



La humanización en la atención del paciente agitado con esquizofrenia.

Humanization of schizophrenia patients care.

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

CURSO 2016/17

Autora: Sara Trapero Pons

Directora: Sara Martínez de Castro

Escuela Universitaria de Enfermería Casa Salud Valdecilla

Universidad de Cantabria

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ELECCIÓN DEL TEMA	4
OBJETIVOS	4
METODOLOGÍA.....	5
CAPITULO 1: LA ESQUIZOFRENIA.	6
1.1. DEFINICION Y PREVALENCIA.....	6
1.2. CAUSAS.....	6
1.3. DIAGNÓSTICO.....	8
1.4. SINTOMATOLOGÍA.	9
1.5. TRATAMIENTO.....	10
CAPÍTULO 2: LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.....	11
2.1. DEFINICIÓN.....	11
2.2. TIPOS DE AGITACIÓN.....	11
2.3. INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES.	12
2.3.1. Valoración previa.	12
2.3.2. Contención verbal y ambiental.	12
2.3.3. Contención farmacológica.....	13
2.3.4. Contención mecánica.	14
CAPÍTULO 3: LA ESTIGMATIZACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA.....	19
3.1. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTIGMA.....	19
3.2. ESTIGMAS DE FAMILIARES.	20
3.3. ESTIGMA DE LOS PROFESIONALES.	20
CAPÍTULO 4: LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE AGITADO CON ESQUIZOFRENIA.	22
CONCLUSIONES.....	27
ANEXOS.	29
BIBLIOGRAFÍA.....	31

RESUMEN

La esquizofrenia, también conocida como psicosis, es una enfermedad mental caracterizada por un exceso de los neurotransmisores de dopamina y serotonina en las comunicaciones intracelulares del cerebro. Los pacientes con esquizofrenia sufren una distorsión de la realidad y en la mayoría de los casos no tienen conciencia de la enfermedad durante los primeros episodios de ésta. Los síntomas de la enfermedad condicionan su forma de vida afectando seriamente a sus esferas personal, laboral y social.

En la sociedad existe una gran cantidad de estigmas sobre la enfermedad que dificulta aún más la reincorporación de estos pacientes a sus hábitos de vida cotidiana. Incluso entre los profesionales sanitarios se muestran actitudes negativas hacia ellos que condicionan los cuidados que se les presta.

Para garantizar unos cuidados humanizados al paciente con enfermedad mental, y más concretamente a los pacientes con esquizofrenia, los profesionales de enfermería deberían poseer los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para saber atenderlos adecuadamente y, en caso de agitaciones, promover la contención verbal y disminuir el número de contenciones físicas que tan traumáticas resultan para los pacientes.

Palabras clave: Esquizofrenia; agitación; restricción física; humanización de la atención; cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Schizophrenia, also known as psychosis, is a mental disorder which is characterized by an excess of the molecules of dopamine and serotonin within brain's intracellular communications. Patients with schizophrenia suffer from a distortion of reality. Further, in most cases they are not conscious of their illness during their first stages. The symptoms of this disease affect severely their personal, social and labour lifestyles.

Actually in our society, there is a great number of stigmas about the disease that can make the reintegration of these patients into their daily life even more difficult. Nurses also show negative attitudes in regard to the care paid towards these patients.

In order to guarantee a humanized care to the psychiatric patients, specifically those with schizophrenia, nurses should have the necessary knowledge, attitudes and skills to know how to take care of them, and in case of psychomotor agitation, promote the verbal restraint and decrease the number of physical restraint which are so traumatic for patients.

Key words: Schizophrenia; psychomotor agitation; physical restraint; humanization of assistance; nursing care.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad mental de gran importancia debido a su elevada prevalencia y a la profunda alteración que produce en la calidad de vida tanto de la persona que la padece como la de sus familiares. En el lenguaje coloquial y desde tiempos muy remotos, es considerada “locura” (1); pero la asistencia sanitaria a estos pacientes ha sufrido una evolución a través de las diferentes civilizaciones.

En la **prehistoria** se atribuía a esta enfermedad mental un origen sobrenatural, considerando que los síntomas y comportamientos de estos enfermos se debían a la presencia de espíritus malignos en el interior de su cuerpo. Por tanto, para que estos pacientes pudieran curarse, existía la creencia de que los espíritus debían ser expulsados por los hechiceros y sacerdotes mediante exorcismos (2).

Al llegar a la **Antigua Grecia y Roma**; el uso de medidas de restricción física era considerado un procedimiento necesario para controlar la conducta de los enfermos mentales que se encontraban agitados (3). En esta época, el médico romano Aulo Cornelio Celso (25 a.C.-50 d.C.) afirmaba en su tratado sobre la utilización de la restricción que *“es conveniente que se encadene a aquellos que se conducen de forma violenta, no sea que puedan dañarse a sí mismos o a otros. Cualquiera que sea así encadenado, aunque hable de forma racional y cause lástima cuando quiere que se le libere, no es de fiar ya que se trata del truco de un loco”*. Además de la restricción, este médico también recomendaba la tortura, los azotes y las inmersiones bruscas en agua. Por otro lado, galenos como Asclepiades (124-40 a.C.), Celio Aureliano (350-400 d.C.) y Sorano de Éfeso (98-138 d.C.) cuestionaron el uso del encierro y las contenciones mecánicas por las graves complicaciones que podían ocasionar y sugirieron el uso de terapias a través de la dieta, baños, masajes o ejercicios (4).

Durante la **Edad Media** la religión asignó el origen de la locura al pecado, el demonio y la brujería, ejerciendo la Iglesia una gran influencia en su tratamiento, el cual consistía en aislamientos en mazmorras y castigos físicos llevados a cabo por sacerdotes que practicaban exorcismo en lugar de médicos, ya que consideraban el castigo como el método más eficaz para ahuyentar al diablo (3, 4).

En la **Edad Moderna**, concretamente en 1751, se fundó en **América del Norte** el primer hospital para pacientes psiquiátricos, ubicado en Filadelfia, en el cual se fomentó el trato humanizado y la contratación de personal cualificado y bien remunerado aunque aceptaba el uso ocasional de tratamientos coercitivos (4). En cambio, en la **América Hispana** se combinó el encadenamiento de los pacientes violentos junto con el trato humanizado a través de tareas ocupacionales. Isaac Ray (1807-1881) contempló que en algunos momentos la utilización de estas medidas era inevitable como en casos de autolesión y defendió que la decisión de aplicarlas debía ser tomada tras valorar las circunstancias de cada paciente. Otro factor que fomentó el uso de restricciones fue la saturación de los manicomios que impedía atender a todos según sus necesidades y favorecía la utilización de las camisas de fuerza, los grilletes de hierro y la *crib-bed*, una cama pequeña que disponía de una tapa para encerrar a los enfermos e impedir su movimiento (3).

En **Europa**, aparecieron durante la primera mitad del siglo XIX en **Gran Bretaña** psiquiatras cuya intención era la de disminuir el uso de las contenciones en los pacientes psiquiátricos y promover la contratación de profesionales cualificados para el cuidado de enfermos mentales. Entre los pioneros podemos destacar a Robert Gardiner Hill (1811-1878) cuando en 1857 en su obra *Concise history of the entire abolition of medical restraint* sugirió que *“en unas instalaciones correctamente diseñadas, con un número suficiente de cuidadores, la sujeción nunca es necesaria ni justificada, sino todo lo contrario, siempre es perjudicial”*; en él defendía una vigilancia constante como alternativa a la restricción física, que la sujeción se aplicara de

forma intermitente y que la causa y duración de la contención quedara por escrito. Otro revolucionario coetáneo de la época, John Conolly (1794-1866) publicó en 1856 *El tratamiento de los enfermos mentales sin restricciones mecánicas*, donde sostuvo que las contenciones no debían utilizarse para evitar aumentar la excitación de los pacientes que ya se encontraban agitados por sí solos; y propuso en su lugar las habitaciones acolchadas (3).

En cambio, en el resto de Europa la filosofía anti-contenciones se introdujo de manera más lenta. En **Alemania** Wilhelm Griesinger (1817-1868) sugirió liberar a los pacientes agitados e introducirlos en un ambiente terapéutico y productivo como la realización de tareas agrícolas. El psiquiatra alemán Johann Christian Reil (1759-1813) también criticó los procedimientos restrictivos que se aplicaban en la época en su obra *Rapsodias sobre la aplicación de los métodos de terapia psíquica a los trastornos mentales* (3).

En **Francia**, Joseph Daquien (1733-1815) también se mostró a favor de un trato más humanizado. Philippe Pinel (1745-1826) fue uno de los personajes más destacados que propició el movimiento anti-restricciones, liberando a los pacientes que estaban a su cargo y reivindicando la atención sanitaria en un ambiente saludable con relaciones sociales que propiciaran su situación, actividad ocupacional y sin métodos violentos. Sugirió mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales sosteniendo que la escasez de personal y las duras condiciones en las que trabajaban durante varios días en turnos de 24 horas y sin supervisión propiciaban el maltrato hacia los pacientes (4).

En la misma época, en **España** estos enfermos eran ingresados en manicomios donde se les torturaba con látigos y cadenas para intentar controlar su conducta. La tendencia de utilizar contenciones mecánicas se mantuvo debido a las dificultades para viajar y enriquecerse de los conocimientos de otros países en los que ya no se utilizaban con tanta frecuencia (3). En este contexto, los hospitales de Valencia y Zaragoza fueron destacados por el trato humano que recibían los pacientes y por insistir en la relevancia de las terapias de ocupación a través de tareas domésticas (costura, confección de ropa) y de campo aunque seguían disponiendo de elementos de sujeción para el control de los pacientes más violentos como grilletes, gavias y cadenas (5). Pero no es hasta 1820 cuando, a través de las Leyes de Beneficencia promulgadas, se prohibió el uso de cadenas como medida de restricción y en su lugar se propuso la utilización de celdas acolchadas y camisas de fuerza. A pesar de estas reformas la situación no mejoró mucho como consecuencia de las dificultades económicas que comprometían la mejora de los recursos (3).

Ya en la **Edad Contemporánea**, durante el primer tercio del siglo XX se produce un cambio significativo en el concepto de asistencia a la enfermedad. Se olvidó la concepción religiosa y caritativa para pasar a una asistencia médico-sanitaria a cargo del Estado. En 1926 se creó una Escuela de Psiquiatría para la investigación científica del enfermo mental, su tratamiento y curación, así como la selección de personal especializado que impartiera las enseñanzas especiales para los practicantes y enfermeros que se dedicaran a la atención de estos pacientes. Posteriormente estos estudios se convirtieron en un requisito indispensable para poder acceder a la asistencia profesional a enfermos mentales (5). En esta línea, el 3 de Julio de 1987 se promulgó el Real Decreto 992/1987 sobre la obtención del título de enfermero especialista, que estableció que la existencia de la especialidad de Enfermería Psiquiátrica no debía impedir la posibilidad de que un profesional Diplomado en Enfermería o Ayudante Técnico Sanitario pudiera desarrollar su actividad profesional en el ámbito de psiquiatría por el hecho de carecer del título de dicha especialidad (6).

Otro de los cambios ocurridos durante la segunda mitad de este siglo fue la introducción del primer fármaco antipsicótico, la clorpromazina, que permitía controlar la conducta de los pacientes agitados reduciendo el uso de la restricción física (5). Este fármaco supuso un gran avance para la enfermedad ya que a partir de ese momento el objetivo del tratamiento no era solo el de controlar el comportamiento del paciente sino también de comprender y mejorar los síntomas de la enfermedad (3).

Realizando este repaso por la historia de la atención a los pacientes con esquizofrenia se puede concluir que su cuidado ha estado influido por el prejuicio de que estos enfermos eran violentos, peligrosos e incurables y la creencia de que el tratamiento debía de estar dirigido a controlar su conducta y no a tratar la enfermedad (3).

ELECCIÓN DEL TEMA

La elección del tema nace como una reflexión dado que en cualquier servicio sanitario, ya sea hospitalario o extra hospitalario, un paciente con esquizofrenia puede sufrir un episodio de agitación. Durante mi experiencia como estudiante, he podido comprobar que son pocos los profesionales que saben actuar ante una situación de agitación psicomotriz utilizando directamente la contención física al carecer de las herramientas adecuadas para el abordaje de esta situación. La elaboración de este trabajo pretende ampliar los conocimientos sobre la esquizofrenia, la agitación y la forma de abordarla proporcionando unos cuidados de calidad, dignos y humanizados para poder evitar, en la medida de lo posible, la contención física por lo traumática que resulta tanto física como psicológicamente para el paciente.

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objetivo principal identificar las intervenciones sanitarias que garanticen unos cuidados humanizados en el paciente con esquizofrenia, y concretamente en una situación de agitación.

Como objetivos específicos se plantean:

- Conocer los síntomas, factores predisponentes y tratamientos de la esquizofrenia.
- Conocer la agitación, su clasificación y las intervenciones de cada una de ellas.
- Comparar los protocolos de contención existentes en los hospitales del ámbito territorial.
- Analizar los estigmas acerca de la esquizofrenia, su repercusión en el paciente y en la atención sanitaria que recibe.

METODOLOGIA

La elaboración de este trabajo se ha realizado a través de una búsqueda bibliográfica en la que se utilizaron las palabras claves o DeCs (Descriptor de Ciencias de la Salud): “esquizofrenia/schizophrenia”, “agitación/psychomotor agitation”, “restricción física/physical restraint”, “humanización de la atención/humanization of assistance” y “cuidados de enfermería/nursing care”; las cuales han sido combinadas con el operador booleano “and/y”.

Para la realización de la búsqueda, se establecieron como criterios de inclusión que los documentos fueran de acceso libre y gratuito; tanto en idioma español como en inglés.

Como limitaciones en la realización de este trabajo cabe destacar que la intención inicial trataba de seleccionar artículos de los últimos 5 años; pero sin embargo, dada la relevancia para su elaboración se han utilizado varios artículos con una antigüedad mayor, de hasta 14 años.

La información obtenida durante la búsqueda ha sido extraída desde el acceso remoto de la biblioteca de la Universidad de Cantabria de las siguientes bases de datos: *PubMed-Medline*, *CUIDENplus*, *Google Académico* y *CiberIndex*. Además se han consultado otras bases de datos como *Cochrane Library Plus*, *Cuidatge*, *PsycINFO* e *IBECS* (Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud) de las que no se han extraído artículos al no considerarlos relevantes para el estudio por no cumplir los criterios de inclusión.

Por otro lado, con la utilización de los mismos descriptores también se ha consultado la revista española *ROL de Enfermería* por el factor de impacto que tiene en la profesión.

Con todo ello, el resultado final de la búsqueda fue un total de 25 artículos. Además, se han consultado 13 libros procedentes de la biblioteca de la Universidad de Cantabria y 15 protocolos de hospitales del territorio nacional por estar accesibles en abierto.

En último lugar, para visualizar la situación actual del tema se ha accedido a las páginas web www.who.int/es, correspondiente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), y www.idival.org/es, del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Valdecilla (IDIVAL), siendo la primera la única de la que se han podido obtener datos.

CAPITULO 1: LA ESQUIZOFRENIA.

El siguiente capítulo explica en qué consiste la esquizofrenia, cuáles son sus síntomas principales, los factores que predisponen su aparición y en qué consiste su tratamiento.

1.1. DEFINICION Y PREVALENCIA.

La Organización Mental de la Salud (OMS) define la esquizofrenia como “*un trastorno mental caracterizado por una distorsión del pensamiento, las emociones, el lenguaje, la conciencia de uno mismo y la conducta*” (7). Se trata de una enfermedad en la que el órgano afectado es el cerebro como consecuencia de un exceso de actividad dopaminérgica en la zona subcortical, la cual es responsable de los síntomas positivos, y una hipofunción en la zona prefrontal, que contribuye a los síntomas negativos y cognitivos.

El psiquiatra Emil Kraepelin (1855-1926) describió la enfermedad dándole el nombre de *demencia precoz* por su carácter deteriorante con un curso crónico y persistente y su inicio temprano. Posteriormente, Eugen Bleuler (1857-1939) sustituyó el término de *demencia precoz* por el de *esquizofrenia* (“mente partida/dividida”). Otro autor destacado en la historia de la esquizofrenia fue Kurt Schneider (1887-1967) quien diferenció los síntomas de primer rango de la enfermedad, los cuales eran aquellos específicos que servían para el diagnóstico al ser fáciles de identificar como por ejemplo las alucinaciones auditivas y la sensación de que sus ideas son conocidas, impuestas o controladas por otro (8).

Según la OMS, en Abril de 2016 la prevalencia de personas con esquizofrenia era de 21 millones de personas en todo el mundo, siendo más frecuente entre el género masculino. Se trata de una de las 10 primeras causas de discapacidad por enfermedad, ya que compromete gravemente la calidad de vida del enfermo y sus familiares al afectar a su vida personal, laboral y/o educativa. Sus síntomas suelen aparecer entre los 15 y los 30 años, comenzando de manera más precoz en hombres que en mujeres (7).

1.2. CAUSAS.

En la actualidad no se ha determinado ningún factor como causa de esta enfermedad, ya que ninguno explica por sí mismo su aparición. Sin embargo, se considera que tiene una etiología multifactorial en la que el **factor genético** tiene mucha importancia, pero existe también la interacción de ciertos factores concretos que actúan como desencadenantes, como los factores medioambientales y el estrés (8, 9).

Estudios han demostrado que la probabilidad de desarrollar la enfermedad es mayor si otros miembros familiares están afectados y aumenta con la proximidad. Sin embargo, no se ha identificado cuál sería el gen responsable. En estudios realizados a gemelos monocigóticos separados se observa que los criados por padres adoptivos desarrollan la enfermedad en la misma proporción que los criados por padres con esquizofrenia, confiriendo al factor genético mayor importancia que al ambiental. Investigaciones realizadas a gemelos monocigóticos muestran un 40% de concordancia en el desarrollo de la enfermedad frente al 10-15% que muestran los realizados a gemelos dicigóticos. Existen también casos en los que no hay antecedentes familiares de la enfermedad (10).

Algunos de los **factores medioambientales** que podrían ser responsables de la aparición de la enfermedad serían los procesos traumáticos y consumo de sustancias tóxicas (9). Además, resultados de estudios muestran que la prevalencia es mayor en niveles socioeconómicos

bajos, medios sociales desestructurados, personas con menor nivel de estudios, menor apoyo social, situación de baja laboral o desempleo. Otros factores asociados son las infecciones virales durante el embarazo y las complicaciones obstétricas durante la gestación e incluso después del parto (11).

A todos estos **factores predisponentes** para padecer la enfermedad, hay que añadir el estrés, definido por la RAE como *“la tensión provocada por situaciones agobiantes”* (12). Aunque no es una causa directa de la enfermedad puede desencadenar su aparición, reaparición o el empeoramiento de los síntomas, al tener el individuo la percepción de carecer de los recursos suficientes para afrontar una determinada situación (9).

La evolución y el pronóstico de cada paciente con esquizofrenia es diferente. Bleuler ya comentaba que no todos evolucionaban hacia la cronicidad, afirmando que un tercio de los pacientes permanece prácticamente asintomático tras sufrir un primer episodio psicótico, otro tercio presenta una mejoría relativa con síntomas moderados y conserva el funcionamiento social, y el tercio restante mantiene los síntomas de la enfermedad de manera grave. Entre el 10 y el 15% de los pacientes con esquizofrenia se suicidan (8).

Existen una serie de factores que sirven como indicadores de buen y mal pronóstico de la enfermedad, los cuales están representados en la *Tabla 1* (8, 10).

Indicadores de pronóstico de la esquizofrenia	
Buen pronóstico	Mal pronóstico
Inicio agudo	Inicio progresivo
Edad avanzada	Edad precoz
Ausencia de antecedentes familiares de esquizofrenia.	Presencia de antecedentes familiares de esquizofrenia.
Predominio de síntomas positivos.	Presencia de síntomas negativos.
Ausencia de alteraciones cerebrales estructurales.	Presencia de alteraciones cerebrales estructurales.
Sexo femenino.	Sexo masculino.
Buen cumplimiento del tratamiento.	Mal cumplimiento del tratamiento.
Apoyo familiar y social.	Apoyo familiar y social escaso.
Personalidad previa adaptada.	Personalidad previa alterada.
	Acontecimientos vitales estresantes.

Tabla 1

La causa más frecuente por la que los paciente sufren una recaída y debutan con nuevos episodios psicóticos es el abandono de la medicación, generalmente porque al desaparecer los síntomas creen haberse curado y que no volverán a padecerlos. Otro motivo por el que las personas suelen dejar de tomar la medicación es porque la duración del tratamiento es tan larga que se les olvida o se cansan; así como la aparición de efectos adversos que les impulsa a no tomar más los antipsicóticos (9).

Otras de las causas de recaída son los cambios en el estilo de vida o situaciones que provocan un estrés tan fuerte en el paciente como para descompensarle; y el consumo de tóxicos, como

el cannabis, éxtasis o LSD, ya que pueden causar el empeoramiento o reaparición de los síntomas (9).

Es muy importante que el paciente sepa reconocer las principales señales de alarma que ocurren antes de que se produzca una recaída, como por ejemplo dificultades en la concentración y/o atención, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, ansiedad y aislamiento. Como la probabilidad de que una persona experimente una recaída es muy alta, es importante que sepa cómo debe actuar para prevenirla, y para ello es esencial que la enfermería establezca una buena relación terapéutica mediante la cual se imparta educación para la salud y el individuo comprenda la importancia de no abandonar la medicación, aprender a reducir y manejar el estrés, mejorar sus relaciones sociales, saber reconocer las señales de alarma mencionadas anteriormente y no consumir tóxicos (11).

1.3. DIAGNÓSTICO.

La Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10) clasifica la esquizofrenia en diferentes subtipos en función de la variabilidad de los síntomas que presentan los pacientes, diferenciando entre esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual y simple (8, 13). Los síntomas deben estar presentes durante al menos 1 mes, puesto que si tienen una duración inferior se diagnostican como trastorno esquizofreniforme (8).

Se habla de **esquizofrenia paranoide** cuando existe un predominio de ideas delirantes y alucinaciones. Son frecuentes las alucinaciones auditivas así como los delirios de persecución o perjuicio de otras personas hacia el paciente. Es el subtipo más frecuente y su pronóstico es el más favorable.

En la **esquizofrenia hebefrénica** predominan las alteraciones emocionales, siendo característicos el embotamiento afectivo y las incongruencias emocionales como por ejemplo que un paciente se ría sin motivo. Además, la conducta y el lenguaje están desorganizados. Suele presentarse con mayor frecuencia en personas de edad joven y tener peor pronóstico.

La **esquizofrenia catatónica** se caracteriza por la existencia de alteraciones psicomotoras, pudiendo debutar con excitación, agitación, movimientos repetitivos o inmovilidad persistente. Su pronóstico es favorable.

La **esquizofrenia indiferenciada** es aquella que no presenta predominio de ninguno de los síntomas característicos de los subtipos anteriores o por el contrario, presenta varios de ellos.

La **esquizofrenia residual** se diagnostica en la evolución crónica de la enfermedad, cuando los síntomas positivos como alucinaciones e ideas delirantes ya no están presentes o sí lo hacen su intensidad es escasa, pero los síntomas negativos persisten a pesar de los tratamientos farmacológicos. Son característicos los deterioros de las relaciones sociales y el autocuidado.

Finalmente, la **esquizofrenia simple** se caracteriza por la disminución general del rendimiento, la dificultad para afrontar las dificultades sociales y/o laborales y la presencia de una conducta extraña. Es la más difícil de identificar, puesto que los pacientes presentan desde el inicio de la enfermedad un predominio de síntomas negativos, pero a diferencia de la esquizofrenia residual no han presentado nunca alucinaciones ni ideas delirantes. Su pronóstico es poco favorable.

El **Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales**, DSM-5, no establece la clasificación anterior (14). En él se requiere que los síntomas tengan una duración mínima de 6 meses, ya que en caso de ser inferior los diagnostica como trastorno esquizofreniforme (8).

1.4. SINTOMATOLOGÍA.

Los síntomas de esta enfermedad, pueden variar de una persona a otra, y se dividen en dos grupos: síntomas positivos y síntomas negativos. Los términos positivos y negativos no hacen referencia a que unos sean buenos y otros malos. Sin embargo, los síntomas negativos están relacionados con funciones del paciente que se van deteriorando y responden mal a los tratamientos (8).

SINTOMAS POSITIVOS

Se habla de síntomas positivos cuando las funciones normales de la persona se ven exacerbadas o distorsionadas (13). Dentro de ellos están las alucinaciones, las ideas delirantes, la catatonia, la conducta extravagante y las alteraciones en el discurso. Los síntomas positivos suelen responder mejor a los tratamientos farmacológicos (8, 13).

Las **alucinaciones** pueden definirse como percepciones de algo que no existe y pueden ser visuales, táctiles, sensitivas o auditivas, siendo estas últimas las más comunes en forma de voces que conversan entre sí.

Las **ideas delirantes** son pensamientos reales para la persona que los sufre mientras que para el resto de la gente no lo son. Existen delirios de diferentes tipos como los de referencia, en la que el paciente siente que hablan de él o le miran; los de persecución; los de control, en los que siente que sus sentimientos o sensaciones están siendo controladas; los de difusión del pensamiento, cuando cree que los demás conocen sus pensamientos; o los de inserción o robo del pensamiento, en los que cree que los pensamientos son introducidos o extraídos de su mente.

También pueden aparecer **alteraciones en el discurso** como incoherencia, ausencia de lógica, neologismos o ecolalia.

Las **conductas extravagantes** son aquellas en las que los pacientes muestran una actitud extraña, generalmente mediante la repetición de gestos y movimientos.

SINTOMAS NEGATIVOS

Por otra parte, los síntomas negativos hacen referencia a la disminución o la pérdida de las funciones normales del paciente, como por ejemplo el retraimiento social, la anhedonia, la apatía-abulia, el escaso autocuidado, la pobreza en el lenguaje y el pensamiento, y el embotamiento afectivo (8, 13).

El **retraimiento social** se manifiesta cuando el paciente evita relacionarse con los demás.

La **apatía-abulia** consiste en la pérdida de energía, motivación o constancia en el desarrollo de actividades.

La **anhedonia** se define como la incapacidad para disfrutar de las cosas y experimentar placer.

La **pobreza en el discurso** puede observarse cuando existen pocos comentarios espontáneos, hay poca fluidez o información en la comunicación.

Se habla de **embotamiento afectivo** cuando el paciente experimenta y expresa pocas emociones, hecho que puede objetivarse mediante la disminución de expresiones faciales y escasa receptividad.

Todos estos síntomas comprometen de forma significativa el funcionamiento normal de la persona en todos sus esferas, tanto personal como familiar, social y laboral. Es ésta la principal razón por la que la persona con esquizofrenia siente un alto grado de malestar y preocupación, sobre todo al comienzo de la enfermedad, puesto que no comprende lo que le está ocurriendo (8).

1.5. TRATAMIENTO.

La base fundamental en el tratamiento de la esquizofrenia consiste en la administración de antipsicóticos. Sin embargo, este tratamiento ha de combinarse con otros psicológicos y sociales para resultar lo más efectivo posible (9, 10).

El tratamiento psicológico tiene varios objetivos entre los que destacan la rehabilitación de las funciones cognitivas como la atención, la concentración y la memoria; así como la terapia familiar que ayuda a expresar las emociones del paciente y sus allegados y les permite comprender la enfermedad, sus características, síntomas, tratamiento y formas de prevenir nuevas recaídas mediante la educación que se les imparte (9).

Con **el tratamiento social** se pretende que el paciente se reintegre en sus relaciones sociales incluyendo su medio laboral, mediante una incorporación progresiva. Para que pueda conseguirlo ha de desarrollar o mejorar sus habilidades en la relación interpersonal, resolución de problemas, manejo y afrontamiento del estrés, y solicitud de ayuda (9).

Por último, en **el tratamiento farmacológico** se utilizan principalmente fármacos antipsicóticos o neurolépticos que ayudan a controlar los síntomas positivos y reducen en gran medida las posibilidades de sufrir recaídas. Es frecuente el uso de fármacos antidepresivos, ya que resultan eficaces para el control de los síntomas negativos y depresivos. La vía de administración de estos fármacos puede ser oral de toma diaria o inyectable, cuyo efecto es más prolongado al durar varias semanas. En cuanto a las dosis, pueden ir variando en función de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente, necesitando más dosis en la fase aguda que en la de prevención de recaídas. Ambas, vía de administración y dosis, dependerán del fármaco y de las necesidades del paciente, y pueden modificarse (9).

Los antipsicóticos, como todos los medicamentos, pueden producir efectos secundarios entre los que destacan la rigidez, inquietud, sedación, aumento de peso y estreñimiento. Su aparición dependerá tanto del fármaco como de la dosis (10). Es importante instruir al paciente para que en caso de que tuviera alguno lo comentara a los profesionales de salud, ya que algunos de estos efectos pueden disminuir tomando otros fármacos, solucionando así el problema y evitando que el paciente abandone la toma de medicación. Otros tratamientos como la estimulación magnética transcraneal y la terapia electro-convulsiva pueden resultar efectivos en algunos casos como la catatonía, síntomas depresivos, estados de confusión, ideas suicidas y episodios agudos en los que no se produce respuesta el tratamiento farmacológico (8, 10).

El tiempo de duración de un tratamiento puede ser difícil de calcular, aunque es frecuente que sea un período largo de al menos dos años. La larga duración del tratamiento farmacológico supone una barrera para los pacientes y provoca que algunos de ellos abandonen la toma. Es importante que los pacientes comprendan que no pueden reducir ni suspender el tratamiento sin consultar con un profesional médico, ya que podría inducir a la reaparición o intensificación de los síntomas (9).

CAPÍTULO 2: LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.

En este capítulo se habla sobre la agitación psicomotriz y los principales tipos que existen. En él se comenta la intervención a realizar ante un episodio de agitación y se explican los tipos de contención que existen para abordarla, comparando los protocolos de diferentes hospitales nacionales.

2.1. DEFINICIÓN.

La agitación puede definirse como *“un síndrome caracterizado por un estado de hiperactividad motora (inquietud, gesticulación, deambulación, correr) compuesto de movimientos automáticos o intencionados sin un objetivo común. Otras alteraciones de la conducta que pueden estar presentes en ella son el miedo, la ansiedad, la irritabilidad, hipervigilancia, conductas amenazantes, oposiciónamiento, desafío, violencia, impulsividad, insomnio y deterioro del juicio; siendo todos estos síntomas fluctuantes”*. La intensidad de sus estados es variable, pudiendo cambiar desde una mínima inquietud hasta extremos de violencia que pueden suponer un peligro tanto para el paciente como la familia o profesionales, ya que la conducta puede ser negligente, impulsiva, desordenada y arriesgada (15). Por esa razón, la agitación precisa una atención rápida en la que cualquier profesional tiene que saber cómo ha de actuar hasta la llegada de personal más especializado. Este estado puede producirse al principio de la enfermedad así como durante las fases de reagudización (16).

2.2. TIPOS DE AGITACIÓN.

Dependiendo del motivo que la cause, la agitación puede ser orgánica, psiquiátrica y reactiva (16, 17, 18).

En la **agitación orgánica** la etiología es siempre médica, no psiquiátrica. Cursa acompañada de cierta disminución del nivel de consciencia, déficit de orientación, dificultad en la atención y ocasionalmente con alucinaciones o delirios. Su aparición es brusca, dura pocos días y oscilan períodos de calma y agitación. Para revertir este tipo de agitaciones han de tratarse las causas específicas que las ocasionen y que pueden ser tóxicas, metabólicas o neurológicas.

Las agitaciones orgánicas de origen tóxico suelen deberse a modificaciones bruscas en los niveles plasmáticos de alcohol, drogas o fármacos con actividad sobre el sistema nervioso como por ejemplo la atropina, los antiparkinsonianos, los antidepresivos, los antihistamínicos, la lidocaína, los ansiolíticos, etc. Estos cambios suelen ocurrir al iniciar o terminar un tratamiento o cuando su absorción se produce de manera irregular. El síndrome de abstinencia se caracteriza por síntomas como taquicardia, hipertensión arterial y midriasis. Los ancianos y los consumidores de drogas son individuos con mayor predisposición para debutar con este tipo de agitación.

Las causas más frecuentes de las agitaciones orgánicas metabólicas son la uremia, la hipoglucemia, la hiponatremia, la hipo e hipermagnesemia, la hipo e hipercalcemia, la acidosis, la hipoxia, la hipercapnia, la fiebre, la deshidratación y las enfermedades endocrinas.

Cuadros de confusión tras una convulsión epiléptica, traumatismos craneoencefálicos, infecciones intracraneales, accidentes cerebrovasculares y anoxias cerebrales (frecuentes tras parada cardíaca o cirugía cardíaca) son causas de las agitaciones orgánicas neurológicas.

Las **agitaciones situacionales o reactivas** ocurren ante situaciones catastróficas del paciente o sus allegados como por ejemplo accidentes, violaciones, muertes inesperadas o situaciones en las que el paciente ha experimentado una desconexión sensorial como las hospitalizaciones en la unidad de cuidados intensivos (UCI), que pueden resultar un ambiente desconocido y amenazante para el paciente (19).

Finalmente, en la **agitación psiquiátrica** el paciente está consciente y orientado, a diferencia de las agitaciones de origen orgánico. Este tipo de agitación puede dividirse en dos subtipos: la psicótica y la no psicótica. Las agitaciones psiquiátricas psicóticas son aquellas en las que el individuo ha perdido el contacto con la realidad, siendo más comunes en pacientes esquizofrénicos y maníacos. Las agitaciones no psicóticas más frecuentes son las crisis de angustia o ataques de pánico, en las que no hay desconexión con la realidad.

Como se ha mencionado anteriormente, la agitación psicomotriz es una situación de urgencia puesto que predispone a que el paciente presente alteraciones en su conducta, cuya intensidad puede variar de manera que los profesionales han de estar formados y poseer los conocimientos para saber cómo actuar ante estas situaciones, para lo cual existen protocolos de actuación. Para la elaboración de este trabajo se han consultado y comparado protocolos de diferentes hospitales nacionales, cuyas pautas de actuación se comentan en los siguientes párrafos (20-34).

2.3. INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES.

2.3.1. Valoración previa.

Es importante saber si el paciente acude acompañado, ya que la familia o allegados son fundamentales para proporcionar y contrastar información acerca de antecedentes personales y familiares, forma de inicio, duración y características de la agitación. Además de los antecedentes psiquiátricos personales y familiares, el consumo de drogas y el motivo de consulta, ha de valorarse el nivel de orientación, memoria, atención y vigilia así como el aspecto general, el lenguaje, signos de agresividad, criterio de realidad, presencia de ideación delirante o alucinaciones y el estado emocional.

El hecho de que en el momento de la valoración no existan signos de agresividad no quiere decir que no vayan a aparecer posteriormente. Ciertos factores pueden predecir su aparición como por ejemplo la información proporcionada por los acompañantes, las amenazas verbales, los antecedentes previos de violencia, la sospecha del consumo de tóxicos y la presencia de clínica alucinatoria (35).

2.3.2. Contención verbal y ambiental.

El primer paso para intentar abordar el estado de agitación es la contención ambiental, a través de la cual se consigue garantizar la seguridad del paciente, del personal y del entorno. Posteriormente se pone en práctica la contención verbal, para tranquilizar al paciente y conseguir una buena alianza terapéutica con los profesionales (36). Para ello, se debe informar al paciente en todo momento de los procedimientos que se van a realizar.

- **ESPACIO FÍSICO.**

El espacio físico es una pieza clave para proporcionar una asistencia adecuada a un paciente agitado. Éste ha de ser amplio, sin cerrojos, tranquilo, sin objetos contundentes ni estímulos perturbadores que puedan provocar mayor estado de agitación. La habitación debe tener los

muebles colocados de manera que se pueda salir de ella fácilmente y disponer de sistema de llamadas para situaciones de emergencia. Es conveniente modificar el entorno introduciendo alguna persona de autoridad cuya presencia disminuya la tensión o sacando aquellas que irriten o empeoren el estado del paciente (20, 21, 22).

Si la situación lo permite la entrevista se ha de realizar a solas o con un único profesional presente para evitar poner más nervioso al paciente. El resto del personal sanitario o de seguridad ha de permanecer próximo y alerta por si fuera necesaria su intervención en caso de agresión o violencia. Los acompañantes del paciente pueden estar presentes siempre y cuando resulten tranquilizadores pero se debe evitar la presencia de otros pacientes en la habitación. En caso de asistencia en el domicilio es muy importante que los profesionales se muestren respetuosos con el espacio personal del paciente y es conveniente que haya familiares presentes. Se puede facilitar la realización de ciertas actividades demandadas por el paciente que aumenten su confianza como pasear o llamar por teléfono (20-23).

▪ ACTITUD DEL PROFESIONAL.

Para abordar correctamente las situaciones de agitación es imprescindible mostrar una actitud abierta, firme, tranquila y comprensiva, que transmita sensación de seguridad en el control de las circunstancias y voluntad de ayuda (37). Ante pacientes provocativos no se debe responder a sus desafíos al igual que con los pacientes hostiles no se debe intentar razonar ya que no se va a conseguir y lo único que se puede provocar es que la agitación se intensifique. El tono de voz ha de ser suave, respetuoso, conciliador y mostrar interés por las necesidades del paciente. Hay que darle tiempo para que pueda hablar y expresarse, sin interrumpirle para que se sienta escuchado. La comunicación no verbal es también muy importante en estas intervenciones, de forma que se deben evitar las miradas fijas prolongadas que puedan resultar desafiantes, no se deben cruzar los brazos, las manos tienen que estar a la vista y no se han de realizar gestos bruscos. Es aconsejable mostrarse empático con la persona, sin necesidad de mostrarse de acuerdo, pero sí reservando los juicios propios. Además se debe evitar entrar en el espacio físico (lejos del alcance de sus brazos y piernas) e intentar no dar la espalda al paciente (38). Durante la intervención el personal debe permanecer cercano a la puerta, evitando que el paciente se interponga en medio y la puerta debe permanecer entreabierta. Es aconsejable pedir al paciente que se siente y si no quiere, permanecer a la misma altura (39). Es fundamental no dejar al paciente sin supervisión para evitar que se encierre en sitios como lavabos o ascensores (20-25).

Por el contrario, nunca se debe avergonzar al paciente por su actitud, decirle que se tranquilice, elevar el tono de voz u ofrecerle mediación para *“estar más tranquilo”*, ya que lo único que se puede provocar es que su agitación se intensifique al sentir que dudamos de su tranquilidad. En su lugar, se le puede ofrecer medicación para que *“le ayude a ver las cosas más relajadas”* o para *“no pasar ese momento tan desagradable sin ayuda”* (22, 24).

2.3.3. Contención farmacológica.

Cuando la contención verbal no resulta eficaz o suficiente para manejar la conducta del paciente se valora el uso de la contención farmacológica, la cual consiste en la administración de fármacos cuyo objetivo es tranquilizar y no sedar (40). Los fármacos utilizados en la agitación son generalmente antipsicóticos y benzodiazepinas. La vía de administración de elección es la oral; sin embargo, en muchas ocasiones no es posible ya que el paciente no colabora y ha de administrarse vía intramuscular (23).

El tratamiento antipsicótico se realiza cuando hay sospecha de causa orgánica, inestabilidad cardiorrespiratoria o sintomatología psicótica. Los fármacos de uso más frecuente en la agitación son los que se muestran en la Tabla 2 (38).

Fármaco	Vía de administración	Preferencia de uso
Clorpromazina	Vía oral	Segunda elección.
Haloperidol	Vía oral y vía intramuscular	Primera elección en ambas vías
Risperidona	Vía oral	Primera elección en pacientes psicóticos
Olanzapina	Vía oral y vía intramuscular	Primera elección en pacientes psicóticos en ambas vías.

Tabla 2 de elaboración propia

Además del tratamiento antipsicótico, en este tipo de agitaciones a menudo es necesario que el paciente permanezca ingresado puesto que se trata de una situación difícil de controlar en el entorno familiar pudiendo poner en peligro la vida del paciente y sus allegados (41).

En cambio, cuando no hay síntomas psicóticos, no existe compromiso respiratorio y cuando los antipsicóticos no responden adecuadamente, se utilizan benzodiazepinas, entre las que destacan como más utilizadas las que se recogen en la Tabla 3 (38).

Fármaco	Vía de administración	Preferencia de uso
Diazepam	Vía oral y vía intramuscular	Primera elección en ambas vías
Lorazepam	Vía oral	Primera elección
Alprazolam	Vía oral	Segunda elección
Cloracepato	Vía oral	Segunda elección
Cloracepato dipotásico	Vía intramuscular	Primera elección
Midazolam	Vía oral y vía intramuscular	Casos graves vía oral y segunda elección en vía intramuscular
Flunitrazepam	Vía intramuscular	Segunda elección

Tabla 3 de elaboración propia

Cuando no se consigue resolver la situación de agitación mediante medidas farmacológicas se utilizan medidas alternativas coactivas como el aislamiento terapéutico o como último recurso la contención mecánica (16, 42).

2.3.4. Contención mecánica.

Definición

La contención mecánica es un procedimiento médico-terapéutico en el que se usan medios físicos o mecánicos con el objetivo de limitar los movimientos de una o varias partes del cuerpo del paciente para prevenir lesiones en el propio paciente (autolesiones, caídas), prevenir lesiones a otras personas (pacientes, familiares, personal sanitario), evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de otros enfermos (evitar pérdida

de sondas y vías), evitar daños en el entorno (destrucción de mobiliarios o equipos diagnósticos o terapéuticos) o evitar fuga si existe riesgo (42).

Pero como todo procedimiento terapéutico también tiene sus contraindicaciones médicas, las cuales son que la situación pueda resolverse por medidas alternativas como la contención verbal, ambiental o farmacológica; que no haya personal suficiente y adecuadamente preparado para realizar la contención; que sea utilizada como medida represiva o por antipatía hacia el paciente o que sea utilizada como medida de paliar una posible carencia de personal o para su descanso (20-34).

Lugar

La contención debe realizarse en una habitación tranquila, con buena iluminación, buena ventilación y libre de objetos peligrosos. Ha de ser individual para preservar la intimidad del paciente y preferentemente estar próxima al control de enfermería. Es necesario asegurar la privacidad del paciente evitando la expectación de personas ajenas que no participan en la sujeción como familiares, otros pacientes u otros profesionales (20, 27).

Para garantizar la seguridad del paciente hay que retirar y alejar los objetos que porte y que puedan ser peligrosos como cinturones, pendientes, relojes, cadenas o mecheros. El personal que va a llevar a cabo la contención también debe desprenderse de objetos que puedan dañar o resultar peligrosos como tijeras, agujas, pinzas, fonendoscopios y utilizar guantes (22).

Material

Para la sujeción se utiliza un material homologado que consta de 1 cinturón abdominal, 2 cintas para las muñecas, 1 cinturón para las extremidades inferiores, 2 cintas para los tobillos, 2 tiras de fijación a la cama (una para los miembros inferiores y otra para la sujeción torácica), 1 llave magnética y botones magnéticos de fijación (*Véase Anexo 1*). Este material ha de ser conocido por todo el personal y debe encontrarse en un lugar accesible. El personal de enfermería es el encargado de comprobar que está completo, limpio y en buen estado (20).

Protocolo de actuación

Es preferible que la contención se realice en la cama del paciente. Si el paciente puede ir por su propio pie, será acompañado por dos profesionales que le sujetarán con una mano por las axilas y con otra por las muñecas, con firmeza pero sin lesionarle. El paciente ha de ser informado y se le debe proporcionar tiempo para que colabore tumbándose voluntariamente en la cama. En caso de que no pueda ser conducido hasta su cama, la sujeción se realizará en la cama más accesible (28, 34).

Si el paciente no colabora se procederá a su reducción. Se evitará realizarla sobre el suelo, pero en caso estrictamente necesario se llevará a cabo colocándole estirado en decúbito supino controlando su cabeza para evitar que se golpee y cada extremidad será sujeta por una persona. Los miembros superiores se sujetarán por los hombros y los antebrazos y los miembros inferiores presionando por encima de las rodillas y los tobillos.

A continuación, será trasladado a la habitación sujetándolo por las piernas a la altura de las rodillas, por los brazos alrededor de los codos y por la cabeza, evitando la compresión del cuello (26).

En primer lugar debe colocarse el cinturón abdominal transversalmente sobre la cama, ajustándolo a ambos lados y comprobando que la cama está frenada. Posteriormente se colocará al paciente, rodeándolo con el cinturón abdominal a nivel de la cintura, ajustándole a su medida y cerrando con el botón magnético (23). La mejor posición es la de decúbito supino con la cabeza ligeramente incorporada para reducir el riesgo de aspiración. En casos de intoxicaciones o cuando el nivel de conciencia está disminuido es posible la posición de decúbito lateral izquierdo. Debe evitarse la posición en decúbito prono (26). Es imprescindible que el paciente pueda girarse a la derecha y a la izquierda e incorporarse sin poder salirse ni caerse de la cama. Posteriormente se sujetaran las extremidades. Para sujetar los miembros inferiores se colocan las tobilleras, ajustándolas y cerrando el botón magnético. Para la sujeción de los miembros superiores se ajustan las muñequeras y se cierran mediante los botones magnéticos (20).

La sujeción puede ser completa, si se inmoviliza el tronco y las 4 extremidades; o parcial, si sólo se inmoviliza el tronco y 2 extremidades. En el caso de que sea completa se colocan las 4 extremidades en diagonal. Si la inmovilización es parcial las extremidades se sujetarán en diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda. Nunca se debe sujetar un único miembro (23, 25, 26, 28).

Una vez realizada la contención hay que comprobar que las cintas estén correctamente colocadas y que no quedan flojas para que el paciente no pueda deslizarse y ahogarse, ni excesivamente fuertes de manera que no le dificulte la respiración ni le comprometa la circulación sanguínea. Así mismo, se debe vigilar que los puntos de contacto de las sujeciones con la piel del paciente estén bien acolchados y que los objetos potencialmente peligrosos como cinturones, anillos, pendientes, collares, relojes o cadenas hayan sido retirados (20, 27).

Mientras el paciente permanezca inmovilizado se debe realizar una supervisión frecuente con valoraciones por parte del personal médico y personal de enfermería. La valoración médica ha de realizarse lo antes posible durante la primera hora desde la instauración de la contención para evaluar la situación clínica y el origen de la conducta que motivó la contención. El médico responsable realizará al menos una visita en cada turno. La frecuencia con que debe realizarse la valoración de enfermería difiere según el protocolo consultado. Algunos protocolos recomiendan valorar al paciente cada 15-30 minutos (20, 21, 24, 25, 35); otros cada 15-30 minutos durante la primera hora de la contención y posteriormente las veces que se consideren oportunas (22, 27, 29); otros recomiendan hacer una valoración horaria (28, 34) y otros cada 2 horas (20, 26, 30). Durante estas valoraciones la enfermera debe comprobar el estado de las sujeciones y valorar las necesidades de higiene corporal, la alimentación, la hidratación y la eliminación. Es necesario que valore también la temperatura y coloración corporal, el estado de la piel, el estado circulatorio, el nivel de conciencia, el estado de inquietud y la respuesta al tratamiento, así como el cumplimiento del tratamiento farmacológico (20). El uso de la contención mecánica puede potenciar la confusión y desorientación del paciente por lo que se debe hablar con él, reorientándole y estimulándole sensorialmente. Si la situación lo permite podrá liberarse un miembro de manera alternativa para prevenir complicaciones y poder realizar necesidades de nutrición y eliminación bajo la supervisión de la enfermera (20).

Una vez que el estado de agitación se haya calmado hay que retirar las contenciones físicas lo antes posible, ya que su uso prolongado puede ocasionar una serie de complicaciones que se mencionarán más adelante. La retirada debe estar indicada por el médico y ha de ser progresiva, retirando de una en una las sujeciones hasta que queden dos, eliminándose estas últimas a la vez al no poder estar sujeto con una sola contención (20). Durante la retirada de las sujeciones es necesaria la presencia de al menos 3 profesionales por si el estado de agitación resurge. Algunos protocolos sugieren retirar las sujeciones en intervalos de 5

minutos (31, 34), mientras que otros recomiendan hacerlo cada 10 minutos (24, 27). Durante las horas posteriores se debe extremar la vigilancia del paciente hasta que se normalice su conducta. Si la contención sobrepasa las 24 horas, el facultativo tendrá que pautar la administración de tratamiento anticoagulante para prevenir el riesgo de trombosis venosa profunda (21). Una vez que la contención ha sido retirada hay que comprobar que el material esté completo (27).

Profesionales

El personal que participe ha de estar entrenado y capacitado para que el procedimiento se realice con la rapidez, coordinación y seguridad necesarias para que ni el paciente ni los profesionales sufran lesiones. Para su aplicación se precisa un número mínimo de 4 personas, siendo mejor si son 5, una para sostener cada extremidad y otra para sujetar la cabeza (20-33). Algunos protocolos mencionan la necesidad de una sexta persona para administrar la medicación (34). En caso de ser necesario, se puede pedir ayuda a los celadores y al personal de seguridad. El procedimiento estará dirigido por un médico o en su defecto por una enfermera, mientras que el personal que no vaya a intervenir debe atender al resto de pacientes o familiares. En ocasiones la presencia de un grupo tan numeroso es suficiente para disuadir al paciente (22, 23, 25).

El paciente y sus familiares han de ser informados sobre el motivo por el que se toma la medida, la atención que recibirá durante la contención y los objetivos que se esperan de ella. Es importante que se transmita esta información para que comprendan que se trata de un procedimiento terapéutico (23).

Durante la intervención, la actitud de los profesionales debe ser tranquila pero firme y segura. Se deben evitar las muestras de agresividad física y verbalmente, así como tampoco se debe responder a insultos, agresiones o provocaciones. El tono de voz ha de ser calmado y tranquilizador. Hay que prestar especial atención a que el paciente no se golpee ni se fuercen sus articulaciones más allá de los límites fisiológicos. Los profesionales no deben cargar su peso en exceso sobre el paciente (22, 23, 27).

Debe quedar registrado en la historia clínica la indicación de la contención, así como la fecha, la hora, el motivo y el lugar de su inicio. También se deben registrar las medidas alternativas que se emplearon previamente; la duración y el tipo de sujeción; la pauta de tratamiento; la evolución clínica y los criterios para interrumpir la contención con su hora y fecha. Además, se han de registrar las revisiones que se realicen y los controles de ingesta, deposición y diuresis (25, 26).

La persona que deberá realizar la indicación de la contención mecánica será el médico responsable del paciente o en su defecto el médico de guardia. En caso de urgencia (no se puede contactar con el médico o no hay tiempo) el personal de enfermería está autorizado para iniciar el procedimiento al tratarse de una situación de riesgo, pero debe comunicarlo al médico con la menor demora posible para recibir su conformidad y que éste prescriba la orden médica (21, 22, 24, 26, 28).

Es importante que los profesionales conozcan los riesgos físicos y psicológicos que pueden derivarse de la contención física para prevenirlos. Estas complicaciones pueden producirse como consecuencia de la inmovilidad, la contención a nivel abdominal y la contención en las extremidades (20, 22, 26).

Complicaciones derivadas de la **inmovilidad** son el dolor, el estreñimiento, la impactación fecal, la incontinencia fecal y urinaria, la alteración de la integridad de la piel, la

broncoaspiración y la pérdida de la capacidad funcional del sistema osteo-muscular. Como otros efectos adversos más específicos encontramos los derivados de la **contención abdominal** como por ejemplo la dificultad respiratoria, la compresión venosa, la compresión nerviosa, estrangulación, asfixia y muerte; y los relacionados con la **contención de las extremidades** como son hematomas, edemas, luxaciones, fracturas, interrupciones en la circulación sanguínea, compresión nerviosa y alteraciones en la integridad de la piel. Pero no solo pueden ocurrir complicaciones físicas, sino que además pueden darse alteraciones psicológicas como ansiedad, miedo y pérdida de autoestima (20, 22, 26).

CAPÍTULO 3: LA ESTIGMATIZACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA.

El capítulo expuesto a continuación describe los principales prejuicios que existen sobre la esquizofrenia en la sociedad y en los profesionales de la salud, y cómo afectan al paciente y a su asistencia sanitaria.

El término estigma procede del griego y antiguamente era utilizado para referirse a los signos físicos de una persona que permitían a la sociedad advertirle de que se trataba de alguien a quien se debía evitar. A los trastornos mentales se les atribuía un origen mágico y se consideraba que las personas que los padecían estaban poseídas por demonios. Como consecuencia de estas creencias se les recluía, encadenaba y castigaba físicamente para protegerse de su peligrosidad (43). En la actualidad, las personas que padecen trastornos mentales son socialmente más estigmatizadas que otros pacientes; especialmente los enfermos con esquizofrenia (44). Algunos de estos prejuicios son: la creencia de peligrosidad y percepción de amenaza; la falta de control de los síntomas que conlleva a pensar que su carácter, reacciones y conductas también lo son; la creencia de que la enfermedad no evoluciona y se mantiene siempre en el mismo estado o con recaídas muy frecuentes, y la dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria (43,44).

La existencia de creencias hacia la enfermedad surge como consecuencia del desconocimiento o la falta de información sobre ella; y genera actitudes, sentimientos y conductas de discriminación y rechazo hacia las personas estigmatizadas (43, 45).

3.1. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTIGMA.

La autopercepción es la idea que una persona tiene sobre sí misma, entendida esta como la *“sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos”* (12).

Tras la revisión de diferentes artículos sobre la autopercepción de los pacientes con esquizofrenia se destacan como estigmas más referenciados los siguientes: el de peligrosidad, rareza debido a sus comportamientos, responsabilidad de la enfermedad y pérdida de capacidades (45, 46). Estos estigmas fomentan que en la sociedad exista una tendencia alta a mostrar miedo y rechazo hacia estos pacientes. La idea de que son culpables de la enfermedad procede de la tendencia a pensar que la esquizofrenia está causada por un exceso de drogas. El hecho de que la sociedad les vea responsables junto con la percepción de sentirse una carga familiar por tener que recibir más supervisión de lo habitual, aumenta su sentimiento de culpabilidad por tener una enfermedad mental.

En estos estudios se hace referencia a las frecuentes comparaciones entre la peligrosidad de las personas con esquizofrenia y otros grupos como alcohólicos y maltratadores; y se manifiesta la importancia que supone para estos pacientes la acción de diferenciar entre las personas que tienen una enfermedad mental de aquellas que consumen tóxicos para no atribuir una relación directa entre ambos factores (45). En ellos, los pacientes critican que la asistencia sanitaria no es continuada, sino que se encuentra fragmentada y suele centrarse solo en los síntomas objetivos de la enfermedad. Por este motivo refieren anhelar una atención integral en la que no solo se atiendan los síntomas sino que también se aborden los sentimientos y la preocupación que acarrea la enfermedad y aseguran que sería beneficiosa para mejorar su adherencia y pronóstico (46).

La estigmatización influye en la integración social y la autoestima de los pacientes con esta enfermedad, provocando que pierdan la confianza en ellos mismos y se sientan inseguros y desconfiados al haber una parte de ellos que no pueden modificar y que la sociedad no acepta y percibe como negativa (46). Además, la interrelación con el resto de personas se ve

influenciada por prejuicios que fruentemente provoca la desvinculación de sus amistades, relaciones sentimentales y en ocasiones pérdida de empleo (45).

Los prejuicios existentes en la sociedad generan respuestas de rechazo, discriminación y trato desigual hacia ellos. Por ese motivo muchos pacientes retrasan la búsqueda de ayuda profesional, ocultan su enfermedad o abandonan el tratamiento, al sentir que dependen de una medicación de forma crónica (43, 44).

3.2. ESTIGMAS DE FAMILIARES.

La familia, concretamente el cuidador principal, es un apoyo fundamental para el paciente al estar con él a lo largo de la enfermedad. Sin embargo, a pesar de acompañarles durante todo el proceso, a menudo presentan también prejuicios hacia la enfermedad que son manifestados mediante conductas de vergüenza, secretismo y ocultamiento (45).

3.3. ESTIGMA DE LOS PROFESIONALES.

Finalmente hay que mencionar los estigmas que tienen los profesionales acerca de estos pacientes y que en ocasiones manifiestan a través de conductas o actitudes de rechazo, reclusión, aislamiento o tratamientos coercitivos, sin que previamente se hayan usado de forma correcta otras medidas de contención (47).

Para conocer el grado de estigmatización profesional se han revisado artículos (43, 47,48, 49, 50), de los que se ha extraído que la variabilidad de opiniones de los profesionales era amplia dependiendo de cada trastorno, mostrando actitudes más negativas hacia las personas diagnosticadas de esquizofrenia y actitudes más positivas hacia los pacientes con depresión. En dichos estudios participaban tanto profesionales del área de psiquiatría como de otras áreas. Al analizar los datos se observó que existía una tendencia alta a considerar como peligrosos a los pacientes con esquizofrenia, a atribuir una etiología hereditaria a los trastornos mentales y a asignar una relación directa entre el consumo de tóxicos y la aparición de la enfermedad. Las conclusiones extraídas tras la revisión de estos estudios resaltaban que el personal de enfermería tenía una tendencia generalizada a estereotipar a este tipo de pacientes y consecuentemente a actuar con ellos de manera diferente con respecto a otros pacientes que carecían de esa enfermedad, prestándoles un trato percibido como frío y despersonalizado (43, 49). Los pacientes referían no sentirse escuchados y consideraban que su opinión no era tenida en cuenta a la hora de establecer un tratamiento. Además, se sentían acusados y responsabilizados de padecer la enfermedad. Más allá de la necesidad de recursos y servicios, los pacientes reclamaban un cuidado humanizado en el que no sólo se atendieran los síntomas de la enfermedad sino también los sentimientos y la preocupación que puede acarrear el proceso de padecer una enfermedad como la esquizofrenia (49). Sin embargo, se observó que cuanto mayor era el nivel de formación que tenían las enfermeras, más positiva era su actitud hacia estos enfermos (47).

Durante el proceso de una enfermedad, el paciente interactúa con diferentes profesionales, con los que es necesario generar una confianza terapéutica para sentirse cómodo, seguro y acompañado en los momentos de sufrimiento e incertidumbre al encontrarse en un entorno y ante personas desconocidas (51). Aunque los profesionales no le suelen dar la importancia que merece, su actitud y la comunicación hacia los pacientes y sus familias son fundamentales para conseguir este clima de confianza y lograr que ambos se sientan cómodos y afronten mejor la situación. Sin embargo, la existencia de estigmas compromete la relación terapéutica, al percibir el paciente las actitudes negativas de los profesionales, y puede afectar

negativamente al curso de la enfermedad y a la adherencia al tratamiento, al sentirse éste rechazado e inseguro y perder la confianza (52). Estos estereotipos se pueden atribuir a carencias en la formación y a la falta de contacto con el enfermo mental (50).

CAPÍTULO 4: LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE AGITADO CON ESQUIZOFRENIA.

El cuidado es la esencia de la profesión de enfermería a través del cual los profesionales ayudan y acompañan al paciente durante el proceso de la enfermedad y sufrimiento; y por lo tanto debe ser más que la realización de técnicas y procedimientos, convirtiéndose en el apoyo emocional de expresión de sentimientos, emociones y preocupaciones del paciente (53). Son numerosas las ocasiones en las que los valores humanitarios de la enfermería son invisibilizados por las labores biomédicas enfocadas a la patología restando importancia a la individualidad de los pacientes y sus aspectos relacionales (54). La suma de factores como el número de personal insuficiente, la sobrecarga de las funciones de enfermería y la gran inversión de tiempo que requieren las actividades técnicas han ocasionado que los profesionales no desempeñen sus funciones centrándose en el paciente sino en los procedimientos o las técnicas (54,55).

Este último capítulo define la relación terapéutica y explica qué factores la condicionan y cuáles sirven como herramientas para poder proporcionar unos cuidados humanizados a los pacientes con esquizofrenia que se encuentran en una situación de agitación.

Como ejemplo de interés por mejorar la práctica asistencial, cabe resaltar un estudio llevado a cabo en las instituciones de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en el que se estudiaron los gestos más relacionados con la humanización y calidad en los cuidados, identificándose entre ellos: el llamar a la puerta antes de entrar en una habitación, saludar al entrar, presentarse por su nombre, explicar las técnicas que se va a realizar, mantener una sonrisa, atender al paciente en un lugar adecuado, dirigirse al paciente por su nombre, sentarse a la misma altura, responder a sus dudas, proporcionarle alternativas e integrar a la familia en la atención proporcionada (56).

En esta línea, para el desarrollo del cuidado humanizado, el personal de enfermería ha de establecer una relación terapéutica con el paciente y su familia. Dicha relación se puede definir como *“una relación de ayuda, que resulta de una serie de interacciones entre la enfermera y la persona receptora de los cuidados (paciente o familia) durante un determinado período de tiempo, en el que la enfermera focaliza su actuación en las necesidades y problemas de la persona o su familia, mediante el uso de conocimientos, actitudes, y habilidades propios de la profesión”* (57). La relación terapéutica tiene un carácter forzado, ya que ni el profesional tiene la posibilidad de seleccionar a los pacientes que atiende ni el paciente puede escoger al profesional que le presta los cuidados (58). A pesar de ello, si el profesional tiene disposición, conocimientos y habilidades puede tratar de conseguir el bienestar del paciente a través de unos cuidados humanizados.

Para conseguir una buena relación terapéutica los profesionales han de estar dotados de conocimientos y poseer habilidades para manejar las situaciones de agitación previniendo el uso de medidas coercitivas que comprometan la humanización asistencial y consecuentemente la calidad de los cuidados (59). Por esa razón es imprescindible que todos los profesionales, independientemente de su área de trabajo, posean las herramientas relacionales para realizar una buena contención verbal que sirva de prevención ante situaciones de agitación de cualquier persona, independientemente de su patología. Para conseguirlo es necesario que las habilidades relacionales tomen mayor importancia en los planes formativos de los profesionales de salud (60).

Para el manejo de la agitación de un paciente es necesario que el profesional consiga ganarse su confianza, lo que favorece la expresión de sus necesidades y por tanto la atención adecuada

en cada momento. Cuando el enfermo sea consciente de que el profesional entiende su problema, disminuirá su estado de exaltación favoreciendo así su recuperación (61).

Para asegurar un cuidado humanizado existen herramientas que enriquecen la relación terapéutica como son: el conocimiento de los problemas que pueden surgir en la relación, el espacio, el tiempo, la comunicación, la actitud, la escucha activa, la observación y la empatía. Su omisión ocasiona una asistencia despersonalizada e influye negativamente sobre los cuidados prestados y el estado emocional del paciente (61).

❖ **El conocimiento sobre los problemas de la relación terapéutica:**

Como se ha explicado en el capítulo anterior, el estigma es uno de los factores que condiciona con mayor frecuencia el desarrollo de la relación terapéutica con los pacientes con esquizofrenia (62). Otro de los elementos comunes que afecta negativamente a la relación terapéutica es el ratio enfermera-paciente, puesto que en muchas ocasiones el hecho de atender a un número elevado de pacientes durante la jornada hace que el profesional no pueda emplear todos los minutos que necesite para prestar una buena atención al paciente, independientemente de que éste se encuentre agitado o no.

Junto a la estigmatización y la carencia de tiempo, existen otros factores que suponen una barrera para la relación con el paciente como son los problemas que se explican a continuación (57).

- Los **problemas de transferencia** ocurren cuando el paciente se muestra molesto o incómodo ante la presencia del profesional. Los profesionales deben realizar una autovaloración sobre sus actitudes y comportamientos e intentar solventar el conflicto, ya que de lo contrario se debe transferir el cuidado de ese paciente a otro profesional.
- En los **problemas de cotransferencia** es el profesional quien atribuye al paciente características de experiencias anteriores con otros pacientes e involuntariamente adopta comportamientos como impaciencia, incomodidad, omisión, enfados o preocupación. La intervención en estos casos consiste en transferir el cuidado del paciente a otro profesional.
- Existen casos en los que el paciente muestra una **excesiva dependencia** hacia el profesional para que éste asuma la responsabilidad de su comportamiento y de su toma de decisiones. En estos casos el profesional ha de ayudar al paciente a identificar su comportamiento y fijar límites claros, firmes y concretos.
- La **proyección** es otro de los problemas que pueden aparecer y ocurre cuando el paciente atribuye sus emociones, responsabilidades o fracasos al profesional. Ante esto el profesional debe ayudar a la persona a valorar la situación de una manera más realista, proporcionando información que le ayude a diferenciar lo real de lo percibido.
- En las **conductas manipulativas** se utilizan halagos, abusos verbales, quejas, amenazas de abandono o provocación para conseguir la satisfacción inmediata de alguna necesidad. El profesional tiene que establecer unos límites claros y firmes evitando que se produzca un enfrentamiento o desafío que aumente la frustración del paciente.

❖ **El espacio:**

El ambiente y el lugar donde se realizan las intervenciones asistenciales deben tenerse en cuenta ya que condicionan el desarrollo de las mismas (63), por lo que es conveniente que sea una habitación tranquila, de fácil acceso y salida, y que disponga de timbre de llamada (64, 65). Se debe evitar los lugares con ruido que puedan alterar la comunicación y aquellos donde la intimidad se vea comprometida como las habitaciones compartidas o áreas comunes (66). También se deben evitar las interrupciones para facilitar la fluidez y mostrar al paciente disposición hacia su problema (62). Es importante que el paciente se sienta cómodo, por lo que siempre que su estado lo permita se reducirá el número de profesionales para no cohibirlo (63). Sin embargo, las personas que calmen su conducta pueden quedarse a acompañarlo; mientras que las que lo agraven deben evitar permanecer con él (64).

❖ **La comunicación:**

La comunicación es el elemento básico de la relación terapéutica. Se trata de un procedimiento a través del cual se transmite información, ideas, creencias, sentimientos, valores y actitudes. Puede ser verbal, si se transmite a través de las palabras, o no verbal, si lo hace a través del cuerpo mediante gestos, expresiones faciales, miradas, posturas corporales o movimientos. Ambos tipos se desarrollan de forma simultánea y continua, ya que las personas se comunican constantemente, aunque no verbalicen palabras lo hacen a través de sus gestos transmitiendo información (67). Es importante mantener la coherencia entre lo que se dice, lo que se hace ante ellos y las actitudes que se muestran (68).

A pesar de su relevante importancia, muchas veces la comunicación no es desarrollada adecuadamente como consecuencia de la ausencia de tiempo necesario, del exceso de cargas laborales o la falta de entrenamiento por parte de los profesionales (69).

Los factores de comunicación para que el paciente comparta sus sentimientos y preocupaciones deberían ser integrados por todos los profesionales para que su puesta en práctica fuera espontánea. Entre ellos están: la flexibilidad para adaptarse a las situaciones que se puedan presentar; la receptividad para mostrar atención e interés; el uso de un lenguaje comprensible para el paciente, evitando la utilización de tecnicismo; y por último el uso del silencio, que sirve para proporcionar apoyo al paciente y permitirle que se exprese libremente. Cuando al paciente no le apetece hablar no se le debe forzar. En estos casos es útil el uso del silencio a través del cual el paciente percibe el acompañamiento y se siente comprendido (67).

A todos estos elementos hay que añadir la utilidad de los “mensajes yo” que el Doctor Thomas Gordon (1918-2002) describió en la relación terapéutica. A través de ellos el profesional muestra al paciente el sentimiento que le provoca una conducta determinada pero sin reproches. De este modo se evita la culpabilización y las actitudes defensivas, y en consecuencia se consigue una influencia positiva para el cambio de su conducta (58).

❖ **La actitud:**

Los pacientes agitados suelen generar nerviosismo en los demás (68). Para afrontar la situación adecuadamente los profesionales han de mostrar serenidad para calmar la ansiedad y una actitud firme para marcar límites y proporcionar seguridad (64, 65). Cualquier actitud que se adopte delante de ellos es importante debido a la sensibilidad que tienen para percibir todo lo que va dirigido a ellos (68).

Para garantizar un cuidado humanizado la actitud correcta que deben mostrar los profesionales se detalla a continuación:

Qué se debe hacer:

- Se debe mantener la objetividad y neutralidad para que la información obtenida sea realista y no se realicen aportaciones subjetivas que puedan influir en las declaraciones del paciente (67).
- Dirigirse al paciente por su nombre y mantener una actitud de respeto y aceptación hacia su persona pero no hacia su comportamiento, explicando que hay ciertas actitudes y comportamientos que no se pueden aceptar (67).
- Realizar las preguntas que sean precisas evitando que parezca un interrogatorio, para que no desconfíe y se muestre reacio.
- Proporcionar tiempo al paciente para que se exprese (63).
- Es recomendable utilizar un tono suave, cercano y empático (64).
- Mantener una distancia que indique cercanía y predisposición, pero no sobrepase los límites de su intimidad ni le haga sentir incómodo (68, 70).

Qué no se debe hacer:

- Trabajar con prejuicios hacia la esquizofrenia, para no interferir en los cuidados (62).
- Culpabilizar, puesto que se puede sentir mal y adoptar una conducta defensiva (62).
- Poner en evidencia ni juzgar, porque se puede provocar el retraimiento de la exposición de los sentimientos del paciente (70).
- Evadir algún tema, ya que es posible que en ese momento resulte útil pero posteriormente resurgirá y el paciente pensará que no está siendo comprendido (70).
- Comparar con otros pacientes, puesto que se le infravalorará y se le hará entender que para ser valorado tendrá que ser como otras personas (70).
- Realizar afirmaciones sobre algún tema que se desconoce, ya que más adelante el paciente puede descubrir que se le ha mentado, desconfiar y perder la autoridad (64).
- Permitir que el delirio se expanda. Se tiende a pensar que es más respetuoso y tolerante no intervenir. Sin embargo, resulta más terapéutico poner límites a la irracionalidad ya que cuanto antes se intervenga, antes mejorará el estado de salud del paciente (68).

❖ **La observación:**

La observación es otro elemento esencial que permite recoger información a través de las expresiones faciales, los movimientos, el comportamiento y las actitudes que adopta el paciente para valorar el grado de congruencia entre lo que comunica verbalmente y lo que expresa su cuerpo, y para prevenir conductas manipulativas (63).

Para observar de manera adecuada, no se debe mantener la mirada de forma fija hacia el paciente, puesto que puede percibirlo como una situación intimidante y modificar su conducta (68). Sin embargo, tampoco se debe evitar la mirada ya que se podría entender como una actitud no atenta y desinteresada por parte del profesional (58).

❖ **Escucha activa:**

La escucha activa consiste en utilizar señales verbales y no verbales para mostrar al paciente que se está entendiendo el mensaje que transmite. Para realizarla correctamente se debe mostrar atención mientras el paciente habla y transmitir disponibilidad para apoyarle y ayudarlo, pudiendo ser útil para disminuir la agitación. A través de ella el profesional puede captar los sentimientos y problemas que transmite el paciente. El hecho de sentirse escuchado y comprendido por otra persona promueve un sentimiento de cercanía y confianza hacia ella y aumenta la reciprocidad para que el paciente escuche al profesional posteriormente (70).

A pesar de que su discurso carezca de lógica, no es conveniente contradecirle puesto que no resultaría útil intentar persuadirle para modificarlo a otro que él no comprenda. Lo único que se conseguiría al contradecirle sería que pensara que no está siendo comprendido y desconfiara del profesional, pudiendo así aumentar su grado de agitación. Sin embargo, tampoco se debe mostrar ni dar a entender conformidad hacia el contenido delirante. Simplemente se debe mostrar tolerancia hacia la libre expresión de sus ideas, sentimientos, temores, deseos, preocupaciones y expectativas para que él pueda desahogarse y nosotros podamos entender lo que le ocurre (58).

❖ **La empatía:**

La empatía es la capacidad de ponerse en la situación del paciente para comprender lo que expresa y experimenta (71). No se trata de entender sus palabras sino los sentimientos y emociones que hay detrás de ellas (62). Es una de las mejores herramientas para transmitir apoyo y permitir que el paciente se desahogue. La empatía se puede demostrar mediante mensajes como “te comprendo”, “sé de qué me estás hablando, puedo ayudarte”, “confía en mí” (66).

CONCLUSIONES.

Tras analizar las causas y el manejo de la agitación de los pacientes con esquizofrenia he comprendido que se trata de una situación de urgencia que requiere que los profesionales tengan interiorizados unos conocimientos y habilidades relacionales para ser capaces de intentar realizar un buen abordaje.

La elaboración de este trabajo me ha permitido conocer que existen numerosos estigmas sobre la esquizofrenia entre la sociedad e incluso entre los profesionales sanitarios; lo cual fomenta las actitudes de discriminación y el trato desigual en el ámbito de la salud. Resulta llamativo que entre los trabajadores que se dedican al área de la psiquiatría también existan estigmas, sobre todo el de peligrosidad y responsabilidad de la enfermedad. La existencia de estos prejuicios junto con otros factores, predisponen a la aplicación directa de las contenciones mecánicas, sin haber llevado a cabo previamente un manejo verbal adecuado.

La contención verbal constituye un elemento clave para la intervención con estos pacientes, en los que la relación terapéutica es la herramienta más importante para el abordaje de su estado. Esta relación implica el establecimiento de confianza con el paciente para disminuir su grado de exaltación y mejorar su evolución y la calidad de los cuidados que se le proporcionan. Para que estos cuidados sean humanizados los profesionales deben tener conocimientos sobre el proceso de la enfermedad, sus características, tratamiento y evolución. Pero también, deben tener habilidades relacionales como la empatía, la comunicación, la escucha activa, la observación; así como determinadas actitudes que ayuden a establecer una buena relación terapéutica. Es por ese motivo que el trabajo se ha estructurado en ese mismo orden, para que las personas que lo lean puedan entender la evolución de la enfermedad y cómo puede producirse un estado de agitación, para posteriormente interiorizar las habilidades con las que se ha de abordar dicha situación, puesto que cuando un profesional tiene claro cómo se ha de actuar lo hace con seguridad.

Me ha llamado la atención que siendo la relación terapéutica el elemento esencial en los cuidados de enfermería desde el inicio de la profesión, durante la búsqueda sólo en los libros de texto se explican las habilidades y herramientas que un profesional debe utilizar durante la relación con el paciente; a diferencia de los artículos encontrados que, aunque hayan sido publicados en los últimos 4 años, resultan escasos en cuanto al contenido.

Como conclusiones extraídas de la revisión de los diferentes artículos cabe mencionar que son numerosas las situaciones en las que se deshumaniza la atención por carencias formativas en los profesionales, utilizando medidas coercitivas y estigmatizadoras. Para resolver estas situaciones sería óptimo que en los planes de estudio se concediera más importancia a las habilidades relacionales para los futuros profesionales y que en los servicios sanitarios se organizaran jornadas dirigidas a los profesionales en activo. Mediante medidas como muestras de disponibilidad, comprensibilidad, tranquilidad, respeto, aceptación, ayuda y apoyo; los profesionales disponen de más información y sus estigmas hacia la enfermedad desaparecen, al mismo tiempo que mejoran sus habilidades para el desarrollo de una correcta intervención verbal a través de las cuales se disminuye el nivel de ansiedad y agitación del paciente.

La realización de este trabajo me ha aportado un amplio repaso sobre la esquizofrenia y su manejo en casos de agitación. El único protocolo que conocía de manera previa a la elaboración del trabajo era el del Servicio Cántabro de Salud y, tras analizar los 14 restantes, me ha llamado la atención de manera negativa el observar que apenas se concede importancia a las habilidades necesarias para poder realizar una correcta contención verbal ni un buen aislamiento terapéutico, en contraposición de las orientaciones dedicadas a la aplicación de la contención mecánica, en las que se incide mucho más.

Puedo concluir mi trabajo con la certeza de que si en alguna ocasión, como enfermera me enfrente a una situación en la que un paciente se encuentre agitado, ya sea un paciente con o sin enfermedad mental, sería capaz de utilizar todas las herramientas analizadas para intentar prevenir el uso de la contención mecánica y proporcionar de esta manera una atención humanizada.

ANEXOS.

Anexo 1: Material para la contención mecánica (20).



Tiras de fijación a la cama, una para los miembros inferiores y otra para la sujeción torácica.



Cintas para las muñecas.



Cinturón para las extremidades inferiores y cintas para los tobillos.



Cinturón abdominal.

BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Leal F. Capítulo V Observación y detección de los síntomas y comportamientos en las diferentes enfermedades mentales. Comprender la enfermedad mental. 1ª Edición. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia; 2002. p. 63.
- (2) Vallejo Ruiloba J. Capítulo 1 Introducción, psicopatología, psiquiatría y enfermedad mental; tendencias de la psiquiatría actual. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2015.
- (3) Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ. La restricción física de los pacientes, siglos XIX y XX. Rev ROL Enf. 2011; 34 (3): 182-189.
- (4) Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ. Uso de la restricción física, abordaje hasta la era moral. Rev ROL Enf. 2011; 34(3): 174-181.
- (5) Pileño Martínez ME, Morillo Rodríguez FJ, Salvadores Fuentes P, y Nogales Espert A. El enfermo mental: Historia y cuidados desde la época medieval. Cul cuid. 2003; (13): 29-35.
- (6) Sánchez González N, Ortega Martínez C. Capítulo 1 Evolución de la asistencia psiquiátrica en la España del siglo XX. En: Megías-Lazancos F, y Serrano Parra MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. 2ª Edición. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2002. p. 24-36.
- (7) Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Actualizado Abril 2016; consultado Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- (8) Ortuño F. Capítulo 5 Esquizofrenia. En: Ortuño F. Lecciones de Psiquiatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 85-118.
- (9) Crespo Facorro, B. Guía de Psicoeducación para las familias de Personas Diagnosticadas de Psicosis. Cantabria: Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria, Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria; 2010.
- (10) Bernardo M, Bioque M. Capítulo 17 Esquizofrenia. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. p. 226-233.
- (11) Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, y Obiols J.E. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. Psychothema. 2010; 22 (3): 389-395. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3742.pdf>
- (12) Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: Real academia española [actualizado Octubre 2014; consultado Marzo 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=GzAga0a>
- (13) González García EI, Saiz Martínez PA, González García-Portilla MP, Bousoño García M, Bobes García J. Capítulo 13 Trastornos esquizofrénicos. En: Bobes García J, Bousoño García M, Saiz Martínez PA, González García-Portilla MP. Enfermería psiquiátrica. Barcelona: Doyma; 2000. p. 149-161.
- (14) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Edición. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- (15) Bulbena A, Martín LM. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2015. p. 577.

- (16) Tellez Lapeira JM, Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Pascua Pascua P, López García C. El paciente agitado. Guías Clínicas. 2005; 5(34).
- (17) Soto Laza AA, Franch Valverde JI, Viaña Caballero JL, Quintana Docio EM. Urgencias y situaciones de crisis en psiquiatría. En: Bobes García J, Bousaño García M, Saíz Martínez PA, González García-Portillo MP. Enfermería psiquiátrica. Barcelona: Ediciones Doyma, S.L; 2000. p. 392-394.
- (18) Bulbena A, Martín LM. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2015. p. 578.
- (19) García Bernardo E, González Galán MJ. Urgencias psiquiátricas. En: Megías-Lizancos F, Serrano Parra M. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. 2ª Edición. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2002. p. 243-244.
- (20) Ambros A, Figueras Juárez A, Gómez Blanco A, Madrid Fernández C, Rodríguez R, Lagos Pantoja E et al. Protocolo asistencial: contención mecánica. Ciudad Real: Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2010.
- (21) Amador M, Arias S, Porta J, Durá MJ, Gómez ML, González C et al. Protocolo de contención mecánica de movimientos. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2003.
- (22) Comité de ética para la asistencia sanitaria y grupo de trabajo en contención de movimientos de pacientes. Protocolo de contención de movimientos de pacientes. Madrid: Hospital Clínico San Carlos; 2010.
- (23) Fernández del Piñar y Garzón E, Romero Molina A, Plaza del Pino MD, García García M. Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Granada: Hospital Universitario San Cecilio; 2007.
- (24) Seoane Lago A, Alava Cascon T, Blanco Prieto M, Díaz Moreno H. Protocolo de contención de pacientes. Alcalá de Henares: Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2005.
- (25) Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Protocolo de contención mecánica. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2010.
- (26) Servicio Cántabro de Salud. Guía para la contención física de pacientes. Cantabria: Consejería de Sanidad Gobierno de Cantabria; 2011.
- (27) Martínez J, Martínez- Novillo M, Rodríguez G, Fuentes O, López P, Climent E et al. Protocolo de contención de pacientes. Alicante: Hospital General Universitario de Alicante; 2009.
- (28) Hernanz M, Yoller AB, Larreira M, Goig R, Einsenhofer M, Vaquerizo I et al. Procedimiento general sobre el uso de la contención mecánica en el tratamiento de pacientes hospitalizados. Álava: Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalario de Álava; 2008.
- (29) Servicio de Psiquiatría. Protocolo de contención y sujeción de pacientes. Baracaldo: Hospital de Cruces; 2009.
- (30) Rodríguez de Vera Selva ML, Alarcón Tobarra N, Ruiz García J, Pérez Mascuñán MD. Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2015.
- (31) Dirección Enfermera. Protocolo General Sujeción Mecánica. Comunidad de Madrid: Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2005.
- (32) Sevillano Arroyo MA. Abordaje del paciente agitado: Protocolo de enfermería para la contención mecánica. Palma de Mallorca: Hospital Son Dureta; 2003.

- (33)Jimenez Cerdan R, Pérez Gurrez V, Pinilla Dúcar C. Manejo de enfermería en el paciente agitado. Navarra: Servicio Navarro de Salud.
- (34)Servicio de Psiquiatría. Protocolo de contención mecánica y terapéutica. Valencia: Hospital Universitario de Valencia; 2004.
- (35)Prieto Báez B, Gómez Nuñez MP. Protocolo de actuación en las urgencias psiquiátricas. Ciber Revista. 2015; (12).
- (36)Díaz González R, Hidalgo Rodrigo MI. Guía de actuación en la clínica psiquiátrica. Madrid: You & us, S.A; 1999.
- (37)López Sánchez O, Caballero Guerrero MJ, Jiménez León I, Sánchez Lima FJ. Actuación enfermera ante el paciente con agitación psicomotriz. Hygia de enfermería. 2011; (76): 47-53.
- (38)Gascán Barrachina J. Pautas de tratamiento en el paciente con agitación. En: Rojo Rodes JE, Salazar Soler A, Tomás Vecina S. Guía práctica: Manejo terapéutico y prevención en el paciente agitado. Madrid: Master Line & Prodigio, S.L; 2004. p. 23-27.
- (39)Ros Montalbán S. Guía de la impulsividad y agresión en la esquizofrenia. Madrid: Gráficas Letra, S.A.
- (40)Bulbena A, Martín LM. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2015. p. 578-579.
- (41) Bulbena A, Martín LM. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2015. p. 581.
- (42)García Bernardo E, González Galán MJ. Urgencias psiquiátricas. En: Megías-Lizancos F, Serrano Parra M. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. 2ª Edición. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2002.
- (43)Sabater Mateu MP, Rigol Cuadra A. El estigma en la salud mental, un reto para el siglo XXI. Rev Rol Enf. 2007; 30 (11): 736-748.
- (44)Martínez Zambrano F, López MD. Capítulo V: La estigmatización de los trastornos mentales. Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave. Madrid: Unión de editoriales universitarias españolas; 2013. p. 79-90.
- (45)Ochoa S, Martínez F, Ribas M, García-Franco M, López E, Vilellas R et all. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2011; 31 (111): 477-489.
- (46)Zaraza Morales DR, Hernández Holguín DM. El valor de los apoyos para el bienestar subjetivo al vivir con esquizofrenia. Index Enferm. 2016; 25(3): 141-145.
- (47)Jacq K, Andreno Norful A, Larson E. The variability of nursing attitudes toward mental illness: an integrative review. Archives of Psychiatric Nursing. 2016; 30:788-796.
- (48)Uehara de Lima D, Rigon Francischetti García AP, Pellegrino Toledo V. Looks of nursing to schizophrenic patient: implications for health disease for process care. JN UFPE. 2013; 7 (6): 4325-4331.
- (49)Carnier Wagner L, Runte Geidel A, Torres-González F, Bruce King M. Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. Ciencia & Saude Coletiva. 2011; 16 (4): 2077-2087.

- (50) Vicente González S. Actitudes de los residentes de medicina hacia la enfermedad mental. Rev ROL Enferm. 2015; 38(4): 254-261.
- (51) Subirana Casacuberta M, Guillaumet-Olives M, Sirvent Angulo M, Figueras Vilalta M, Borjabaz González A, Estrada Fernández ME et al. Tutorización y vivencias personales: Investigación en la especialidad de salud mental. Rev Rol Enf. 2012; 35 (2): 100-106.
- (52) Bueno Martín JE, Fraiz Padín MA. Confianza, clave para el proceso de enfermedad: Actitud y Comunicación en los profesionales sanitarios. Arch Memoria. 2016; (13 fasc. 2).
- (53) Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm. 2007; 20 (4): 499-503.
- (54) Beltrán OA. The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. Invest Educ Enferm. 2016; 34 (1): 18-28.
- (55) Correa ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 2016; 7 (1): 1227-1231.
- (56) Rubio González B, Gálvez Puerma LC, Ramírez González AS, Amezcua M. 12 gestos para un cuidado humanizado. Rev Paraninfo Digital. 2016; 10 (25).
- (57) Novel Martí G. Capítulo 21 La relación enfermera-paciente. En: Novel Martí G, Lluch Canut MT, Miguel López de Vergara MD. Enfermería psicosocial y salud mental. : Masson, S.A; 2000. p. 217-226.
- (58) Crespo Benítez J, Gavira Fernández C, O´Ferrall González C. Capítulo 9 La relación interpersonal, relaciones del enfermero con el paciente, la familia y el equipo terapéutico. En: Bobes García J, Bousoño García M, Saiz Martínez PA, González García-Portilla MP. Enfermería psiquiátrica. Barcelona: Doyma; 2000. p. 99-105.
- (59) Gómez Pascual M. Intervención de la enfermera especialista en salud mental en el manejo de la agitación psicomotriz mediante la relación terapéutica. Revista Investigación & Cuidados. 2013; 11(27). p. 19-26.
- (60) Megías- Lizanco F. La humanización de los cuidados de salud mental. Rev Presencia. 2015; 11 (22).
- (61) García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm. 2014; 17 (1): 70-74.
- (62) Chiclana C, Cana A. Capítulo 2 Entrevista y evaluación del enfermo psíquico. En: Ortuño F. Lecciones de Psiquiatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 17-45.
- (63) Soria V, Labad J. Capítulo 6 Entrevista psiquiátrica e historia clínica. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. p. 67-77.
- (64) Rojo Rodes JE. Capítulo 5 Prevención de la agitación: Factores de riesgo y medidas preventivas. En: Gascón Borrachina J, Rojo Rodes JE, Salazar Soler A, Tomás Vecina S. Guía práctica para el manejo terapéutico y prevención en el paciente agitado. Madrid: Master Line & Prodigio S.L; 2004. p. 70-72.
- (65) Ros Montalbán S. Capítulo 4 Manejo. Guía de la impulsividad y agresión en la esquizofrenia. Gráficas Letras S.A. p. 58-61.
- (66) Moreno Poyato AR, Tolosa Merlos D. Reflexiones sobre la relación terapéutica y su práctica

asistencial en enfermería en salud mental. Rev Rol Enferm. 2013; 36 (12): 818-823.

(67)Lluch Canut MT. Capítulo 20 Técnicas relacionales en enfermería. En: Novel Martí G, Lluch Canut MT, Miguel López de Vergara MD. Enfermería psicosocial y salud mental. : Masson, S.A; 2000. p. 205-215.

(68)Leal F. Capitulo III Actitudes ante las enfermedades mentales. Comprender la enfermedad mental. 1ª Edición. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia; 2002. p. 27-33.

(69)Saucedo-Isidoro G. La comunicación enfermera-paciente: una estrategia para la humanización del cuidado. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016; 24(2): 85-86.

(70)Cibanal Juan L, Arce Sánchez MC. Capítulo 19 Comunicación y relaciones personales. En: Megías- Lizanco F, Serrano Parra MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. 2ª Edición. Madrid: Difusión de avances de enfermería; 2002. p. 294-318.

(71)Beltrán OA. Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. Invest Educ Enferm. 2015; 33 (1): 17-27.