

Drogen mendekotasunaren esku- hartzean diharduten profesionalen kezkak

Inquietudes de los/las profesionales en la intervención en drogodependencias

Asistentzia Batzorde Teknikoa Droga Mendekotasunen Aholku Kontseilua

Comisión Técnica de Asistencia del Consejo Asesor de Drogodependencias

Eusko Jaurlaritza / Gobierno Vasco

11 Marzo de 2004 / 12 de Abril de 2005

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ETXEBIZITZA ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA
Droga Gaietako Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA
Y ASUNTOS SOCIALES
Dirección de Drogodependencias

Índice

	Página
Aurkezpena / Presentación	3
Belén Bilbao Borde – Directora de Drogodependencias	
Hitzaurrea / Preámbulo: Hacia el encuentro y el consenso.....	11
Comisión Técnica de Asistencia del Consejo Asesor de Drogodependencias	
Taller 1.- Hacia una integración real del tratamiento de las drogodependencias en la red asistencial	17
Valerio Sánchez	
Taller 2.- Conductas violentas: Factores preventivos y medidas de contención	39
Gabriel Roldán	
Taller 3.- Impacto de los factores coercitivos externos que afectan al proceso terapéutico.....	72
Teresa Peña	
Taller 4.- Aspectos éticos en el tratamiento de las drogodependencias	83
Blanca Morera	
Conclusiones	111
Comisión Técnica de Asistencia del Consejo Asesor de Drogodependencias	

Aurkezpena

Argitalpen baten hitzaurrea egiteko eskaria jasoz gero, hitzaurre-egileak konpromisoa eta ardura hartu behar ditu, bai eskaria egin dionarekin, bai irakurleekin, bai eta, kasu honetan, memoria kolektiboarekin ere. Testu honetan laburbildurik dauden txostenak lan-jardunaldi baten emaitza dira. Ekitaldi hura 2004ko martxoaren 11n egin zen eta drogamendekotasunetan laguntzeko profesionalak bildu ziren hara. Data hori lehen ez zen kontuan hartzen, baina gaur egun oroimen kolektiborako egun seinalatua da, giza basakeriaren adierazlea eta zibilizazioen arteko adostasunik ezaren erakusgarri argia delako.

Adore eta kemenez gainezka joan ginen jardunaldira, baina goizean goizetik gure aldartea kezka, harridura eta saminez blaitzen hasi zen. Hunkipena izan zen jardunaldian parte hartu genuen guztion lanaren oinarria, eta agian orduko lan hura burutuz -irakurlearen baimenarekin- geure omenaldi xumea eskain diezaikegu egun hartan kaltetutako lagun guztiei. Lerro hauen bidez, bihoazkie hemendik gure begirunea, aintzatespena eta elkartasuna biktimei.

Harira: profesionalen elkargune hori Laguntzarako Batzorde Teknikoaren ekimenez antolatu zen, batzorde hori baita Eusko Jaurlaritzaren Droga Gaietako Zuzendaritzaren Aholku Batzordea osatzen duten talde teknikoetako bat.

2003an, Euskal Autonomia Erkidegoan, 7.065 pertsonari laguntza eman zitzaien alkoholarekin zerikusirik ez zuten drogamendekotasunengatik. Horiek guztiak buru-osasuneko zentroetan, drogamendekotasun-unitateetan, modulu psikosozialetan, egoitzetan eta kartzeletan artatuak izan ziren. Programak eskuratu eta barneratzeko egin diren aurrerapausoek, batez ere agonista opiazeoen arlokoek, oihartzun handia izan dute osasun publikoan: GIBen seroprebalentzia eta hilkortasuna jaitsi egin dira, GIB-HIESaren tratamenduen iraunkortasuna hobetu egin da, eta abar. Gainera, programak erabiltzaileen beharretara egokitzen joan dira eta

horrela gehienak egonkortzen joan dira. Egoera honen ispilua da “tratamendu-hasierak” murriztu egin direla, zerbitzuen erabiltzaile-kopuruak gorantza egin duen arren.

Gaur egun, drogazaleek programan jarraitzeko ez dute lehen beste sartu(berrasi)-irten egin behar. Eusteko ahalmen horrekin lotu dira, hain zuzen ere, aipatutako osasun-onurak eta gizarte-ordenako beste batzuk, hala nola delinkuentziaren murrizketa eta gizarte-integrazioaren hobekuntza.

Horiek horrela, laguntza drogamendekotasun-politiken ardatzetako bat da, eta horri gehitu behar zaizkio kalteak prebenitu eta murrizteko beste esku-hartze batzuk.

Urte hauetan, drogamendekotasun-taldeen ahalegin ikaragarria egin dute beren esku-hartzeak, helburua eta lan-prozedurak egokitzeko, eta lan horren ondorioz errealismo handiagoz heldu ahal izan zaio gaiari, eta lortu diren emaitzek poztu egin beharko gintuzkete.

Zerbitzu guztietan, hala ere, zenbait paziente-taldek porrot egiten dute. Buru-patologia konplexuak dituzten pertsonena talde horietako bat dugu. Paziente horiek halako erronka bat dira gaitzari terapeutikoki heldu nahi diotenentzat, eta sendagile, erizain, gizarte-langile, psikologo eta abarri denbora dezente kentzen diete. Oso kronifikatuta dauden pertsonak beste talde bat osatzen dute. Pertsona horiek ez dute kontratu terapeutikoa betetzen, behin eta berriro porrot egiten dute edo zerbitzuetara joan ere ez dira egiten eta gizarte-bazterketan bizi dira. Azkenik, agindu judiziala tartean dela zerbitzuetara joaten direnak ditugu; pertsona horientatik profesionalek zalantzan jartzen dute beren rola.

Ondo aztertu behar da zergatik gertatzen den porrot terapeutikoa eta zergatik sortzen diren zerbitzuak eskuratzeko zailtasunak. Horrela, pertsona horiek errazago ekingo diete programa terapeutikoei, eta programa horietatik, ezbairik gabe, etekina aterako dute.

Hesi burokratikoak desagertuz gero, eta drogazaleen baliabide sanitarioak eta soziosanitarioak (buru-osasuneko zentroak, eskakizun gutxiko edota harrerako zentroak, kalteak murrizteko programak, eta abar) koordinatzeko sistemak hobetuz gero, esfortzu gutxiago egin beharko lirateke eta eragile askok parte hartzen duten esku-hartzeei koherentzia emango litzaieke.

Erronka handia da kalean eta kartzelan bizi izatearen gurpil zoroa haustea, gizarte-bazterketaren arloan. Metadona-programen arrakastarekin batera, droga-kontsumoarekin

lotutako delinkuentzia izugarri murriztu da. Anbulatorioetan edo komunitate terapeutikoetan egiten diren tratamendu alternatiboetarako, behar besteko babes behar izango da eta auzitegiekin eta atxilotuei laguntzeko zerbitzuekin behar besteko koordinazioa lortu.

Eskaintza terapeutikoak ugaltu egin dira, esku-hartzeko eredu egoki eta pertsonalizatu bidez, ondo koordinaturik dauden diziplina anitzeko taldeen bitartez eta zenbait botikak (esaterako, diazetilmorfinak eta buprenorfina) ezaugarri terapeutikoak dituztela onarturik. Ugaltze horrek aukera berriak eskain diezaizkieke beste alternatiba terapeutiko batzuetan porrot egin duten pazienteei.

Azken urteotan, drogamenekotasunen egoera dezente aldatu da eta ondoko arazoak azaleratzen ari dira:

- ▶ Alkoholarekin zerikusirik ez duten drogamenekotasunengatik emandako tratamendukasuen kopuru osoa beherantz doa etengabe, 1992az geroztik.
- ▶ Kokainak heroina atzean utzi du tratamendua eskatzen duten gaien arloan, eta gaur egun gehienbat erre eta esnifatu egiten da, eta dezente jaitsi da injekzio bidezkoa.
- ▶ Anfetaminen kontsumoa dela-eta dator pazienteen %17,2, eta kanabisaren kontsumoarengatik, berriz, %16,2, 2002an.
- ▶ Nerabeak gero eta gazteago hasten dira legezko eta legez kanpoko gaiak hartzen, batez ere alkohola, tabakoa eta kanabisa.
- ▶ Gai horiek gogotik kontsumitzea sarritan arrisku-faktoreekin lotu izan da, esaterako, nortasun-nahasmenduekin, eta adikzio-nahasmenduak gertatzeko aukerak areagotu egin dira.
- ▶ Adostasuna dago diagnostiko eta tratamendu goiztiarrek pronostikoa hobetu dezaketela proposatzeko.

EAEko Drogamenekotasunen V. Planak prebentzio selektibo eta berariazkoaren programak bultzatzen ditu, eta programa horiek agerian jarriko dute nerabe eta gazteen auzi ezkutu bat. Izan ere, pertsona horiek alkohol eta kanabisa modu kezagarrian kontsumitzen dituzte, jokabide-nahasmenduak jasaten dituzte eta familian nahiz gizartean moldatu ezinik bizi dira. Hori dela eta, profesionalen laguntza behar izaten dute.

Arazo horri eraginkortasunez heltzeari eta gazteei eta beren familiei laguntzeari ekin beharko diegu datozen urteotan, drogamenekotasunen arloan. Horretarako egokitu egin beharko gara, norbere esparrutik nahiz talde barruan.

Aurkezpena / Presentación

Horretarako, talde sendoak ditugu, esaterako, jardunaldi hauetan parte harturik beren esperientzia eta ezagupideak erakutsi dituztenak. Gainera, profesional berriak ere baditugu, aurki arlo hau jorratzen hasiko direnak, eta jende horrek haize berriak ekarriko ditu, sustraien sendogarri, arreta drogazaleen eremu zabalera ekarriz. Horiei guztiei bihoazkie hemendik gure aintzatespena eta esker ona, egin duten lanagatik. Bukatzeko, bihotz-bihotzez gure adorea helarazi nahi diegu, etorkizunean ere ondoan izango gaituztela hitzemanik.

Belén Bilbao Borde

Droga Gaietako Zuzendaria

Taller 2

Conductas violentas: Factores preventivos y medidas de contención

Autor: *Gabriel Roldán Intxusta*

Participantes:

<i>Bittor Arrizabalaga</i>	Proyecto Hombre Gipuzkoa
<i>Manuel Conde</i>	Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Mondragón
<i>Carlos Cordovilla</i>	IRSE-Vitoria
<i>Unai Elordui</i>	
<i>Rakel García</i>	Módulo Psico-Social Deusto-San Ignacio
<i>Mónica García</i>	Agiantza
<i>Ana V. Gil</i>	Bitarte PMM Donostia
<i>Juan Manuel Jiménez-Lerma</i>	Centro Tratamiento de Toxicomanías de Álava
<i>Ioseba Iraurgi</i>	Módulo de Asistencia Psico-Social de Rekalde
<i>Sara Irigoien</i>	Proyecto Hombre Bizkaia
<i>Unai Lizarraga</i>	Bizitegi
<i>Iñaki Markez</i>	CSM Galdakao
<i>Fernando Mediavilla</i>	Módulo Psico-Social Auzolan
<i>Xabier Moñuz</i>	AGIPAD
<i>Garbiñe Orbe</i>	Centro para la Incorporación Social - Goiztiri
<i>Julen Perurena</i>	AGIPAD
<i>Alaitz Picaza</i>	Sala de Consumo de Menor Riesgo (Médicos del Mundo)
<i>Jon Ruiz</i>	Fundación Etorikintza
<i>Paulino Santamaría</i>	Cáritas Diocesana de Bilbao
<i>Elixabete Usoz</i>	Bitarte PMM Donostia

Transcripción: *Elena Agirre Alberdi*

Introducción

El 11 de Marzo del 2004, nos reunimos convocados/as por la Comisión de Asistencia del Consejo Asesor de Drogodependencias en el Palacio Miramar de San Sebastián para realizar el Taller de "Conductas violentas: Factores preventivos y medidas de contención". Fue un día que perdurará en el recuerdo de todas las personas por el atentado en Madrid. A lo largo de la Jornada de trabajo nos iban llegando noticias de su dimensión, y el horror de los muertos que se iban acumulando se cruzaba con nuestra tarea y la hacía empequeñecer; plasmándonos la realidad de la violencia de una forma bien cruda.

El contenido de la publicación es el resultado de un trabajo que inicio la propia Comisión asistencial haciéndose eco de un fenómeno con gran impacto en los tratamientos, que muchas veces queda silenciado como son las conductas violentas y sus repercusiones.

La primera parte del texto recoge los contenidos desarrollados a lo largo del Taller del 11 de Mayo, tratando de analizar las posibles razones que provocan las situaciones o conductas violentas en los/las pacientes y también en los/las profesionales y los equipos de atención; tomando como base las propias experiencias de una veintena de profesionales (ATS, educadores sociales, enfermeras psiquiátricas, integradores/as sociales, maestros, médicos-psiquiatras y psicólogos/as) de diferentes tratamientos de atención a drogodependientes de la C.A.V. Mas adelante se reflexiona sobre las repercusiones de las situaciones de violencia en los equipos asistenciales y que hacer con las personas asistidas que por sus características violentas producen temor en el ámbito profesional al verse expuestos/as a situaciones de riesgo y que nadie quiere atender.

En la segunda parte se presenta una guía con una serie de pautas con la intención de ayudar a identificar y actuar precozmente ante un episodio de violencia inmediata por parte de un/a paciente y como abordarlo; así como planificar medidas preventivas futuras.

El tratamiento a drogodependientes es complejo por los condicionantes que acompañan a las vidas de las/los pacientes en su adicción y las consecuencias de las mismas; así como la psicopatología asociada a muchos de ellos/ellas, lo cual hace difícil la relación asistencial. La violencia que pueda desarrollarse en el transcurso del mismo, el temor y el stress que genera en

los equipos de tratamiento evidencia la necesidad de la formación y la supervisión de sus miembros además del apoyo institucional a las/los profesionales en su tarea.

Nota: Han colaborado en la redacción del texto con sus aportaciones y correcciones Elena Loiarte, Amalia Urquiola, Elena Aguirre y Pulen Perurena.

Presentación de los Asistentes y Exposición de Motivos

Dependiendo de los lugares de trabajo y experiencias profesionales de los participantes en el taller, las situaciones de violencia en el ejercicio de su profesión se dan de manera puntual en algunos casos mientras que en otros, son algo habitual y va creciendo.

Los asistentes exponen las razones por las que han querido participar en el taller:

- ▶ Interés en *escuchar criterios de otros profesionales*, salir del medio habitual de trabajo y analizar el fenómeno de la violencia desde puntos de vista distintos. Se actúa de determinada manera pero puede haber otras alternativas.
- ▶ Las situaciones en las que hay evidentes signos de violencia van en aumento. Hay disparidad de criterios en cuanto a cómo enfrentarse a esta realidad y las situaciones se pueden complicar mucho. No se sabe cómo actuar, *qué se espera del profesional y qué se espera del usuario*. El cuestionamiento no viene a veces del propio paciente sino del resto de profesionales que te rodean.
- ▶ *Violencia entre los mismos usuarios o pacientes*. El profesional se siente presionado, parece que está obligado a dar respuestas y a asumir esa responsabilidad pero el resultado puede ser lo contrario: el profesional está más preocupado en defenderse y en detectar señales que le puedan proteger que en ayudar. Se sobrelleva la situación porque se está obligado pero, ¿cuál es la salida?
- ▶ La violencia tiene muchas vertientes, no sólo es algo físico. *La sobrecarga puede ser brutal* y tiene sus consecuencias: bajas, estrés, miedos.....¿Cómo abordarlo?

- ▶ **Violencia ejercida por la sociedad en general.** Rechazo brutal hacia los nuevos dispositivos que se van creando (salas de consumo higiénico,...) y a usuarios de los mismos. Por lo tanto, violencia en ambos sentidos.
- ▶ La violencia dentro del encuadre de los programas de tratamiento siempre ha estado presente pero como exclusión. Muchas veces el profesional no es consciente de las situaciones de peligro reales que ha padecido en el ejercicio de su labor y sólo echando la vista atrás, se comprende que la violencia es algo que *siempre ha estado latente*.

Tras la puesta en común de las razones que han llevado a los presentes a interesarse por el taller, tiene lugar el reparto del material y se determinan las líneas de trabajo. Además del guión establecido de antemano, el coordinador del taller se permite incluir un punto para debatir acerca de las **repercusiones en las situaciones de violencia y los equipos de acceso**. Añade que aflorarán elementos como las **incidencias en el estrés, bajas** y un elemento importante: **el miedo**. Señala que el **elemento emocional** siempre está presente, el profesional actúa muchas veces de manera automática, no se es consciente de cómo se responde. Sólo después se para a reflexionar. Son situaciones emocionales.

También se hablará del **desgaste**, no sólo del personal sino también de la **confrontación profesional** que provoca la limitación del trabajo en red con otros profesionales.

Según el coordinador, en la exposición inicial de los participantes hay diversidad de criterios a la hora de considerar la violencia. Hay un tipo de violencia fácilmente reconocible, que es la agresión física (también la menos frecuente) y otro tipo de violencia que está relacionada con los propios equipos y/o instituciones y que es mucho más difícil de definir. Por lo tanto, ésta será la primera tarea para los presentes:

- 1.- Tratar de **definir lo que se entiende por violencia en drogodependencias**, conectándolo con aquellas situaciones emergentes que se presentan en el trabajo diario y
- 2.- **reflexionar sobre posibles razones que provocan esas conductas violentas en los pacientes.**

Se desata la “tormenta de ideas”:

- ▶ Tomando como referencia un ciclo de 20 años (desde que se ponen en marcha los dispositivos en el País Vasco hasta el momento actual) e intentando analizar el fenómeno de la violencia, ¿debería entenderse que el perfil psicosocial y personal de los toxicómanos en la actualidad es el mismo y que lo que han variado son los **abordajes tanto terapéuticos como asistenciales**, y que el aumento de la violencia tendría que ver más con esto (hace años los programas de tratamiento eran mucho más duros que ahora) o es al contrario, y esta violencia que va “in crescendo” no tiene relación con el abordaje asistencial y sí con el carácter más violento de los toxicómanos, debido a factores que se desconocen?
- ▶ Es necesaria la distinción entre **conductas violentas** y **situaciones violentas**. Esta segunda opción es sin duda la peor porque afecta a todo el equipo, se ha impuesto esa situación y ha conseguido enrarecer el ambiente. Cuando la situación de violencia ya se ha fijado, es difícil retomar la situación.
- ▶ Se trabaja con usuarios que han sido expulsados de otras entidades por temas de violencia, se trabaja con ellos como con cualquiera pero cuando la historia se repite ¿qué hacer?
- ▶ Se habla de “**tolerancia cero**” con la violencia pero no es tan sencillo. Se les supone profesionales, especialistas y que tienen que buscar soluciones. Es cierto que los programas han ido rebajando los niveles de exigencia pero eso no ha solucionado los problemas de violencia.
- ▶ Hay muchas **demandas distintas** y los profesionales también tienen **formaciones e ideas diferentes**. ¿Dónde está la clave?
- ▶ **La violencia diferente de la agresión**. Las situaciones de agresión son pocas, las situaciones de violencia sí son emergentes en los servicios. Hay diferentes recursos y mecanismos para manejar las agresiones físicas, en cambio, la situación de violencia es algo latente, es algo que inspira el ámbito del tratamiento y condiciona ese tratamiento.
- ▶ Ámbitos presentes en la violencia. Normalmente se habla del usuario que crea una actitud de violencia y crispa la situación del equipo y éste reacciona. No siempre es así, también se da la **violencia del equipo al usuario**, también está en la calle, se reparte de maneras distintas.

También las diferentes formas o cambios sociales motivan diferentes formas de actuación.

El profesional o el equipo devuelven la violencia al usuario por diferentes razones: enfrentamientos con compañeros de equipo, discrepancias con otros servicios, falta de coordinación...

El profesional se siente violentado por su impotencia a la hora de ofrecer resultados concretos al usuario y le devuelve la violencia. ¿Qué mecanismos hay para contener cuando se dan este tipo de situaciones?

- ▶ La cosa más absurda puede generar grandes dosis de tensión y afecta a todos los que están en el mismo espacio físico. Esa tensión se palpa en el equipo y perdura. Es difícil aparentar normalidad pero hay que **mantener un status** y no dejar que se note. ¿Cómo sobrellevarlo?
- ▶ La violencia (sin ser física) entre los propios usuarios genera un estado de nerviosismo, de ansiedad que claramente acaba afectando al resto de usuarios y al equipo. Es una forma de **hacerse valer**, de no dejarse pisar.
- ▶ Se recuerda los tiempos en los que muchos profesionales no querían tratar toxicómanos porque eran continuamente cuestionados. Esa situación tan tensa fue la que determinó el sistema asistencial de aquel momento, la propia situación del consumidor de drogas, la tensión tan tremenda porque la **droga incurre en situaciones de dolor y sufrimiento que el individuo no quiere reconocer**. También la cuestión de la **urgencia**, el de dar solución inmediata a las demandas del usuario, todos estos **elementos de tensión han estado siempre ahí y siempre estarán** y el profesional que no pueda tolerar estas situaciones, debería replantearse su profesión.
- ▶ El punto anterior hace mención al paciente o usuario antiguo (“dinosaurios”). Entonces las situaciones de **urgencia** venían generadas porque el paciente acudía a los centros con síndrome de abstinencia. Es en este punto donde se producen los cambios. Los usuarios en la actualidad no acuden a los centros en situación de abstinencia sino de intoxicación (consumo de estimulantes añadidos o alcohol), presentan un cuadro psiquiátrico pesado y los equipos no están lo suficientemente preparados para manejar este tipo de situaciones que son más psiquiátricas. Era **más fácil manejar al heroinómano antiguo** (dinosaurios).
- ▶ Se asume que siempre hay tensión pero esto no significa violencia. Cuando hay intimidación en esa tensión, es cuando se genera ese primer punto de violencia. El factor de **intimidación**

es el matiz clave y se da hacia el profesional y del profesional hacia el usuario. Sin este factor de intimidación, el manejo de las situaciones es relativamente sencillo pero cuando se da, los recursos se pierden y se está más pendiente de evitar esa situación de intimidación que en dar respuesta a la misma.

- ▶ **Cambios en la población.** Se advierte entre la población inmigrante (sobre todo de Marruecos y Argelia) que potencialmente tienen más capacidad para desarrollar la violencia sobre todo verbal, amenazas...La violencia física suele ser más puntual.
- ▶ **Trastorno mental y Patologías Duales.** Cuando se da en el usuario, es incontrolable. La falta de formación añadido a otras carencias, ponen al profesional ante un dilema muy difícil.
- ▶ La violencia hay que entenderla como una conducta que ejerce un tipo de **presión** que va a condicionar posteriores actuaciones por métodos muy diversos, no necesariamente agresivos pero sí siempre coactivos. En alguna ocasión se producirá una agresión física pero en la mayoría de las ocasiones, los métodos serán de descalificación y siempre para obtener un beneficio: mantener un status en el centro, en el grupo de iguales, tratar de imponer su discurso.... . Esto se da en los usuarios pero también se puede aplicar a los técnicos, a los profesionales e incluso a la institución. La **violencia ambiental** en los propios equipos, cuando los objetivos de la institución son de otro tipo. A los profesionales se les exigen números, atender a muchos, resultados...se les pide imagen pero no se les da espacio.

El equipo precisa de **espacios** y no los tienen, se enfrentan a situaciones de imposibilidad, se crean confrontaciones con el resto del equipo y los usuarios ¿estas situaciones las genera el usuario?. La presión a la que se somete al profesional también se proyecta al usuario. ¿cómo encarrilar los propios equipos?

- ▶ **Diferencia entre agresividad y violencia.** Las miradas, las formas de hacer las cosas,....se palpa en el ambiente y se consigue el objetivo. Esa acción (una mirada) tiene su objetivo.
- ▶ Los episodios ocasionales de violencia pueden responder a diferentes razones que consternan a todos, desde los usuarios hasta a los profesionales pasando por las familias. Luego está el hecho persistente y que “quema” mucho a los profesionales y que impacta gravemente en la estructura psíquica de las personas sean éstas usuarias o profesionales y es el **MIEDO**. Tener miedo y sufrirlo en el trabajo, es algo que ocurre pero de lo que se habla poco.

Y luego están determinados grupos de personas con una estructura psíquica determinada (**pacientes borderline**) en el que el elemento predominante es el elemento de violencia, personas que apenas toleran la relación de acercamiento, que tienen grandes dificultades en las relaciones y que viven muy amenazadoramente.

Se piden “recetas”, que se tenga más conocimiento pero lo cierto es que nadie sabe cómo tratar a este tipo de pacientes. Las dificultades son tremendas y aunque es cierto que este tipo de intervenciones son escasas, generan mucha tensión en los individuos y muchos estrés en los equipos.

- ▶ **Violencia de género.** Se habla poco pero también existe. Profesionales mujeres que tienen que tomar precauciones extremas no tanto por el miedo a que puedan ser agredidas sino por el elemento sexual.
- ▶ **Minorías étnicas.** Ya de entrada la situación es más violenta porque culturalmente estamos en otra situación. Los profesionales deben aprender a situarse delante de esos pacientes, a reconocer los elementos culturales propios (ej. Gitanos). Culturalmente se les arremete de una manera brutal y crea dificultades enormes atender a este tipo de población, incluso cuando se crean dispositivos específicos.

El encuadre terapéutico que proponen los profesionales no es adecuado a unas determinadas características y sólo el hecho de que cómo son atendidos ya es violento. Así, también se responderá con violencia.

- ▶ No se puede achacar sólo a los profesionales la responsabilidad de la violencia. También es responsable el paciente, no todos los que tienen una patología muy pesada ejercen esa situación de violencia ni todos los inmigrantes actúan de la misma manera. No se puede adjudicar la situación de violencia y agresividad a las diferencias culturales, psiquiátricas o étnicas. El que utiliza la agresión, el que ejerce la violencia es muy consciente de ello, sabe que tiene una fuerza. En el tema de la violencia hay **RESPONSABILIDADES INDIVIDUALES**. Si se está tratando de responsabilizar al paciente para que tome control de su propia vida, no se puede negar la evidencia cuando se producen situaciones de violencia. Los individuos tienen una responsabilidad respecto a una conducta concreta y respecto a la que manifiestan en la relación con los profesionales y los servicios.

Hay que plantearse que si los individuos tienen esa responsabilidad, **¿los servicios están obligados a atenderles siempre?** ¿hasta qué punto los profesionales tienen libertad?. El profesional es consciente de que cuando ciertos individuos entran en el servicio, éstos a su vez son perfectamente conscientes de que pueden establecerse a sus anchas. El profesional está obligado a atender al paciente pero en realidad no se le tiene.

- ▶ **Sensaciones confrontadas.** Cuando un/a compañero/a ha sido agredido de una u otra manera predomina la solidaridad y se rechaza de manera automática al paciente o usuario. Es un punto y final y no hay nada que hacer. Pero ahí radica la complejidad, es un punto y final pero no impide que se cree un malestar porque se les supone profesionales y que deberían de hallar otras respuestas. Es vital encontrar un sistema coordinado a la hora de dar respuestas.
- ▶ Algunas personas que presentan problemas relacionados con la violencia tienen características de una mayor situación de marginalidad, en estos casos, las relaciones de violencia se dan más entre los mismos usuarios que respecto al equipo. En esta situación límite, tienen la sensación de que no hay nada que perder pero hay que **mantener en rol** ante otros compañeros.
- ▶ La violencia nos invade a todos, la agresividad y la violencia son características que están presentes en el ser humano. Hay que tener claro el **tipo de población** con la que se maneja el profesional. En un medio violento, donde las reglas y las relaciones son diferentes de las que existen en la sociedad (ej. prisión), la manera de relacionarse del profesional también tiene que ser diferente. Además, es necesario delimitar **¿DE QUÉ SE PUEDE HACER CARGO EL PROFESIONAL?**. Hay muchas demandas en las que el paciente pretende encontrar solución a todos sus problemas y cuando no es así, se crea esa sensación de frustración que puede desencadenarse en situaciones de violencia. Ese malestar siempre estará presente en la relación profesional-paciente, de ahí que mostrar **coherencia en la línea de actuación** es fundamental y si el profesional reconoce que no puede hacerse cargo del paciente puede derivarlo a otro profesional del equipo.
- ▶ Hay que asumir que el elemento de tensión es una constante cuando se establece una relación profesional-usuario. Lo que hay que calibrar es el **nivel de tensión**, no la tensión en sí misma. También debería hablarse más del **MIEDO**, el miedo que sacude al profesional muchas veces y del que no se habla a la hora de elaborar reflexiones.

- ▶ Se crean situaciones de violencia situacionales, como si existiesen espacios neutros y no es así. **No hay espacios neutros**, siempre se producen síntomas previos, lo que hay que crear son sistemas de detección y aquí entramos en el tema de la formación y de la situación de cada uno de los profesionales.
- ▶ **Resolución de conflictos.** Se da un incremento de conductas violentas en población joven y marginal, sobre todo bajo efecto de sustancias como la cocaína, drogas de síntesis.... La resolución se produce de manera violenta y a esto se ha sumado la mujer, que tiende a buscar soluciones ejerciendo la violencia. No hay recursos suficientes para atender a esta población joven con problemas con el consumo y se les manda de un sitio a otro. Esto es maltrato institucional hacia este colectivo de personas. De todas maneras, la resolución de conflictos de manera violenta también se da en la población “normalizada” y claramente tiene que ver con el consumo de sustancias. Otra cosa es que esa población “normalizada” disponga de otros recursos para cuando entre en la vida adulta.
- ▶ **Dolor.** El elemento violento se entiende como un elemento de dolor, de alguien que va a sufrir pero no se recoge que también encierran **dificultades y limitaciones** que tienen esas personas en el ámbito de la población. Muchas veces tiene que ver con cómo han vivido, con su propia familia. Son limitaciones de personas que tienen importantes dificultades en el ámbito de la relación, en el ámbito de poder manifestar sus afectos, en el ámbito de la palabra.
- ▶ **Imposición y exigencia.** El profesional ejerce este tipo de actitud con este tipo de población, no con otro. Se exige a los pacientes todo tipo de cosas: abstinencia, amenaza de expulsión del centro en caso de mínimo número de positivos, no hay tratamiento si no se está acompañado de familiares, horarios rígidos.....También esto es violencia y en la práctica asistencial está muy presente. Aunque también puede suceder lo contrario y es que este tipo de pacientes tengan un trato preferencial respecto a pacientes “normalizados”.
- ▶ **Poder.** La violencia es la lucha por el poder y se da en ambos sentidos, también hacia el usuario, es el quién puede más entre profesional-paciente.
- ▶ Diferencia entre **situaciones violentas y personalidades violentas.** A menudo se sabe cuando la persona va a actuar violentamente, son situaciones previsibles y de mejor manejo.

En cambio cuando la situación de violencia viene generada no por el usuario sino por el propio sistema o por la institución, es entonces cuando aparecen los problemas. No siempre se trata de lo que los profesionales pueden o no hacer, no se trata tanto de si son capaces o no de manejar una situación como de que se topan con todo un sistema que acaba generando un acto violento en el manejo de esa situación.

- ▶ **Intencionalidad.** En la relación profesional-paciente siempre hay una intencionalidad, toda relación genera una situación de conflicto y algo de violencia siempre se va a producir. Hay que saber como resolverlo.
- ▶ **Derechos del paciente.** Los usuarios tienen expectativas diferentes, algunos vienen en busca de mejoría y otros no. Entre estos últimos, muchos refuerzan las conductas de manipulación y de presión, detectan las fisuras que hay en el sistema y se aprovechan de ello.
- ▶ **NO inmediato.** La búsqueda de soluciones inmediatas puede desembocar en conductas violentas porque la respuesta tiende a ser un “no” inmediato. También la impotencia de los recursos disponibles en este momento dan lugar a situaciones de mucha tensión.

Grupos de Trabajo

Trabajo en tres grupos de seis personas. Cada grupo nombrará a un portavoz. Disponen de 50 minutos para revisar textos que se han repartido previamente y aportar ideas. Posterior se hará la puesta en común. Los temas de trabajo:

1.- Factores Preventivos

2.- Medidas de Contención

Éstas son las ideas que se extraen de la puesta en común:

- ▶ **Valoración multidisciplinar** del paciente y puesta en común de esa valoración. Organización de tratamientos en equipo porque están todos implicados.
- ▶ **Mejora de relaciones** entre los diferentes profesionales de los diferentes recursos asistenciales. Los pacientes son conscientes de esas fisuras y pueden hacer uso o abuso de dichos recursos y cuando en algún momento se pone freno, es entonces cuando se crean situaciones de violencia.

- ▶ **Clarificación de recursos** de cada uno de los Servicios y de la misma manera, **coherencia** entre los recursos y el equipo.
- ▶ **Percepción de apoyo** entre miembros de equipos. En un Servicio se percibe cuando se da una situación peligrosa, se nota la tensión, son situaciones que se captan emocionalmente y sin necesidad de hablarlo entre los miembros del equipo. Por eso es imprescindible la **cobertura de equipo**.
- ▶ Evitar **inestabilidad de los equipos**. Los usuarios perciben con claridad cuando hay “grietas” en los equipos y saben utilizarlo a su favor, saben a quién acudir.
- ▶ **Seguimiento continuado**. Permite prever la evolución del individuo y anticiparse a las posibles situaciones de conflicto, se pueden ofrecer soluciones de una manera más continua. Mayor compromiso en situar el proceso terapéutico de la persona.
- ▶ Mejor definición de los **derechos y deberes** tanto de profesionales como de pacientes.
- ▶ **Supervisión**. Es necesario que haya supervisiones de los equipos que asisten a los pacientes, que se produzcan de manera regular y que sean conducidos por expertos en mediación.
- ▶ **Mayor flexibilidad** respecto a la asistencia a los pacientes. Intervenciones más individualizadas, revisar los contratos con pacientes dependiendo del tiempo, de su evolución.
- ▶ **Inmigrantes**. Formación específica para atender a este tipo de población, personal de otras razas en la atención a estos pacientes...
- ▶ **Escuchar**. Atender o escuchar la demanda que se hace porque muchas veces se parte del “no” inmediato. El no debe ser flexible pero también contundente, no un NO de una manera sistemática sino devolviendo la parte de responsabilidad al usuario.
- ▶ **Formación** más específica según los casos.
- ▶ **Distancia**. Clarificar la situación profesional-usuario es marcar la distancia, aunque es difícil lograr el equilibrio. Hay muchos tipos de relación entre profesional-paciente en los que marcar esa barrera es muy difícil. Tampoco es necesariamente cierto que un mayor acercamiento signifique mayor coleguismo, puede implicar mayor **respeto**. De todas

maneras, también es más fácil que se den situaciones de conflicto allí donde las distancias no están claramente delimitadas. La distancia, entendida no como algo físico entre profesional-usuario, sino como algo relacionado con las responsabilidades, con los límites.

- ▶ **Respeto. Respeto mutuo y recíproco.** Se pueden establecer relaciones acogedoras con los usuarios y no está reñido con que ellos tengan perfectamente claro quién es el profesional. Saben captar donde están los límites. Hay veces en que los profesionales tienden a aleccionar y conducir a los usuarios por la vía que a ellos les resulta más fácil y esto se traduce en una falta de respeto por parte del profesional. Se genera lo que el paciente considera una traición y deja una sensación de vacío. ¿Cuál es la medida? El respeto.
- ▶ **No intervención.** Hay momentos en que resulta mejor no intervenir. Se evita un mal mayor con la no intervención. No quiere decir que hay que quedarse de brazos cruzados pero tampoco es siempre necesario hacer algo.
- ▶ **Reforzar la responsabilidad del paciente.** En las intervenciones con el paciente tiene que quedar claro qué es lo que se puede ofrecer y qué no. Aunque dependiendo del tipo de servicio, no siempre resulta tan fácil pactar con el usuario.
- ▶ **Autocrítica.** Valorar hasta dónde se puede llegar como profesional, como equipo o como entidad. Si se es incapaz de atender a un determinado paciente, confrontar esa realidad.
- ▶ **Transferencias y co-transferencias** entre profesionales y usuarios.
- ▶ **Información.** Disponer de toda la información posible de la evolución de los usuarios, saber identificar al paciente violento.
- ▶ **Límites.** Ser flexibles pero siempre dentro de unos límites.
- ▶ **Miedo.** Primero de todo, hay que admitir que el profesional siente o puede sentir miedo. Hay quien apunta que no está de más que también el paciente sepa que los profesionales sienten miedo. Sentir miedo supone unas limitaciones enormes aunque no debe impedir el trabajar con el resto de pacientes. Se siente miedo ante personas con nombre y apellidos, ante personas concretas y por eso, el miedo no debe generalizarse.
- ▶ **Esperanza.** Existe mucho dolor y desesperanza en algunos pacientes, son personas en situaciones límite y la relación que mantienen con los profesionales, aún distando de ser la

ideal, es la mejor que han mantenido en su vida. Es una responsabilidad enorme sostener esa relación.

Medidas de Contención

- ▶ **Marcaje de distancias** en todos los sentidos, diferenciación de los roles del profesional y del usuario. Evitar que se produzcan situaciones de abuso de confianza.
- ▶ **Signos precursores** de actos violentos. Siempre hay signos que delatan la violencia, manifestaciones de agresiones a través del lenguaje no verbal....
- ▶ Distinción entre medidas de contención **individuales o grupales**.
- ▶ **Expresión de la agresividad**. Los métodos que se emplean son muy rígidos, habría que proporcionar los medios o cauces correctos para que expresaran y descargaran su agresividad.
- ▶ **Negociación de contratos**. Más involucración del paciente, a veces es difícil determinar si el usuario asume completamente los compromisos que implica el firmar un contrato.
- ▶ **Mayor abanico de medidas de contención**. Debería haber toda una batería de dispositivos diferentes, identificar el nivel de peligrosidad en cada Servicio para utilizar los recursos adecuados.
- ▶ No perder la **calma**, hablar bajo, **discreción**, buscar **estrategias**, reformular las historias de los pacientes.
- ▶ **Manuales**. Raramente son prácticos a la hora de utilización inmediata. En la intervención diaria hay que actuar con mucha inmediatez, hay que basarse en la experiencia y de ahí la importancia de la formación del profesional. Los manuales se repiten unos a otros y de lo que consta por escrito a lo que se hace dista un mundo. **Sobre el papel las cosas se presentan sin fisuras pero en la realidad diaria hay muchas grietas.**

De todas maneras, los protocolos son necesarios porque son una guía de actuación, objetivan las diferentes perspectivas de un grupo amplio o equipo de expertos que trabajan en un área concreta. Lo difícil es materializar el protocolo de una manera concreta. El profesional que se siente inseguro seguirá un Manual paso a paso pero el que tiene

experiencia desarrolla una labor de interacción y se salta muchos pasos. Se actúa de una manera rápida ante una situación concreta y puede dar lugar a equívocos pero en esa inmediatez, el protocolo queda fuera. Obedece más a las características personales de cada uno de los profesionales o a la forma de entender y valorar los protocolos.

El Impacto de las Situaciones de Violencia en los Equipos de Actuación

- ▶ El impacto evidentemente no es el mismo para el que ha sufrido esa violencia directamente o para el que tiene conocimiento de la situación porque se lo han comunicado en el equipo. Es algo muy emocional y en este terreno de las emociones, el profesional deja de serlo.
- ▶ Hay que tener **criterios**, el equipo debe tener una claridad sobre cómo actuar, no se puede transmitir el mensaje de que se está dispuesto a aguantar todo, hay que situar las cosas.
- ▶ **Apoyo**. Dentro de la vorágine del día a día, incluso cuando el profesional no tenga toda la razón, siempre hay que apoyarlo. Otra cosa es que luego se creen espacios aptos para la reflexión y para analizar los acontecimientos. Pero el equipo e incluso la institución tienen que estar ahí manifestando su apoyo en todo momento.
- ▶ Se dan a veces **movimientos grupales** en el sentido de librarse de responsabilidades y adjudicarlas a otros del propio equipo (ej. novatos)
- ▶ Sucede con frecuencia que los profesionales tienen **reparos** a la hora de reconocer ciertos aspectos como el miedo, la impotencia, la desazón...y repercute a todos.
- ▶ Es necesarios **crear espacios** para ir trabajando los problemas cotidianos, **oxigenación en los equipos** para continuar adelante.
- ▶ Importancia de las **supervisiones**. En las reuniones de equipo habituales no se dispone del tiempo necesario, por eso son necesarias las supervisiones tanto de equipos como de casos.
- ▶ **Contrataciones**. El tipo de vinculación con la entidad también es un factor importante, a veces este tipo de situaciones son vistas como fallos o errores del profesional y la entidad contratante no tiene en cuenta ningún otro tipo de consideración.
- ▶ **Cobertura de las instituciones**. Poco respaldo ante determinadas situaciones (ej. poner una denuncia). La responsabilidad recae en el profesional directamente y no en la entidad como

tal, el profesional se siente indefenso e impotente porque no considera que le corresponda a él como un particular la asunción de dicha responsabilidad.

- ▶ Una cosa son las **opciones personales** que se adopten ante determinados casos en los que se sufre una situación violenta (ej. decisión de no denunciar por miedo) y otra son las responsabilidades concretas fruto de la labor profesional, si uno no se siente protegido sin duda condicionará todas las posteriores intervenciones.

¿Qué pasa con el Paciente que Nadie Quiere?

- ▶ Hay un tipo de paciente que va cambiando cíclicamente de dispositivos, pasan de un sitio a otro pero nunca enganchan realmente con un proceso terapéutico. Otro tipo es de los pacientes que hacen un **uso perverso de los tratamientos** (ej. traficantes con no dependencia que solicitan tratamientos), aquí el profesional tiene que tener clarísimo donde está el límite. Y también hay un tipo de pacientes para los que **“no hay lugar”**.

Es un porcentaje mínimo de la población (ej. reclusos para los que no existe mejor lugar que la prisión) porque no existe un dispositivo dentro del abanico asistencial que ocupe un lugar intermedio y lo que hay que tratar es que se creen esos recursos intermedios (ej. cárcel/psiquiátrico).

- ▶ **Se ha pasado del “todo está prohibido” al “todo vale”** y las dos opciones son igual de malas. Hay que tener claro que son los pacientes los que tienen que buscar solución a sus problemas, el profesional ayuda pero no resuelve.

Bibliografía

Alonso, C. *Programa ALCAZUL: un enfoque normalizador para la prevención de la conducta violenta y el consumo de drogas*. I Congreso virtual sobre violencia juvenil y consumo de drogas (1 de Mayo – 31 de Julio 1999). Madrid. Fundación ayuda contra la drogadicción, 1999, pp. 8.

Autores Varios. *Sobre la seguridad en el desarrollo de la oferta asistencial en los centros de salud mental*. Servicios Extrahospitalarios de Asistencia Psiquiátrica de Osakidetza de Bizkaia.

Autores Varios. *Supervisión clínica e institucional en drogodependencias*. Colección Haize-Gain Nº 5. AGIPAD.1997.

Autores Varios. *Violencias y acción socioeducativa*. Educación Social, nº 23, 2003.

Autores Varios. *Protocolo de contención mecánica de movimientos*. Hospital 12 de Octubre de Madrid, 2003. www.h12o.es/publica_docu/protocolos/ProContencionMecanicaMov_010903.pdf

Taller 2: Conductas violentas

- Barcelona, M., Llauro, N. *El educador ante las situaciones de conflicto y agresividad. Una reflexión sobre la práctica.* Educación Social, nº 16, 2000, pp. 79-90.
- Brieva, J.A. *Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento.* Barcelona: Masson S.A., 1999.
- Comas, D. *Comportamiento, elección y riesgo: los mecanismos de la violencia en la sociedad tecnológica avanzada.* I Congreso virtual sobre violencia juvenil y consumo de drogas .1 de Mayo – 31 de Julio 1999. Madrid. Fundación ayuda contra la drogadicción, 1999
- Citrome, L., Volavka, J. *Violent patients in the emergency setting.* Psychiat Clin North America, 1999; 22, 4: 789-801.
- Desviat, M. et al. *Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles.* www.dinarte.es/salud-mental/pdf/1156/1156orig.pdf.
- Díaz-Aguado, M.J. *Diez condiciones básicas para prevenir la violencia desde la adolescencia.* Revista de estudios de juventud, nº 62, 2003, pp. 21-36.
- Elzo, J. *Prevención de la violencia por consumo de alcohol y drogas.* Eguzkilore, nº 12, 1998, pp. 23-28.
- Freudinger, H.J. *Burn out: the high costs of high achievement.* New York: Anchor Press/Doubleday. 1980.
- Giovanelli, C. *Historia de los cuidados psiquiátricos en Italia.* Enfermería Global, nº 4, Mayo 2004.
- Gutiérrez, M., Geijo, M.S. *Urgencia psiquiátrica e intervención en crisis.* www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a9.htm
- Lagares, R. et al. *Recomendaciones terapéuticas para el manejo de la agresividad.* www.madrid.org/sanidad/medicamentos/recomendaciones/pdf/agresividad.pdf
- López García de Madinabeitia, A.P *Maltrato en el ámbito institucional.* Revista Mult Gereontologia 2003; 13(2). http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2003_2/g-13-2-006.pdf
- López-Ibor, J.J., Valdés, M. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002
- Majoor, B. *What is burn out?.* Kaplan & Kooyman (Eds.), *Proceedings of the ICCA 15th. International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence.* Rotterdam: Erasmus University, 1986, pp: 151-155.
- Ochoa, E. *Problemas de conducta en pacientes hiv+hospitalizados: repercusión en los profesionales.* Psiquiatria.com. Vol. 1, No 1, Marzo 1997.
- Orrego, S. *El profesional de enfermería en la atención de urgencias psiquiátricas.* [www/tone.udea.edu.com/revista/mar95/Profesional.htm](http://www.tone.udea.edu.com/revista/mar95/Profesional.htm).
- Pérez González, S. *Protocolo de restricción de movimientos.* Enfermería Global, nº 2, Mayo 2003.
- Kenberg, O.F. *Trastornos graves de la personalidad.* Ediciones Manual Moderno. 1984.

Taller 2: Conductas violentas

- Reid, WH, Balis, G. *Evaluation of the violent patient*. Hales RE, Francés AJ. editores. Psychiatry Update. The American Psychiatric Association. Annual Review. Vol 6. Whashington DC.American Psychiatric Press: 1987.
- Roldan Intxusta, G. *Institucionalización en drogodependencias; las comunidades terapéuticas*. Revista Intervención Psicosocial, N° 2, 1992, Vol. 1, pp: 5-14.
- Roldan Intxusta, G. *La función de la comunidad terapéutica, ayer y hoy*. Capítulo V del libro Las comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro" edición a cargo de J.A.Abeijón y L.Pantoja Universidad de Deusto. 2002.
- Rubio, G. et al. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancia*. Madrid. Panamericana, 2001
- Torres, J.; Pena, J.M.; Ruiz, M. *El paciente agitado: su manejo en urgencias*. www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20v%20Emergencias/agitado.pdf

Manual

Conductas violentas:

Factores preventivos y medidas de contención

1 Parte: Definición / Clasificación

- 1.1. Definición de agresividad
- 1.2. Diagnóstico DSM-IV
- 1.3. El comportamiento agresivo asociado a trastornos
- 1.4. Causas inmediatas de conducta violenta

2 Parte: Intervención

- 2.1. Medidas preventivas:
 - 2.1.1 Medidas generales
 - 2.1.2 Identificación y evaluación del riesgo de violencia
 - 2.1.3 Planificación preventiva futura
- 2.2. Signos predictivos del episodio violento
- 2.3. Actuación ante la conducta violenta
- 2.4. Tratamiento de la conducta agresiva:
 - 2.4.1 Normas generales
 - 2.4.2 Abordaje verbal
 - 2.4.3 Medidas ambientales
 - 2.4.4 Manejo de la agresividad aguda

3 Parte: Equipos de Tratamiento

- 3.1. Repercusiones de la violencia en los equipos de tratamiento
- 3.2. El cuidado a los profesionales de atención

1 Parte: Definición / Clasificación

1.1. Definición de agresividad

La agresividad se considera como una actitud amenazadora, ya sea física o verbal, con riesgo para la integridad física del propio paciente o de las personas que le rodean.

Sin embargo, la agresividad no puede identificarse como un diagnóstico en sí misma, sino como un síntoma asociado a múltiples causas, generalmente de orden psicosocial, si bien puede tener su origen en cuadros médicos o intoxicación por diversas sustancias.

Es importante diferenciar la agresividad de síntomas como la agitación o la violencia: la agitación es un síntoma psiquiátrico que se expresa en forma de inquietud, nerviosismo o hiperactividad; la violencia se circunscribe al campo de la conducta humana y denota una planificación en la conducta agresiva.

1.2. Diagnósticos según DSM-IV asociados a la conducta violenta

Conducta violenta como característica fundamental

- ▶ Trastorno explosivo intermitente
- ▶ Trastorno negativista desafiante
- ▶ Trastorno antisocial de la personalidad
- ▶ Trastorno límite de la personalidad
- ▶ Sadismo sexual

Conducta violenta como característica asociada

- ▶ Trastornos relacionados con sustancias
- ▶ Delirium, demencia y otros trastornos cognitivos
- ▶ Retraso mental
- ▶ Trastorno por déficit de atención/hiperactividad
- ▶ Trastorno psicótico breve
- ▶ Trastorno esquizoafectivo
- ▶ Trastorno delirante
- ▶ Trastorno bipolar
- ▶ Trastorno por estrés postraumático

Conducta violenta como característica infrecuente

- ▶ Psicosis atípica
- ▶ Trastorno depresivo mayor
- ▶ Trastorno distímico
- ▶ Trastorno ciclotímico
- ▶ Depresión atípica
- ▶ Trastorno paranoide de la personalidad
- ▶ Trastorno histriónico de la personalidad
- ▶ Trastorno esquizoide de la personalidad
- ▶ Trastorno esquizotípico de la personalidad
- ▶ Fuga disociada
- ▶ Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento

Adaptado de Reid WH, Balis GU 1987

1.3. El comportamiento agresivo puede presentarse en los siguientes trastornos

- ▶ **Trastornos de ansiedad:** en el síndrome por estrés postraumático pueden existir conductas agresivas debido a la hiperactividad autonómica y en muchos casos se producen como reacción ante situaciones que le recuerden el acontecimiento traumático.
- ▶ **Trastornos de la infancia:** el síndrome por déficit de atención e hiperactividad incluye problemas relacionados con el control de los impulsos en niños, aunque también puede aparecer en adultos, y, a veces, incluye conductas agresivas.
- ▶ **Trastornos del ánimo:** las depresiones con rasgos psicóticos pueden llevar al sujeto a actos violentos contra sí mismo y contra los demás, siendo esto más raro en las depresiones sin estos rasgos. Los episodios maníacos también pueden llevar aparejadas determinadas conductas de agresividad, en mayor o menor medida, condicionadas por la ideación paranoide y la disforia.
- ▶ **Trastornos de personalidad:** los trastornos de la personalidad, especialmente el antisocial y el límite, incluyen conductas agresivas entre los criterios diagnósticos y tienen una elevada comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias tóxicas. En el trastorno explosivo intermitente la agresividad es una condición. Se caracteriza por la

pérdida de control en este tipo de conductas, apareciendo ataques violentos desproporcionados para la situación desencadenante. El alcohol suele ser uno de estos factores desencadenantes, aunque no el único. Además deben distinguirse estas conductas de las que aparecen en ocasiones tras la intoxicación. La diferencia entre este trastorno y el antisocial radica en que en el primero los sujetos no suelen mostrarse agresivos entre episodios, mientras que los segundos mantienen un patrón conductual agresivo más constante.

- ▶ **Trastornos psicóticos:** la esquizofrenia es una de las patologías donde las conductas de agresividad se asocian, bien a la agitación psicomotriz, o a las ideas paranoides.
- ▶ **Trastornos relacionados con el uso de sustancias tóxicas:** las sustancias tóxicas que con mayor frecuencia se asocian con conductas agresivas son: el alcohol, principalmente durante la intoxicación aguda y en menor medida en el alcoholismo crónico y en el síndrome de abstinencia; intoxicación aguda por cocaína; consumo de anfetaminas y sus derivados de síntesis. La combinación de sustancias tóxicas, principalmente alcohol y cocaína, parece incrementar la predisposición a la agresión. Cabe destacar la reacción “paradójica”, con componente agresivo, como resultado del consumo de benzodiazepinas.
- ▶ **Otros trastornos:** El retraso mental y el trastorno infantil caracterizado por conductas desafiantes y opositoras pueden incluir conductas violentas. En los diferentes estadios evolutivos de las demencias también son frecuentes las conductas heteroagresivas.

1.4. Causas inmediatas de conducta violenta (WEST)

Hay cuatro:

1. La intoxicación por alcohol o drogas
2. La actividad criminal relacionada con el deseo de obtener droga
3. Los episodios agudos de trastornos mentales funcionales
4. Los síndromes mentales orgánicos incluido el delirio tremens.

2 Parte: Intervención

2.1. Medidas preventivas

2.1.1 Medidas generales

Existen medidas generales que pueden prevenir un encuentro violento:

- ▶ Pueden existir ciertos factores ambientales que favorecen las situaciones problemáticas (tiempo excesivo de espera, las interrupciones frecuentes, los fallos burocráticos) y que influyen especialmente en los pacientes más susceptibles, pudiendo motivar reacciones desproporcionadas. Saber pedir perdón aunque el problema sea organizativo del sistema, mantener una actitud de escucha atenta, evitar interrupciones, y en ocasiones intentar suplir las deficiencias, contribuyen a restaurar en parte el equilibrio perdido
- ▶ En los pacientes drogodependientes con trastornos psicóticos y otras enfermedades mentales es importante la buena adherencia al tratamiento para prevenir episodios en los que se haga necesaria la contención física

2.1.2 Identificación y actuación precoz. Evaluación del riesgo de violencia

- ▶ Características socio-demográficas relacionadas con mayor riesgo de conducta violenta: sexo masculino, edad 15-24 años, nivel socioeconómico bajo y escasos apoyos sociales
- ▶ ¿La amenaza está bien planeada? (ideación, deseo, intención y planificación)
- ▶ ¿Dispone de los medios para dañar a otros?
- ▶ ¿Existen antecedentes de violencia previa o de otras conductas impulsivas?
- ▶ Si existen, ¿cuáles fueron los factores precipitantes?
- ▶ ¿Quiénes fueron las víctimas?
- ▶ ¿Cuál fue la gravedad de los daños?
- ▶ ¿Presencia de factores estresantes? (conflictiva familiar, conyugal,...)
- ▶ ¿Presencia de abuso de alcohol u otras drogas?
- ▶ ¿Presencia de psicosis?

- ▶ Aumentar el tono muscular (pe. apretar los puños o sentarse en el borde de la silla)
- ▶ Hiperactividad motora (pe. golpear un puño sobre la palma de la otra mano o golpear el mobiliario u objetos próximos)
- ▶ Empleo de un tono de voz grave, amenazante y con expresiones vulgares o soeces.

2.1.3 Planificación de medidas preventivas futuras

Para encauzar algunos aspectos de la psicodinámica del personal así como de los pacientes, es importante comentar el episodio una vez finalizado. Los comentarios deberían llevarse a cabo entre el personal que ha estado implicado en el episodio. Se trata de realizar un análisis rápido de la situación en términos de:

- ▶ ¿Qué desencadenó la situación?.
- ▶ ¿Qué factores lo hubieran prevenido?.
- ▶ ¿Qué tipo de actuación se realizó?.
- ▶ ¿Fue la más correcta?.
- ▶ ¿Cómo se siente el personal y el paciente con relación a los métodos utilizados?.

2.2. Signos predictivos del episodio violento

Signos que se pueden considerar como predictivos en un episodio de violencia inmediata por parte del paciente:

Hiperactividad motora, por ejemplo, golpear un puño sobre la palma de la otra mano o golpear el mobiliario u objetos próximos.

Empleo de un tono de voz grave, amenazante y con expresiones vulgares o soeces.

En el caso de los pacientes psicóticos, la conducta es más impredecible, ya que el paciente no sólo responde a los estímulos externos, sino que también lo hace a los internos, como las alucinaciones en forma de voces que le pueden ordenar realicen los más diversos y peligrosos actos. En este caso, la expresión de perplejidad puede ser indicativo de la existencia de estímulos internos que pueden provocar la aparición de una conducta alterada.

Lo prioritario a la hora de enfrentarse a un paciente de estas características es garantizar la seguridad de todo el personal. La evaluación del paciente nunca debe ser apresurada porque puede tener implicaciones legales y serias consecuencias en el futuro para el paciente.

Nunca se realizará la atención al paciente violento si está armado; hay que pedirle en tono cordial que entregue el arma y en caso contrario, debe ser el personal de seguridad el que se encargue de desarmarlo. Si esto no fuera posible, y el paciente huyese, es preferible dejar que se vaya y dar parte a la policía que arriesgar la propia integridad física, función esta que no forma parte del quehacer psiquiátrico.

2.3. Actuación ante la conducta violenta

Una vez hecha la predicción de aparición de la conducta violenta, el paso siguiente es determinar cuán peligroso será éste. Cuanto más repentino sea el cambio de conducta y mayor sea el número de eventos presentes, más fuera de control estará el paciente. Para garantizar la seguridad hay que ir siempre un poco delante del paciente.

Los objetivos inmediatos de la *intervención* son devolver el control de los pacientes agresivos y violentos y evitar nuevas pérdidas de control. Una vez identificado el problema de conducta violenta en el paciente, es conveniente observar las siguientes recomendaciones:

- ▶ Ser consciente de los signos precursores y utilizarlos como medio de control, si una vez recuperado el paciente se prevé una nueva pérdida de control.
- ▶ Reducir los estímulos y separar de su entorno cualquier objeto o persona que parezca asustar al enfermo.
- ▶ Dejar distancia entre paciente y examinador, además el examinador debe identificarse ante el paciente.
- ▶ Dar seguridad a los pacientes explicándoles lo que sucede, diciéndoles que van a estar seguros y preguntándoles si tienen alguna duda retire del paciente todo objeto con el cual pueda hacer daño a sí mismo o a los demás.
- ▶ Si un paciente expresa su temor de cometer un acto violento, estimar la gravedad del peligro e iniciar los pasos necesarios para evitarlo.

Ante los signos de posible conducta violenta en un paciente, es necesario identificar las causas y corregirlas. Sin embargo, mientras se realiza dicho diagnóstico hay que evitar que el paciente potencialmente violento se exprese en forma dañina; por tanto, hay que considerar la

posibilidad de sedación. En caso de no tener claro el diagnóstico nosológico, debe utilizarse la menor dosis posible hasta tanto éste se clarifique.

Cuando el profesional se encuentre frente a un paciente altamente violento se aconseja una intervención más inmediata teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- ▶ Nunca intentar establecer contacto con el paciente en solitario, solicite ayuda al personal entrenado en técnicas de contención.
- ▶ Si el paciente no puede auto controlarse, probablemente será necesario aplicar un protocolo de sedación (médico-delegado). En este caso debe tomarse la tensión arterial antes y media hora después de cada dosis y administrar la medicación sólo si la presión sistólica es superior 90 mmHg
- ▶ Conocer la historia anterior del paciente, relacionada con conductas violentas

2.4. Tratamiento de la conducta agresiva:

2.4.1 Normas generales

Utilizar una habitación con escasos estímulos externos. La habitación debe ser espaciosa, para evitar que el paciente, especialmente si presenta una ideación paranoide, se sienta acorralado

Si es posible, permanecer a solas con el paciente, aunque teniendo cerca al personal de seguridad, pero no a la vista del paciente. En los casos en que sea preciso solicitar la ayuda del personal de seguridad, es preferible que esto se haga de la manera más discreta posible, de tal manera que puede ser útil emplear una palabra clave predeterminada de antemano, para no alarmar al paciente.

Si el paciente viene acompañado de alguna persona cuya presencia le resulta tranquilizadora, permitir su presencia en la sala de urgencias.

Permanecer a la misma altura que el paciente, sentado alrededor de una mesa y con el acceso a la puerta expedito. Jamás se debe dar la espalda a este tipo de pacientes.

No dejar a disposición del paciente objetos contundentes que pueda emplear como armas.

Dirigirse al paciente con un tono de voz firme pero cortés, evitando siempre las muestras de excesiva familiaridad con él. En ocasiones ofrecer agua o zumo al paciente puede ser una

medida tranquilizadora para el enfermo, aunque, a veces, también se pueden acabar convirtiendo en armas arrojadizas.

El profesional que realice la contención mecánica del paciente no debe ser el mismo que posteriormente atienda al paciente, ya que esto dificultaría o imposibilitaría la relación terapéutica en el futuro.

2.4.2 Abordaje verbal

Siempre que sea posible, el abordaje verbal tiene finalidad de “enfriamiento” de la situación. Para ello será importante:

- ▶ Invitar y conducir a la persona a un área privada dónde poder hablar, si es posible. Allí, siempre que se pueda, tomarán asiento a la misma altura
- ▶ Escuchar atentamente dejando que exprese la irritación antes de responder y sin intentar calmarle
- ▶ Mantener una actitud firme, acogedora, sin evitar el contacto visual, y utilizando un tono de voz calmado y de bajo volumen
- ▶ Tener una actitud abierta acerca de lo que está mal o debería hacerse, no cayendo en la defensa de la Institución ó de ti mismo
- ▶ Empatizar con la persona irritada cuando la hostilidad se haya reducido, sin necesidad de mostrar acuerdo, pero sí reservándote tus propios juicios sobre lo que debería o no hacer
- ▶ Expresar tus propios sentimientos respecto a su proceder y pedirle que en sucesivas ocasiones se conduzca de otro modo
- ▶ Si se percibe que no puede afrontar la situación, pedir ayuda y no continuar intentándolo a solas

2.4.3 Medidas ambientales y/o Conductuales

- ▶ Restricción de estímulos: eliminar y/o reducir el número de estímulos provocadores de respuestas agresivas o violentas (pe: Esperar en una sala silenciosa).
- ▶ Cambio de entorno social:

1. Introduciendo alguna persona en el contexto para que su presencia impida la realización de determinadas respuestas (pe: figura de autoridad, una figura de fuerza, una figura significativa para el paciente).
 2. Sacando del contexto a las personas provocadoras, querulantes o que presenten confrontación con el paciente
- ▶ Posibilitar y/o facilitar la ejecución de respuestas incompatibles con la agitación y/o alternativas (pe: realizar alguna actividad física como pasear, fumar, llamar por teléfono,...).
 - ▶ Posibilitar y canalizar la manifestación de malestar, demandas, desacuerdos...: tanto verbalmente como por escrito (pe: escucharle, remitirle a "Atención al paciente", citarle con el Juez...)
 - ▶ Ayudar a la realización de respuestas desactivadoras: como relajación muscular, técnicas respiratorias,...
 - ▶ Formalizar en el ámbito verbal un contrato conductual en el que se explicita tanto las conductas no permitidas como las esperadas, así como las consecuencias que se seguirán de la emisión o no de tales conductas, dentro del marco de la Institución donde nos movemos.

2.4.4 Manejo de la agresividad aguda

Tratamiento no farmacológico

En primer lugar se debe intentar disminuir el riesgo para que la conducta agresiva no se produzca. La prevención y anticipación de la agresividad se consigue con una buena organización y diseño de las unidades de atención a este tipo de pacientes. Un ambiente confortable, no saturado, que permita la privacidad, y una actitud abierta y comunicativa de los cuidadores ayudarán a eliminar las tensiones. En la urgencia un ambiente tranquilo es el más adecuado. Las Guías de Práctica Clínica recomiendan seguir los siguientes pasos:

Primer paso: desactivación mediante intervención verbal.

Esta técnica suele ser en ocasiones suficiente para controlar la situación. Además, permite obtener la historia clínica, llevar a cabo el examen mental y, si su estado lo permite, la

exploración física. Lógicamente debe intentarse en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total.

Mediante esta técnica se busca rebajar la tensión, aparentando calma, serenidad y control de la situación, dirigiéndose al paciente de forma no provocadora e intentando establecer comunicación con él, escuchándole cuando hable, sin discutir sus ideas delirantes pero permitiéndole expresar los motivos de sus temores o enfados y, finalmente, ofreciéndole la toma voluntaria de medicación.

Segundo paso: intervención farmacológica forzada o involuntaria

Debe emplearse en el caso de que fallen las medidas anteriores o de que la seguridad no lo permita. Es importante explicar al paciente el sentido de la medicación, ya que no se trata de “castigarlo” sino de disminuir el nivel de tensión para que pueda encontrarse psicológicamente mejor.

Tercer paso: sujeción mecánica o aislamiento

Debe utilizarse siempre como último recurso y nunca como medio de intimidación o castigo. Es aconsejable explicar al paciente los motivos que han llevado a tomar estas medidas

La sujeción o contención mecánica está indicada en las siguientes situaciones: cuando exista un elevado riesgo de lesión para el paciente o para terceros en aquellos casos de amenazas, insultos y conductas disruptivas persistentes en la hiperactividad prolongada con riesgo de extenuación.

3 Parte: Repercusiones de la violencia en los equipos de tratamiento

3.1. Repercusiones de la violencia en los equipos de tratamiento

El elevado número de drogodependientes con conductas de trasgresión a la norma y estancias previas en la cárcel, dificulta la adaptación a los programas donde tienden a establecer las mismas relaciones de fuerza que en otros medios, con agresividad verbal e incluso física para conseguir la satisfacción inmediata de sus demandas. Los equipos de tratamiento pueden verse desbordado por estas conductas, tener miedo a los pacientes con estas actitudes, lo que es aprovechado por ellos para amedrentarles e imponer su ley. Las amenazas físicas hacia alguna persona concreta por parte del paciente o de allegados puede darse. La falta de capacidad de la

institución de limitar estas conductas y proteger a su personal hace que en ocasiones la atención sea verdaderamente difícil y estresante.

Además no hay que olvidar que en los pacientes seropositivos el personal se enfrenta a veces a comportamientos graves que dificultan su abordaje clínico, y en ocasiones tiene que asumir el riesgo de contagio del propio HIV o de las infecciones asociadas (TBC, sarna, pediculosis, etc.). La familia que acompaña al paciente, es a veces fuente de conflicto, en aquellos casos que no aceptan la evolución del paciente y descargan sobre el personal sus angustias a la vez que les exigen una elevada atención. No es infrecuente que la pareja o familia del paciente participe de su adicción y presente las mismas conductas marginales que este, utilizando la violencia verbal e incluso física frente al personal.

Una situación especial es la que presentan aquellos pacientes ingresados y detenidos que pueden contar con custodia policial. La presencia de esta en los hospitales provoca una adaptación del personal a la misma, junto con la paradoja que en caso de presentarse situaciones de violencia con estos pacientes, la policía no puede intervenir salvo para evitar la fuga, siendo el personal del hospital quien debe reducir al enfermo.

Las repercusiones terapéuticas específicas en los trastornos de personalidad y en la dependencia de sustancias derivan de los obstáculos originados por los pacientes que pueden tener dificultades para reconocer sus problemas (falta de conciencia de enfermedad y escasa motivación para cambiar hábitos), con desconfianza inicial hacia sus terapeutas, que suele ser mutua, manipulación y demandas de asistencia ambivalentes en forma de urgencia (pseudo urgencia) caracterizada por: vehemencia, ansiedad, demanda de solución inmediata de algo crónico, utilización primero de la persuasión y posteriormente del chantaje y coacción si no consigue sus objetivos. Provocan una contratransferencia agresiva dado que con frecuencia ponen a prueba nuestras habilidades asistenciales. El terapeuta evitará un patrón agresivo de relación con el paciente, y aprenderá a tolerar los aspectos personales menos atractivos, manteniendo la distancia terapéutica suficiente para poder trabajar, sin reaccionar con excesiva positividad ante el paciente, evitando asumir un exceso de responsabilidad y sin ser demasiado pasivos. El fallo más negativo es el de tipo empático, o de excesiva identificación con el paciente. Es necesario establecer límites, para controlar el "síndrome de puerta giratoria", encaminando el tratamiento a facilitar la responsabilidad de los pacientes en sus acciones con

reglas claras y explícitamente delimitadas, tanto para el paciente como para los profesionales, que sean consideradas lógicas y coherentes por todos y permitan la confrontación con un elemento de realidad (la norma y lo pactado). Es importante autopreservar la coherencia terapéutica y evitar la polarización de los miembros del equipo y los enfrentamientos que origina el paciente a través de informaciones contradictorias

3.2. El cuidado a los profesionales de atención

El manejo de los drogodependientes puede llevar al terapeuta a pensar que sus recursos están agotados, frustrándose y culpabilizando al paciente de su situación. Con el tiempo puede empeorarse toda su labor asistencial estableciéndose una dinámica asistencial patológica, en lo que se ha denominado: "indefensión o desgaste profesional, o "síndrome de estar quemado" o "burnout syndrome". Esto se manifiesta con expectativas críticas, negativas o fatalistas respecto a los resultados terapéuticos, ritualismo asistencial, activismo humanitario irracional y dinámica burocrática.

Por desgracia, un fenómeno común que aparece en las instituciones de ayuda es el síndrome de agotamiento o quemado. Se caracteriza por un desgaste de la persona o por un agotamiento causado por la excesiva demanda de energías, de fortaleza o de recursos. Aparecen señales como el sentimiento de fatiga, molestias físicas, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, falta de sueño o dificultad en dormir, pérdida de peso y respiración cortada. El proceso de una persona quemada sufre un cambio. Se irrita con facilidad y se va volviendo paranoica; toma muchos riesgos o se vuelve rígido como resultado del desgaste. Para una persona exhausta, el cambio resulta amenazador. Otros indicios de este fenómeno son el desarrollo de una actitud cínica, vagar por todas partes, gastar más tiempo y hacer menos trabajo.

En cuanto a la estructura, se observa un aumento de las horas dedicadas a la reunión del personal y, con ello, la disminución del tiempo de contacto con pacientes, que es un factor terapéutico de primer orden. También se burocratizan las tareas y el proceso de atención. El trabajo con drogodependientes obliga al equipo a una continua situación de contacto con emergentes conflictivos. Las situaciones de crisis son un desgaste fuerte para los trabajadores que a larga deriva en una automatización de la estructura de relación paciente / equipo terapéutico y educativo que obliga a continuas revisiones.

El desgaste se ve facilitado por dificultades originadas por los propios profesionales como deficiente formación, falta de interés y escasa motivación. Pueden aparecer actitudes poco adecuadas y nada receptivas como son actitudes pasivas, de inhibición, derivativa, paternalista y compasiva o represiva y de rechazo con desconfianza mutua.

El burnout (cansancio emocional, pérdida de empatía, bajo rendimiento), se asocia con baja satisfacción profesional secundaria al sistema, miedo a cometer errores, escasez de recursos extraprofesionales, menor preparación, junto con demandas y expectativas excesivas.

El burnout que aparece en los profesionales precisa una supervisión de los conocimientos que poseen, de las actitudes, del estrés, y de la sensación de aislamiento que pueden presentar. Se les ayudará en el manejo de las conductas violentas, valorándose los sentimientos que estas conductas originan y la capacidad para resistir los efectos negativos del estrés.

Es preciso facilitar la comunicación entre profesionales, integrar y reorganizar los servicios y disminuir el estrés en los profesionales que trabajan con soporte en el medio laboral, manejo no autoritario, acercamiento a los dilemas éticos, y reconocimiento de las emociones y aspectos psicológicos que acompañan a la enfermedad.

En general, las estrategias del profesional para afrontar y amortiguar el desgaste profesional son expectativas terapéuticas realistas, y psicohigiene institucional donde el terapeuta se replantee periódicamente sus actuaciones y reacciones asistenciales, tanto a nivel intelectual como emocional, con espacios de discusión con el equipo y delimitación de espacios interpersonales entre el profesional y el paciente, realización de sesiones de supervisión con profesionales externos o del mismo equipo que ayuden a reflexionar sobre el trabajo y a elaborar las ansiedades subyacentes y dudas surgidas en el tratamiento.

Los tratamientos deben ser vistos, como un sistema de cambio continuo donde siempre es deseable la innovación y donde existe el peligro del "anclaje" del modelo por el cansancio del personal, así como por la necesidad de cumplir infinidad de respuestas dentro de un sistema amplio.

La respuesta a la demanda de los drogodependientes como problemática multicausal de factores físicos, psicológicos y sociales, debe darse desde un equipo multidisciplinar con roles muy definidos, preparación técnica suficiente y amplia autonomía administrativa que permita realizar los

cambios adaptativos oportunos en cada momento. Además, es necesaria una supervisión a los miembros del equipo que ayude a rescatarlos de una forma de sufrimiento humano, que en la medida que no encuentre alivio, impregna de decepción y pesimismo a las instituciones desencadenando mecanismos defensivos intensos en pacientes, familiares y equipo que contribuye a aumentar la enfermedad.

NOTA: Para la elaboración del Manual se han utilizado como referencia textos previos y aportaciones propias que se adjuntan en la bibliografía adecuándolos a la situación de las drogodependencias