

## Artículo de revisión

# Procedimiento de contención verbal

## Verbal contention procedure

*Natalia Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, Andrea Cuervas-Mons Tejedor<sup>2</sup>*

<sup>1,2</sup> Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

### Resumen

La agitación psicomotriz se caracteriza por una hiperactividad motora que puede englobar angustia, irritabilidad, hostilidad y euforia. Se puede presentar agresividad verbal en forma de insultos o amenazas.

Una parte importante de los esfuerzos realizados en los dispositivos de asistencia de salud mental están destinados a controlar la agitación psicomotriz.

La evolución de la psiquiatría ha permitido ir dotando a los enfermos mentales de una mayor autonomía, mayor integración en la sociedad, menor estigmatización, tratamientos más humanos.

Varios estudios han puesto de manifiesto la existencia de diversos dilemas a la hora de realizar una contención mecánica, su reducción debe ser un tema prioritario.

Cada vez se hace más énfasis en la aplicación de enfoques no coercitivos, Leslie Citrome recomienda la contención verbal como primera opción ya que puede reducir el número de actuaciones restrictivas hacia el paciente.

Es imprescindible partir de un protocolo para poder realizar una adecuada actuación durante las intervenciones que implican agresión o violencia.

La Contención Verbal es la aproximación no coercitiva que puede controlar algunos trastornos de conducta, atenuar el nivel de activación y evitar una potencial agitación psicomotriz.

Existen cuatro pasos principales a la hora de realizar una contención:

1º Prevenir → 2º Predecir → 3º Actuar → 4º Revisión post-incidente.

Se detectará al paciente potencialmente agresivo y, posteriormente, aplicaremos la Guía de Desescalado Verbal: toma de contacto, comunicación con el paciente (ley de Miller, fogging o banco de niebla), manejo de la situación y debrief o recapitulación del episodio.

**Palabras clave:** contención verbal, agitación psicomotriz, desescalado verbal, ansiedad

### **Abstract**

Psychomotor agitation is characterized by motor hyperactivity that can encompass anxiety, irritability, hostility and euphoria. Verbal aggression may occur in the form of insults or threats.

An important part of the efforts made in mental health assistance devices are aimed at controlling psychomotor agitation.

The evolution of psychiatry has allowed the mentally ill to be given greater autonomy, greater integration into society, less stigmatization, more human treatments.

Several studies have revealed the existence of various dilemmas when making a mechanical containment, its reduction should be a priority issue.

More and more emphasis is placed on the application of non-coercive approaches, Leslie Citrome recommends verbal restraint as the first option as it can reduce the number of restrictive actions towards the patient.

It is essential to start from a protocol to be able to perform adequate action during interventions that involve aggression or violence.

Verbal Containment is the non-coercive approach that can control some behavioral disorders, attenuate the level of activation and avoid potential psychomotor agitation.

There are four main steps when making a containment: 1st Prevent → 2nd Predict → 3rd Act → 4th Post-incident review.

The potentially aggressive patient will be detected and, subsequently, we will apply the Verbal Scaling Guide: contact, communication with the patient (Miller's law, fogging or fog bank), situation management and debrief or recapitulation of the episode.

**English keyword:** *verbal containment, psychomotor agitation, verbal scaling, anxiety*

## **Justificación**

La agitación psicomotriz es un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas y signos tanto psíquicos como físicos que se engloba dentro de los trastornos de conducta. Se caracteriza por una hiperactividad motora que resulta incomprensible para el observador ya que no tiene ni intencionalidad ni responde a un contexto específico. Puede incluir incapacidad de permanecer calmado, elevación del tono de voz, aparición de emociones intensas que pueden englobar desde angustia, irritabilidad, hostilidad hasta euforia. Se puede presentar, del mismo modo, agresividad verbal en forma de insultos o amenazas.<sup>1</sup>

Hay que destacar que no es lo mismo un paciente agitado que un paciente violento. En este último existe intencionalidad. No obstante, no son cuadros excluyentes.<sup>2</sup>

Muchos de estos pacientes no están en pleno contacto con la realidad por lo que la comunicación puede ser, en algunas ocasiones, dificultosa. Por ello se disponen de unas medidas de contención que se deben ir aplicando de forma progresiva y según el criterio médico y de enfermería.

Una parte importante de los esfuerzos realizados en los dispositivos de asistencia psiquiátrica y salud mental están destinados a controlar la agitación psicomotriz que puede producirse en estos pacientes.

La evolución histórica de la psiquiatría ha permitido ir dotando a los enfermos mentales de una mayor autonomía, una mayor integración en la sociedad, menor estigmatización, tratamientos más humanos y, muchas veces, consensuados y negociados. Sin embargo, todavía queda mucho camino por recorrer.

El empleo de CM es, en muchas ocasiones inevitable y necesario de cara a proteger al propio paciente y al personal. Sin embargo, la reducción de la contención mecánica se ha vinculado con mayor adherencia a los tratamientos y a los servicios comunitarios, presentando un mejor seguimiento y continuidad asistencial y mayor coordinación intersectorial<sup>3</sup>.

Como indica Pértega, a pesar de que las guías que se emplean actualmente requieren que los profesionales evalúen objetivamente los protocolos, generalmente se emplea la “intuición” mediada por experiencias previas y por la relación establecida con el paciente a la hora de realizar una CM<sup>4</sup>.

Varios estudios <sup>5,6</sup> han puesto de manifiesto la existencia de diversos dilemas a la hora de realizar una contención mecánica. Este tipo de prácticas pueden suponer conflictos éticos, sufrimiento y trauma para el paciente que ha pasado por un episodio de contención. Son técnicas que coartan la libertad del paciente, por lo que sus derechos pueden verse vulnerados.

Del mismo modo, en el personal de enfermería, este tipo de prácticas suele generar gran malestar, incomodidad y sensaciones bastante desagradables<sup>6</sup>.

Existen diversas contraindicaciones a la hora de aplicar la restricción física: que no exista indicación, que se puedan aplicar abordajes alternativos, que haya orden facultativa expresa de no restricción física, que se aplique de forma punitiva o por comodidad del personal, que la situación sea peligrosa o el personal insuficiente, que la violencia tenga intencionalidad delictiva (será competencia de las fuerzas del orden público) <sup>5</sup>.

Para ello, son de gran ayuda los programas de reducción de aislamiento y restricción de la autonomía del paciente.

En una revisión sistemática se encontraron seis componentes clave que predominaron en dichos programas: liderazgo, entrenamiento, revisión posterior a la reclusión y/o restricción, participación del paciente, herramientas de prevención y la terapia ambiente<sup>7</sup>.

Cada vez se hace más énfasis en la aplicación de enfoques no coercitivos, como puede ser la contención verbal, ya que puede reducir el estado de ansiedad en pacientes con agitación psicomotriz y disminuir el estado de tensión que presentan.

Leslie Citrome recomienda la contención verbal como primera opción favoreciendo una relación de colaboración, mejorando la relación enfermera-paciente, mostrando el paciente una mayor participación en su tratamiento y adherencia al mismo. No rechaza el empleo de otro tipo de enfoques no verbales, como puede ser la medicación voluntaria y la planificación del medio ambiente. Se pretende cambiar la concepción a la hora de tranquilizar al paciente, pasando de un enfoque dominante-sumiso a uno más colaborativo. Mediante una buena contención verbal, aplicada en tiempo y forma adecuada, se puede evitar llegar a otro tipo de contenciones más traumáticas para el paciente como la mecánica y la farmacológica <sup>8</sup>.

Es imprescindible partir de un protocolo para poder realizar una adecuada actuación durante las intervenciones que implican agresión o violencia. De este modo, se puede asegurar una correcta coordinación de todos los miembros que se encuentren en la unidad, así como un menor sentimiento de vulnerabilidad por parte del paciente.

Existe una tendencia universal a la disminución del uso de las contenciones mecánicas y España, siguiendo esa tendencia, ocupa las últimas posiciones de Europa en la utilización de este tipo de contenciones. Se ha observado un aumento del uso de la contención farmacológica y verbal en detrimento de la mecánica. A pesar de todo, éstas últimas, se siguen considerando necesarias en algunos casos puntuales<sup>9</sup>.

La reducción de las contenciones mecánicas debe ser un tema prioritario, se deben garantizar prácticas que respeten los derechos humanos en los dispositivos de atención a las personas con problemas de salud mental.

Dada la práctica actual y la propia evolución de la atención a los enfermos psiquiátricos, consideramos importante resaltar la trascendencia de una buena contención verbal. Todos estos puntos, también influyen en una mayor satisfacción por parte tanto del profesional y del paciente.

Un procedimiento de contención verbal podría reducir el número de actuaciones restrictivas hacia el paciente.

### **Objetivos**

Reducir las prácticas de restricción de la autonomía del paciente.

Disminuir las contenciones mecánicas y/o farmacológicas.

Aumentar la adherencia terapéutica del paciente.

Aumentar la confianza y relación con el personal.

Aumentar la satisfacción del personal sanitario y la del paciente.

Garantizar una adecuada atención al estado físico y al estado mental del paciente.

### **Profesionales implicados**

Este procedimiento debe ser conocido y aplicado por los profesionales adscritos a los dispositivos de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

## **Usuarios a los que va dirigido**

Pacientes que sufren periodos de agitación durante sus visitas y/o ingresos en la red de Salud Mental.

## **Desarrollo**

### Definición de contención verbal

Aproximación no coercitiva que puede ayudar a controlar algunos trastornos de conducta, atenuar el nivel de activación y evitar una potencial agitación psicomotriz.

El abordaje verbal tiene como finalidad controlar la situación disminuyendo la ansiedad, hostilidad y agresividad. Para ello será conveniente:

- En caso de encontrarse solo, es preciso pedir colaboración de otros profesionales.
- Solamente un profesional se dirigirá verbalmente al paciente, el resto de miembros del equipo no deben interferir.
- Escuchar atentamente, dejando que se exprese antes de responderle.
- Mantener una actitud firme pero utilizando un tono de voz calmado y de bajo volumen.

Existen cuatro pasos principales a la hora de realizar una contención:

1º Prevenir → 2º Predecir → 3º Actuar → 4º Revisión post-incidente.

Para realizar una buena contención verbal el 1º y 2º paso son fundamentales.

### Detección paciente potencialmente agresivo

Actitudes de un paciente que nos hagan prever que está realizando una escalada de ansiedad o agresividad:

- Presenta ira, frustración, nerviosismo, actitud irritable. Habla amenazante.
- Se muestra tenso, no puede permanecer quieto.
- Da golpes, abre y cierra fuertemente las puertas.
- Expresa que no se encuentra bien.

En este apartado, lo más importante es una buena observación por parte del profesional. Para ello, la experiencia y la formación (enfermeras especialistas) son fundamentales.

### Factores a tener en cuenta

A la hora de realizar una buena contención verbal hay que tener en cuenta diversos factores:

- Compenetración existente entre los profesionales implicados. No hablar todos a la vez, ni rodear al paciente de manera que se sienta acorralado. Es fundamental que exista un único emisor de la información, es decir, un único referente para el paciente.
- Patología psiquiátrica por la cual el paciente está ingresado y estado en el que se encuentra (fase aguda, recién ingresado...).
- Sentimientos de los propios profesionales que actúan, es importante la auto-observación, no dejarse llevar por sentimientos de frustración.
- No perder el control, permitir que el paciente se desahogue, no interrumpirle con comentarios poco constructivos.
- Muy importante la empatía, la escucha activa y la asertividad. No mentir a los pacientes, se perdería la confianza que depositan en nosotros.
- Evitar elevar el tono de voz. Mostrar una actitud respetuosa.
- Fomentar que el paciente exprese sentimientos, frustraciones, factores desencadenantes de la situación actual.
- Negociar con el paciente posibles soluciones a la situación actual.

#### Guía de desescalado verbal<sup>10</sup>

##### PREVIO

1. Lugar adecuado
2. Profesional informado y en disposición óptima.

##### Toma de contacto

3. Respetar el espacio personal:
  - a. Respetar al paciente.
  - b. Respetar el espacio.
4. No ser provocativo, ser pacífico, tranquilizador y amistoso:
  - a. Utilizar adecuadamente el lenguaje corporal.
5. Establecer contacto verbal adecuado:
  - a. Sólo una persona interactúa con el paciente.
  - b. Se ofrece información.

##### COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

6. Utilizar el lenguaje verbal de forma efectiva:
  - a. Ser conciso, hablar claro y simple.

b. Repetir el mensaje tantas veces como sea necesario (técnica del disco rayado).

7. Escuchar con atención lo que dice el paciente:

a. Escucha activa.

b. Ley de Miller (1).

c. Fogging (2) (banco de niebla).

#### Manejo de la situación

8. Poner los límites, de forma que se cree un ambiente de trabajo adecuado:

a. Explicitar los límites.

b. Utilizar la confrontación de forma sutil.

9. Ofrecer alternativas:

a. Dar margen de elección al paciente.

#### DEBRIEF (3)

10. Analizar el episodio:

a. Realizar un análisis con el paciente.

b. Realizar un análisis con el equipo.

(1) Ley de MILLER. La ley de Miller dice: “para comprender lo que otra persona está diciendo, debes asumir que lo que dice es verdad y tratar de imaginar qué de lo que dice podría ser verdad”, se debe suspender el juicio sobre lo que está diciendo, así podremos comprenderlo inicialmente sin que nuestras interpretaciones personales influyan en el mensaje.

(2) Fogging (banco de niebla, empañado): Es una conducta empática en la que se trata de encontrar algo en la posición del paciente con lo que se podría estar de acuerdo.

(3) Debrief: Recapitulación del episodio (por un lado con el paciente y, por otro, con los miembros del equipo implicados) para recoger, de forma analítica, información sobre la experiencia vivida.



## Bibliografía

1. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. El paciente agitado: Recomendación científica 10/01/09. España; 2009.
2. Cibeira Vázquez MA, Abades Vázquez C, Saíz Otero J. Manejo del paciente agitado y violento. Disponible en: <http://librodopeto.com/12-psiQUIATRIA/121-manejo-del-paciente-agitado-y-violento/pdf/>
3. Junta de Andalucía. Reducción de las contenciones mecánicas en las unidades de hospitalización de salud mental de Andalucía.1decada4 [Internet]. 2017. [citado el 29 de enero 2018] Disponible en: [http://www.1decada4.es/pluginfile.php/865/mod\\_resource/content/1/Prevencion\\_CM\\_Andalucia\\_PISMA\\_Ene17.pdf](http://www.1decada4.es/pluginfile.php/865/mod_resource/content/1/Prevencion_CM_Andalucia_PISMA_Ene17.pdf)
4. Pérttega E. The need to overcome the “global burden of obstacles” to end physical restraints in pediatric psychiatric care. *Metas de Enferm.* 2017 [citado el 28 de julio 2018]; 20(9); 3.
5. Fernández Rodríguez A, Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos* [Internet]. 2014 [citado 17 enero 2018]; 25 (2): 63-67. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200003)
6. Marqués Andrés S. La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal de enfermería de una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. *Index de Enfermería* [Internet]. 2007 [citado el 5 febrero 2018]; 16 (58). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000300004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300004)
7. Goulet MH, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Elsevier.* 2017 [citado el 29 de julio 2018]; 34: 139-146.
8. Citrome L. Addressing the need for rapid treatment of agitation in schizophrenia and bipolar disorder: focus on inhaled loxapine as an alternative to injectable agents. *Ther Clin Risk Manag.* [Internet]. 2013 [citado 10 de enero de 2016]; 9: 235-245. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3665578/>

9. Sanabria Luque S. Aspectos éticos y legales de la contención. Publicaciones Didácticas [Internet]. 2017 [citado el 18 enero 2018]; (79): 117-144. Disponible en: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/079027/articulo-pdf>
10. López Fernández I, Alonso Fernández J, y colaboradores. Protocolo de contención de pacientes. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/234596/ContencionPacientes.pdf/aff3e9b1-a517-f17f-f0aa-dbde01e6ddb1>