sobre consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo y protección asociados*. Buenos Aires: Autor
Recuperado: www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Quinta%20Encuesta%20Nacional%20a%20Estudiantes%20de%20Ense%C3%B1anza%20Media%202011.pdf.
- Universidad de Buenos Aires. (20014). *Hay alcohol o droga en sangre en 3 de*

cada 10 conductores. Buenos Aires: Autor. Recuperado:
www.uba.ar/comunicacion/detalle_notas.php?id=15751