

LA CONTENCIÓN VERBAL DEL PACIENTE AGITADO EN LAS ÁREAS DE URGENCIAS

AUTORES

Dorado Siles, M^a Inmaculada*

Sieso Sevil, Ana Isabel**

Pardo Falcón, Eva**

Álvarez Rodríguez, M^a Luisa**

*Enfermera del área de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

** Enfermera del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Dirección para correspondencia: idorados@msn.com

RESUMEN

La agitación psicomotriz es una de las situaciones más estresantes que se puede presentar en las áreas de urgencias. La clave para la seguridad es intervenir precozmente y la contención verbal constituye el primer paso para intentar controlar la conducta del paciente.

PALABRAS CLAVE

Contención verbal, agitación psicomotriz, urgencias, intervención enfermera.

TITLE

VERBAL CONTAINMENT OF AGITATED PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENTS

ABSTRACT

Psychomotor agitation is one of the most stressful situations that may occur in emergency departments. The key to security is early intervention and verbal restraint as the first step to try to control the patient's behavior

KEY WORDS

Verbal containment, psychomotor agitation, emergency department, nursing intervention.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por agitación psicomotriz aquel estado de la persona en que la angustia desborda su capacidad de control, generando un comportamiento desordenado y caótico con gran aumento de la actividad motora (inquietud, gesticulación, deambulación, correr, gritar, etc.), que consiste en movimientos automáticos o intencionales que, en general, carecen de objetivo. Suele ir acompañado de ansiedad, cólera, pánico o euforia e, incluso, puede darse desinhibición verbal y falta de conexión ideativa.

Todo ello comporta potencialmente un peligro tanto para el enfermo como para los demás, pues su conducta puede ser impulsiva y desordenada.

La agitación psicomotriz no es una enfermedad, sino un síndrome que puede aparecer en cualquier cuadro psiquiátrico. Por otra parte, el paciente agitado no debe confundirse con el violento *per se*. Éste genera un problema de orden y seguridad que como tal deberá ser atendido por personal de seguridad.

FACTORES PREDISPONENTES

1. Factores demográficos:

– Edad (entre 15 y 30 años).

– Sexo (más frecuente en varones).

– Antecedentes familiares de alcoholismo o de conductas agresivas.

2. Factores clínicos:

– Antecedentes de conductas agitadas.

– Esquizofrenia.

- Demencias.
 - Epilepsia.
 - Retraso mental.
3. Factores ambientales:
- Primeros ingresos.
 - Ingresos involuntarios.
 - Conflictos con el personal u otros pacientes.

ETIOLOGÍA

Las causas más comunes son:

- Orgánicas: el cuadro más frecuente es el tipo delirium.

Hay que sospechar una agitación orgánica cuando se trate de un cuadro agudo o subagudo en sus comienzos, en un paciente de edad avanzada, sin historia psiquiátrica previa. Encontraremos alteración de la conciencia, desorientación temporo-espacial, confusión mental, discurso incoherente, inestabilidad en la marcha, hiperexcitabilidad muscular. Pueden existir alucinaciones visuales, delirio y actividad ocupacional, ideación delirante (de perjuicio). En la exploración física se puede observar: fiebre, taquicardia, taquipnea, sudoración, temblor, signos neurológicos, alteraciones en la analítica, etc.

Un signo habitual es la alternancia de períodos de calma con otros de agitación, sobre todo, durante la noche.

1. Psiquiátricas: se caracterizan por alucinaciones auditivas (raramente visuales), ideación delirante (de perjuicio o megalomaniaca), alteraciones de la afectividad y del estado de ánimo, discurso vociferante, verborreico o disgregado, etc.

No hay alteración del nivel de conciencia, no suele existir desorientación temporo-espacial y la fluctuación es escasa.

Las psiquiátricas se dividen en:

- Psicótica (existe desconexión con la realidad): esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, episodio maniaco, episodio depresivo, trastorno por ideas delirantes.
- No psicótica: crisis de angustia, crisis histérica, trastorno de personalidad, retraso mental, demencia.
- Reactivas: pueden aparecer cuadros de agitación ante situaciones catastróficas que comportan una amenaza grave para el individuo o allegados. Son reacciones de estrés agudo como duelo, situaciones catastróficas (inundaciones, incendios, violaciones...), desconexiones ambientales (ingreso en UCI, sobre todo, en ancianos).

Salvo muy pocas excepciones, generalmente de índole orgánica, estos episodios de agitación no se instalan súbitamente: su presentación es paulatina, por lo que la primera recomendación es tratar de identificarlos y manejarlos en sus comienzos, evitando así las complicaciones y el desgaste físico y emocional que pueden ocasionar en el propio paciente y en quienes le rodean.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los incidentes violentos y los más graves son normalmente cometidos por individuos sin trastornos mentales definidos u orgánicos y como resultado de múltiples factores causales o desencadenantes que van más allá de lo sanitario. Como dice Ricardo Teijeiro, "la frontera entre un paciente agitado y un paciente agresivo es como el viento: no se percibe hasta que se siente".

La violencia es el comportamiento deliberado que provoca o puede provocar daños físicos o psíquicos, va acompañada de emociones o sentimientos negativos que se asocian a ella y la condicionan (miedo, ira) y puede ser auto o heterodirigida.

El ciclo de la agresión tiene las siguientes fases:

- Desencadenamiento: aparece el suceso que genera estrés y desencadena ira, miedo, ansiedad. Los mecanismos de afrontamiento son inadecuados o desproporcionados al estímulo.
- Ascenso: intentos ineficaces para lograr el control, lo que provoca frustración, aumento de la ira, pudiendo llegar a la pérdida total del control. La intervención en esta fase es crucial para evitar la violencia.
- Crisis: se produce un estallido emocional y físico pudiendo desencadenarse conductas agresivas. El paciente ya no colabora y se ha de mantener la calma para evitar la escalada de violencia y proteger tanto al individuo como a su entorno.

- Recuperación: fase de enfriamiento posterior a la explosión. La persona se va calmando y recupera progresivamente respuestas emocionales adecuadas.
- Postcrisis o depresión: sentimientos de culpabilidad e intentos de reconciliación con los demás. El paciente se muestra excesivamente cariñoso y complaciente.

El signo predictor más importante de violencia inminente es el comportamiento motor del paciente:

- Aumento de la actividad motora: juego con las manos, imposibilidad de permanecer quieto, movimientos estereotipados, golpes, etc.
- Conducta demandante.
- Logorrea, especialmente si está acompañada de coprolalia y aumento del tono de voz.
- Susplicacia y desconfianza.

El objetivo de la intervención es prevenir la progresión de agitación, agresividad, violencia.

La contención verbal es la primera pauta de actuación siempre que sea posible, en la cual será necesario fomentar la verbalización, para evitar el paso a la acción física. Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total.

OBJETIVOS

- Lograr una alianza terapéutica con el paciente.
- Negociar soluciones terapéuticas.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.
- Lo más importante es la seguridad del paciente y del personal.

ACTIVIDADES ENFERMERAS

- Pautas para mantener la seguridad del paciente y de los que le rodean:
 - Antes de hablar con el paciente conocer la situación clínica y sus antecedentes personales.
 - Evaluar su estado de conciencia para descartar si la confusión es de origen orgánico, lo que dará pistas para su tratamiento.
 - Si es posible, hablar en un despacho pero siempre asegurarse una vía de salida accesible (evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta).
 - No realizar esta intervención en solitario.
 - Utilizar redes de apoyo externas como familiares y amigos que tengan incidencia positiva en el paciente y que ayuden a calmarlo.
 - Pautas de actuación no verbales:
 - Actitud abierta, tranquila, que invite al diálogo y a la privacidad.
 - Aproximarse al enfermo de forma tranquila y respetuosa.
 - La aproximación ha de hacerse de lado, pero dentro del campo visual del paciente.
 - Colocarse a una distancia segura (mínimo 50 cm). Las personas tendentes a la violencia necesitan cuatro veces más espacio personal.
 - Intentar estar a la misma altura, preferiblemente sentados.
 - No fijar la mirada en el paciente, pero tampoco evitarla.
 - Estrategias de comunicación:
 - Llamar al paciente por su nombre y hablar en voz calmada y baja.
 - Situarlo en el lugar en el que se encuentra y cuál es el papel del profesional enfermero que le está atendiendo.
 - Explicaciones sencillas y claras, repitiendo cuando sea necesario y contestando cualquier pregunta.
 - Recordar que las personas con niveles de ansiedad elevados pocas veces recuerdan lo que se les ha dicho.
 - Descubrir la fuente del malestar.
 - Posibilitar y canalizar la manifestación de malestar, demandas, desacuerdos, tanto de forma verbal como escrita (escucha activa, reclamaciones y sugerencias).
 - Reconocer sus sentimientos y ofrecer nuestra ayuda.
 - Escuchar atentamente, dejando que exprese la irritación antes de responderle y sin intentar calmarle.

- Evitar interpretaciones precoces.
- Evitar las preguntas que puedan responderse con monosílabos.
- De entrada, no abordar aspectos conflictivos.
- Evitar utilizar preguntas como: "¿por qué?"
- Aceptar soluciones adecuándolas a las propuestas del propio paciente.
- Facilitar respuestas desactivadoras como relajación, técnicas de respiración, etc.
- Ante el riesgo de violencia inmediata:
 - Comunicar al paciente el comportamiento esperado: animar a que controle los impulsos violentos.
 - Advertir al paciente que la violencia no es aceptable.
 - Proponerle la resolución del problema por la vía del diálogo.
 - Hacerle entender que no se rechaza al paciente sino su conducta.
 - No buscar la confrontación de ideas, razones, etc., sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de realidad. Si el paciente está delirando no entrar en que sus ideas son falsas, sino en que sabemos que sufre y queremos ayudarlo.
 - Establecimiento de límites: acto no manipulativo ni punitivo en el que se dice al paciente qué comportamiento se considera aceptable y cuál no y sus consecuencias.
 - Ayudar a comprender la razón del límite, explicándolo de forma clara y concreta, con el fin de evitar una mala interpretación.
 - Hacer cumplir el límite. Éste será mantenido.
 - Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente.
 - Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión lo requiere.
 - Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal sanitario y de seguridad si es preciso).
- Precauciones: lo que nunca se debe hacer:
 - Negarse a escuchar.
 - Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
 - Juzgar, emitir juicios de valor.
 - Continuar la confrontación a gritos en un área pública.
 - Aumentar el volumen de voz para "hacernos oír".
 - Continuar la negociación habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias o que el paciente nos rechaza.
 - Ofrecer medicación "para que esté más tranquilo": provoca más hostilidad.
 - En su lugar: "para ver las cosas de forma más relajada", "no pasar este momento tan desagradable sin apoyo", "disminuir el nivel de tensión y encontrarse psicológicamente mejor".
 - Realizar promesas que no se puedan cumplir.

DISCUSIÓN

La relación terapéutica es un intercambio de energía entre dos personas, un flujo que lleva al paciente a una conducta más eficaz, hacia una forma más constructiva de pensamiento y más útil de manejar sus problemas. La confianza, la empatía, la autonomía y la esperanza son las técnicas con las que la enfermera construye los fundamentos de la relación terapéutica, de manera que el instrumento más terapéutico es el mismo enfermero: su manera de interactuar, atender y animar a los pacientes. Es importante valorar la situación de forma objetiva a pesar de la contratransferencia positiva o negativa (reacción emocional de la enfermera a algún aspecto o conducta del paciente) y conocer el estrés personal que puede interferir en nuestra comunicación.

El ingreso en urgencias supone una experiencia traumática. El paciente puede vivir el ingreso en urgencias con un intenso temor a ser agredido. El enfrentarse a un lugar y personas desconocidas aumenta su ansiedad y puede sentir que está siendo obligado a hacer algo contra él mismo, ya que él piensa que no lo necesita o que no es la solución adecuada. Obligado por las personas que conoce, estima y que deberían ayudarlo. En consecuencia, avanza fácilmente hacia una agresividad verbal o física, auto o heterodirigida, como un instinto de conservación: la intención es refugiarse en aquello que pueda proporcionarle seguridad. Lo único que remedia la ansiedad que provoca la desconfianza es precisamente sentir confianza en algo o en alguien. Para Novel (1991), "la relación es un instrumento fundamental de actuación de enfermería".

La asignación de una enfermera al ingreso evita confusiones y estrés añadido al ingresado. La experiencia durante el ingreso establece el tono general de la estancia del paciente. Es responsabilidad de la enfermera educar y estimular al enfermo para que desempeñe un papel activo y responsable en su propio cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Atakan Z, Davies T. ABC de la salud mental. Las emergencias de salud mental. BMJ 1997; 314(7096): 1740-2.
- Belart Bravo MJ. Urgencias psiquiátricas. Cursos de Bienestar y Salud. Mailxmail.com; 2004.
- Bobes J, Bousoño M, Sáiz PA, González MP. Enfermería psiquiátrica. Barcelona: Doyma; 2000.
- Cibanal L. Interrelación del profesional de Enfermería con el paciente. Barcelona: Doyma; 1991.
- Chinchilla Moreno A. (coord.). Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003.
- Stuart GW, Laraia MT. Enfermería Psiquiátrica. Principios y práctica. 8ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2006.
- Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J, Casal Angulo C, Gómez Estarlich MC. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias 2009; 21(2): 121-132.
- García Bernardo E, González Galán MJ. Urgencias Psiquiátricas. En: Megías Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Colección S21. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2000.
- González García R, Molina Alén E. Estudio de las incidencias sometidas a control en la UHB de Psiquiatría del Hospital de Móstoles de los años 2001 y 2002. Alicante: XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental (Asociación de Enfermería de Salud Mental - AESM-); 2003. p. 451-460.
- Gordon C. Intervención en crisis: enfoque general. En: Hyman SE, Tesar GE. Manual de urgencias Psiquiátricas. Barcelona: Masson-Little Brown; 1996.
- Granada López IM et col. Manual de Enfermería Psiquiátrica. Madrid: colaboración Janssens-Cilag; 2004.
- Hyman SE. El paciente violento. En: Manual de Urgencias Psiquiátricas. 20ª ed. Barcelona: Salvat; 1990. p. 27-36.
- Jiménez Busselo MT, Aragón Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño Capote J, Ochando Perales G. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. An Pediatr 2005; 63(6): 526-36.
- Jonson B. Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
- Lucio Álvarez M. Urgencias psiquiátricas: aspectos básicos para un cuidado de enfermería eficaz. Rev Presencia 2009 ene-jun; 5(9). [En línea] [fecha de acceso: el 15 de diciembre de 2010]. URL disponible en: <http://www.www.index-f.com/presencia/n9/p7061.php>
- Luis Tobajas MJ, Sánchez de Sande M, Lalanda Campaya JM, Alonso Gutiérrez H, Cabrera Loarte MA. Urgencias psiquiátricas. Calidad asistencial. Ciber agosto 2003; (14). [En línea] [fecha de acceso: el 15 de diciembre de 2010]. URL disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com>
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Masson; 1992.
- Kaplan HJ, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de Psiquiatría. Madrid: Médica Panamericana; 2000.
- Madoz Gúrpide C, Martínez Moneo M, Otaño M. El paciente agitado. Libro electrónico de Temas de Urgencias Servicio de Psiquiatría del Hospital de Navarra. Navarra: Servicio Navarro de Salud; 2006.
- Marqués Andrés S. Controlar la hostilidad a través de técnicas de comunicación. Presencia ene-jun 2005; 1(1). [En línea] [fecha de acceso: el 15 de diciembre de 2010]. URL disponible en: <http://www.www.index-f.com/presencia/n1/1articulo.php>
- Megías Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Colección S21. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2000.
- Megías Lizancos F, Molino Contreras JL, Pacheco Borrella G. Guía de intervención rápida de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005.
- Morrison M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
- Muñoz Ávila J, Torres Murillo J, Calderón de la Barca Gázquez JM, Berlango Jiménez A, García Criado EI, Jiménez Murillo L. Manejo en urgencias del paciente agitado o violento. Semergen 1999; 25(6): 532-536.
- Negro González E, García Manso M. El paciente agitado: planificación de Cuidados. Nure Investigación jun 2004; 6. [En línea] [fecha de acceso: el 15 de diciembre de 2010]. URL disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm.com
- Rigol Cuadra A, Ugalde Apalategui M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
- Romero-Nieva Lozano J, Duque del Río MC. Guía de intervención rápida de enfermería en situaciones urgentes. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2002.
- Téllez Lapeira JM, Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Pascual Pascual P, López Gracia C. El paciente agitado. Guías Clínicas 2005; 5(34). [En línea] [fecha de acceso: el 15 de diciembre de 2010]. URL disponible en: <http://www.fisterra.com>
- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona: Masson; 2000.