



ACTITUDES PARA LA DESESCALADA EN SALUD MENTAL



JOSÉ MIGUEL ORTIZ MORENO

Supervisor de enfermería en salud mental. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Unas buenas actitudes frente a la persona agitada se pueden aprender y estandarizar. En 1909, Vicente Goyanes escribía en su manual del enfermero psiquiátrico: «En otro tiempo era muy frecuente emplear aparatos de sujeción en todos los enfermos turbulentos; hoy día se han limitado en gran manera, tanto que en algunos Manicomios está terminantemente prohibido sujetarlos. En los establecimientos bien montados, estos medios tienen una aplicación excepcional; sobre todo si se tiene un cuerpo de enfermeros capaces de hacerse querer y respetar por sus enfermos. Indudablemente cuando se tiene el talento de ganarse la afección y confianza de los enfermos, estos agentes coercitivos son completamente inútiles. Por la paciencia y dulzura se obtienen resultados pasmosos»¹.

La técnica de comunicación que utiliza el personal de enfermería para ayudar a las personas agitadas a recuperar su autocontrol

recibe múltiples nombres: *abordaje verbal*², *desactivación verbal*³, *contención verbal*⁴, *mediación en conflictos* (NIC 5020)⁵ y *desescalada verbal*⁶ son, entre otras, las más utilizadas. Todas ellas se describen como un conjunto de habilidades comunicativas que tratan de calmar a la persona agitada, que se presupone un riesgo (hostil) para ella misma, los demás o el entorno. Con la aplicación de estas técnicas, la persona recupera su autocontrol sin lesionarse y sin lesionar a nadie, evitando utilizar medios de contención mecánica, que alargan y encarecen los ingresos hospitalarios². Diferentes autores tratan de estandarizar estas habilidades; quizás sean Richmond *et al.*⁶ quienes más se han acercado con sus 10 dominios descritos en la Desescalada Verbal y, tal vez, la propuesta de presentarla de Bowers *et al.*⁷ sea de las más acertadas, frente a otras como Trauma-Informed Care (TIC) de Newman *et al.*⁸, Omega de Geoffrion

Correspondencia: José Miguel Ortiz Moreno
Correo electrónico: jmortiz@pssjd.org

*et al.*⁹, Nonviolent Crisis Intervention (NCI) de Gillam¹⁰, Methodical Work (MW) de Boumans *et al.*¹¹ y Putkonen *et al.*¹². Memorizar estas propuestas es relativamente fácil, ahora bien, ponerlas en práctica de forma eficaz les puedo asegurar que no siempre va a salir como esperamos.

Actitud, disposición, talante, comportamiento, conducta, ademán, gesto, postura, posición, aspecto, porte: ¿cuándo son tus aliados y cuándo no?

Tras muchos años impartiendo desescalada con entrenamiento bajo simulación de roles en situaciones de conflicto, aquí van algunas reflexiones actitudinales que espero ayuden al lector a mejorar en el uso de la desescalada. Par-

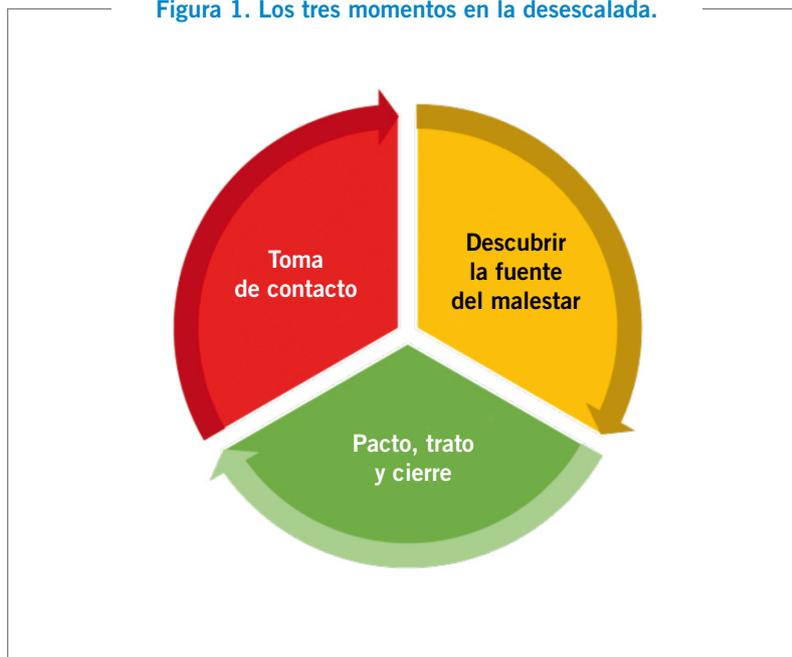
tiendo de la premisa de que la agitación va en escalada como nos proponen Rubio-Valera *et al.* en su artículo «Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención»² y descartando las agitaciones de origen orgánico o tóxico, me centraré en los aspectos de comunicación de la interacción profesional-paciente en la agitación psiquiátrica, dejando a un lado los otros dos aspectos fundamentales que manejar ante una situación de conflicto o agitación: el entorno y el uso de medicación.

Determino tres momentos o pasos en el abordaje de una persona agitada: toma de contacto, descubrir y ordenar su fuente de malestar; y el pacto, trato y cierre (fig. 1).

TOMA DE CONTACTO

Sería el «delimitar» de Bowers *et al.* y los dominios 1, 2, 3 y 8 de Richmond *et al.* Este punto es crucial y fundamental para poder iniciar una conversación desactivadora con el paciente. Es donde sintonizas con la reacción emocional de la persona o no. Muchos alumnos ni siquiera pueden iniciar la desescalada; por ejemplo: no se presentan ni se dirigen a la persona por su nombre, inician el contacto con una recriminación directa a su comportamiento y con talante provocativo, elevando ligeramente el tono y con un rostro tensionado de mirada fija, dicen frases como: «¡Tranquilo, haz el favor de estar tranquilo!», «Si quieres que hablemos, relájate», «¿Qué haces?», «¡Estate quieto!». O se presentan en escena muchos profesionales que rodean a la persona y, sin un ápice de paciencia, se abalanzan en un procedimiento de contención. O acuden varios profesionales hablando a la vez y contradiciéndose en su intervención. O se exceden en la confianza y no piden ayuda a otros profesionales. En definitiva, la precipitación, desbordados por la ansiedad, aprensión o ira de la situación, nos lleva a creer que podemos imponer la calma a una persona agitada sin escucharla desde la emoción empática y controlada que requiere. Dos actitudes fundamentales nos acompañarán durante todo el proceso: autocontrol y empatía. Ambas nos permitirán acercarnos al

Figura 1. Los tres momentos en la desescalada.





Las habilidades actitudinales del/la enfermero/a son del «ser» y se van puliendo a base de experiencia y madurez personal.

paciente, mantener la comunicación y resolver con éxito la situación. Durante la relación diaria con los pacientes, no serán pocas las situaciones que nos pondrán a prueba estas dos actitudes. Un buen trabajo descriptivo de estas situaciones desestabilizadoras es el recopilado por el equipo Safe-wards en su documento «Mantén-gase tranquilo, preparado, confiado, despreocupado, abierto, amigable y positivo hacia los usuarios»¹³. Sin perder de vista que es más importante centrarse en la situación, que no centrarse en uno mismo, el autoconocimiento es necesario tenerlo trabajado previamente. Las habilidades actitudinales del/la enfermero/a son del «ser» y se van puliendo a base de experiencia y madurez personal. El autocontrol nos dará las actitudes de templanza, confianza, prudencia, firmeza, control y asertividad, que mantendrán en equilibrio nuestro estado emocional en el proceso; y la empatía nos dará la comprensión, respeto, amabilidad, afecto y, a veces, enfado (controlado) para querer ayudar de forma auténtica y congruente.

Siempre le pediremos a la persona que nos acompañe a un lugar de seguridad. En ocasiones, los signos y pródromos de agitación serán tan fuertes —golpea cosas,

se autoagrede (nivel 3)—² que tendremos que llamar a varias personas, estando preparados para una inmovilización física y reducción del paciente al suelo si fuese necesario. En el supuesto de negativa de la persona a ir a otro lugar, pediremos al resto de posibles pacientes, familia, etc. que abandonen la estancia e iniciaremos la desescalada en ese lugar. A pesar de que, en ocasiones, seamos varios profesionales los presentes, es importante que solo un profesional se dirija a la persona agitada, el más entrenado y afin al paciente, y que tengamos especial cuidado con nuestra comunicación no verbal en todo el proceso: es más importante lo que comunicamos desde nuestros gestos, lenguaje corporal, mirada y tono de voz, que no desde nuestro mensaje verbal.

DESCUBRIR Y ORDENAR LA FUENTE DE MALESTAR

Sería el «clarificar» de Bowers *et al.* y los dominios 4, 5, 6, 7 y 8 de Richmond *et al.* Aquí, muchas veces, el alumno se engancha en discusiones, interrumpe sin dejar expresar y lanza su punto de vista como un consejo de verdad absoluta que debe cumplirse sí o sí. Preguntar como si fuese un inte-

rrogatorio y un cuestionamiento moral son algunos de los errores habituales; frases como: «¿No te ves?», «¿Por qué no te dejas ayudar?», «¿No ves que así lo único que consigues es empeorar las cosas?». Se trata de escuchar, no interrumpir, ser conciso y parafrasear para que la persona vaya encontrando orden y nosotros podamos validarla y comprenderla. No juzgues, aunque, a veces, no podamos compartir su conducta, lo hacemos con templanza, firmeza y respeto, separando la conducta de la persona y, poco a poco, acercarla a otros posibles puntos de vista que no supongan riesgo para él ni para nadie; debes comprender sus limitaciones de comprensión y de regulación emocional: adelántate a un posible escenario sin salida que debe tener una actitud más firme y de control. Pregúntate qué sientes tú ante determinados pacientes y cómo tu reacción emocional influye en la conversación. Trata de poner el límite a ciertas conductas desde la preocupación seria, firme y templada, más que desde el enfado e ira. Si empiezas a sentir que te conviertes en su aliado, ¡perfecto!; y si no, mantén la compostura y seguridad de que haces lo correcto, lo has vivido otras veces; donde ahora hay insultos, luego habrá arrepentimiento y agradecimiento de que alguien le puso límite. Cuando le estés diciendo que deponga una actitud, si lo haces desde la honesta preocupación y con-

Es más importante lo que comunicamos desde nuestros gestos, lenguaje corporal, mirada y tono de voz, que no desde nuestro mensaje verbal.

fianza de tu experiencia, y no desde las normas y reglas, obtendrás mejores resultados.

PACTO, TRATO Y CIERRE

Sería el «resuelve» de Bowers *et al.* y los dominios 7, 8, 9 y 10 de Richmond *et al.* Aquí, en ocasiones, el alumno da por acabada la conversación antes de tiempo, sin cerciorarse de que ha recogido y ordenado la carga emocional del paciente, antes de pasar a otra tarea. Es fundamental cerrar correctamente el círculo de la con-

versación. Negocia utilizando la persuasión, ofreciendo alternativas en positivo y con esperanza; si es necesario, no olvides ofrecer medicación s/p (si precisa) «con tacto» (v. el punto 9 de la desescalada del trabajo de Richmond *et al.*⁶). Negociamos una solución que satisfaga a ambas partes, sin obstinarse en que solo nosotros tenemos razón y sabemos lo que necesita. Hay que ser muy flexibles y poco autoritarios. Hay que ser honestos y establecer claramente los límites, dejando una puerta abierta a buscar soluciones, reconociendo que podríamos estar

equivocados. Pedimos al paciente que reflexione sobre lo que sucede y vea las consecuencias negativas de determinadas acciones, reforzando positivamente aquellas conductas que esperamos y deseamos tenga la persona. Es también donde le pedimos resonancia sobre lo que nosotros hemos entendido y lo que él/ella nos quería transmitir, reforzando que haya accedido hablar con nosotros; si podemos, dar la mano y mostrar una pequeña sonrisa sincera es una buena forma de cerrar la conversación y quedar disponibles si nos necesita.

Considero el entrenamiento en talleres prácticos de simulación de roles el laboratorio perfecto para desarrollar estas habilidades comunicativas, donde el profesional prepara buenas respuestas, con actitudes acertadas frente a conversaciones difíciles de desescalada. El profesor debe usar casos reales, bien ensayados, y estar capacitado para detectar, tanto en la comunicación verbal como no verbal, los aciertos y desaciertos del alumno, mostrando las actitudes acertadas y las actitudes que evitar (fig. 2). Es fundamental un liderazgo organizativo para formar profesionales en la técnica e incidir en la eficacia de las habilidades comunicativas como motor principal para no llegar a la contención mecánica, siempre con un protocolo de actuación que marque un escenario conciso y claro de los pasos que seguir y el porqué: costes y beneficios (aquí entran el

Figura 2. Actitudes para la desescalada.





entorno, la medicación y la interacción profesional-paciente).

BIBLIOGRAFÍA

1. Goyanes Cedrón V. Manual del enfermero en los manicomios. Santiago: Imprenta de José María Paredes; 1909.
2. Rubio-Valera M, Huerta Ramos E, Baladón L, Aznar-Lou I, Ortiz-Moreno JM, Luciano JV, et al. Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44(5):166-77.
3. Megías-Lizancos F, Vila Gimeno C (coords.). Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de Consenso. *Rev Esp Enferm Salud Ment*. 2016;1(1).
4. Corral Calonge C. Eficacia de la contención verbal en la agitación psicomotriz. [Trabajo de fin de grado]. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones; 2018.
5. González de Rivas MC, Díaz Valero JD, Baos Calzado RM, Rodríguez González FJ. Cuidados de enfermería en el paciente agitado. *Colegio de Enfermería de Ciudad Real*; 2019. Disponible en: <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-agitado-791.htm>
6. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012; 13(1):17-25.
7. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Sugar, Stewart D, et al. Corrigendum to "Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial" [*Int. J. Nurs. Stud.* 52 (September (9)) (2015) 1412-1422]. *Int J Nurs Stud*. 2016;58:102.
8. Newman J, Paun O, Fogg L. Effects of a staff training intervention on seclusion rates on an adult inpatient psychiatric unit. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018;56(6):23-30.
9. Geoffrion S, Goncalves J, Giguère CÉ, Guay S. Impact of a program for the management of aggressive behaviours on seclusion and restraint use in two high-risk units of a mental health institute. *Psychiatr Q*. 2018;89(1):95-102.
10. Gillam SW. Nonviolent crisis intervention training and the incidence of violent events in a large hospital emergency department: an observational quality improvement study. *Adv Emerg Nurs J*. 2014;36(2):177-88.
11. Boumans CE, Egger JI, Souren PM, Hutschemaekers GJ. Reduction in the use of seclusion by the methodical work approach. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(2):161-70.
12. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Rynnänen OP, Kautiainen H, et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2013; 64(9):850-5.
13. Safewards. Manténgase tranquilo, preparado, confiado, despreocupado, abierto, amigable y positivo hacia los usuarios [Internet]. Disponible en: http://www.safewards.net/images/pdf/spanish/staying_open.pdf