

Predictores de contención y agitación psicomotriz: abordaje en urgencias psiquiátricas

Alba Toll Privat

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP)
 Institut de Recerca Germans Trias i Pujol (IGTP)
 Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)
 Centro de Investigación Biomédica en Red, Área de Salud Mental (CIBERSAM)



En el ámbito de la psiquiatría, la contención mecánica sigue siendo una práctica común en unidades de cuidados agudos, a pesar de los esfuerzos significativos por reducir su uso. Este procedimiento, que implica la inmovilización de una persona mediante dispositivos mecánicos, es altamente controvertido debido a sus implicaciones éticas, legales y clínicas. En este artículo se abordan los factores que predicen la necesidad de contención, la agitación psicomotriz como fenómeno clínico y las estrategias efectivas para su manejo en entornos de urgencias psiquiátricas.

Predictores de contención mecánica

La revisión de diversos estudios¹⁻³ indica que existen varios factores capaces de predecir la necesidad de contención mecánica en pacientes psiquiátricos agudos. Entre estos factores destacan los siguientes:

- **Diagnóstico de trastorno psicótico:** el diagnóstico de un trastorno psicótico es uno de los predictores más significativos para la utilización de contención mecánica. Los pacientes con trastornos como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar en fase maníaca tienen una mayor probabilidad de presentar comportamientos que requieran intervenciones de contención. Estos trastornos a menudo se asocian con síntomas de agitación extrema y riesgo de autoagresión o heteroagresión, lo que justifica el uso de medidas de restricción en situaciones de emergencia para proteger al paciente y al personal de salud.
- **Barreras de comunicación:** la presencia de barreras de comunicación, como las diferencias de idioma entre el paciente y el personal sanitario, también se ha identificado como un predictor importante. Las dificultades en la comunicación pueden exacerbar la desorientación y la frustración del paciente, aumentando así la probabilidad de comportamientos agitados que lleven a la necesidad de contención mecánica. La incompreensión mutua puede dificultar



Foto de SHVETS production en Pexels.

tar la implementación de intervenciones menos restrictivas y aumentar la dependencia de métodos más coercitivos.

- **Sexo masculino:** el sexo masculino se asocia con una mayor duración de los episodios de contención mecánica. Los estudios sugieren que los varones son más propensos a presentar comportamientos violentos o disruptivos en comparación con las mujeres, lo que podría explicar esta diferencia en la duración de la contención. Además, las diferencias de género en la percepción y manejo de la agresividad pueden influir en la decisión de prolongar el uso de la contención mecánica en varones.

Agitación psicomotriz en urgencias psiquiátricas

La agitación psicomotriz es un estado de actividad motora excesiva y desorganizada que, con relativa frecuencia, se presenta en pacientes con trastornos psiquiátricos agudos. Este fenómeno puede manifestarse de muchas formas, desde una simple inquietud y un estado de nerviosismo hasta episodios de irritabilidad intensa y, en casos más extremos, agresión física. Por ejemplo, en algunos casos llegan a las urgencias de psiquiatría pacientes con un estado de elevada agitación y con un comportamiento descontrolado que no solo ponen en riesgo su propia seguridad, sino también la del personal sanitario y la de otros pacientes. En esos momentos, la tensión en el am-

biente es palpable y cualquier movimiento en falso podría desencadenar una situación aún más grave.

Por eso, una situación de agitación psicomotriz supone un desafío crítico en entornos como las urgencias psiquiátricas (que suelen ser espacios no muy amplios y cerrados, donde a veces se encuentran juntos muchos pacientes), ya que requiere una respuesta inmediata y efectiva. No se trata solo de calmar al paciente, sino de hacerlo de una manera que garantice la seguridad de todos. Así pues, se necesita una combinación de habilidades técnicas y empatía para manejar estas situaciones. A veces, una voz calmada y firme puede ser suficiente para tranquilizar al paciente. Otras veces, se requiere la intervención de varios miembros del equipo para controlar físicamente al individuo y evitar daños mayores.

Los estudios de neuroimagen nos pueden ayudar a identificar patrones cerebrales asociados con la agitación y así poder diseñar intervenciones más precisas.

Atendiendo a lo dicho, es muy importante tener una preparación adecuada y trabajar en equipo. Cada miembro del personal debe estar entrenado no solo en técnicas de contención física, sino también en estrategias de desescalada verbal, además de ser capaz de mantener la calma bajo presión. La agitación psicomotriz no solo es un desafío físico, sino también un recordatorio constante de la fragilidad y complejidad de la mente humana.

Podríamos decir que la agitación psicomotriz es más que una mera serie de movimientos descontrolados: es una manifestación externa de un tormento interno profundo y, como profesionales de la salud, nuestra misión es proporcionar un entorno seguro y comprensivo que permita al paciente superar este episodio crítico con dignidad y el menor sufrimiento posible.

Factores desencadenantes

Los desencadenantes de la agitación psicomotriz pueden ser diversos y multifactoriales. Entre los factores más comunes se incluyen:

- **Estrés ambiental:** las condiciones estresantes del entorno hospitalario, como el ruido excesivo, la falta de privacidad y la sobrecarga sensorial, pueden precipitar episodios de agitación.
- **Interacciones sociales:** las interacciones conflictivas con el personal sanitario o con otros pacientes pueden contribuir a la agitación.
- **Descompensación de la enfermedad mental:** la exacerbación de los síntomas de la enfermedad mental subyacente, como las alucinaciones, los delirios o la paranoia, es un desencadenante común.
- **Abstinencia de sustancias:** los pacientes que experimentan síntomas de abstinencia de alcohol o drogas pueden mostrar signos de agitación psicomotriz.

Abordaje de la agitación psicomotriz en urgencias

La agitación psicomotriz es una emergencia psiquiátrica que puede presentarse de manera súbita e intensa, generando un desafío significativo tanto para el paciente como para el equipo de salud. Por lo tanto, un manejo eficaz de esta condición requiere no solo de conocimientos técnicos, sino también de empatía y habilidades interpersonales que permitan conectar con el paciente en momentos de crisis. Así pues, la agitación psicomotriz no puede abordarse desde una sola perspectiva. Es fundamental contar con un equipo multidisciplinario formado por diferentes profesionales (psiquiatras, enfermeros...) y en el cual cada uno aporta una pieza esencial para poder desarrollar un plan de intervención integral que combine estrategias farmacológicas y no farmacológicas⁴.

Intervenciones farmacológicas

El uso de medicamentos es una estrategia común para controlar la agitación psicomotriz. Los fármacos más utilizados incluyen antipsicóticos y benzodiazepinas. La elección del medicamento depende de varios factores, como el diagnóstico subyacente, la historia clínica del paciente y la urgencia de la situación. Entre los fármacos más empleados destacan:

- **Antipsicóticos:** los antipsicóticos de segunda generación, como la olanzapina y la risperidona, son efectivos para reducir la agitación en pacientes con trastornos psicóticos. Actúan bloqueando los receptores de dopamina en el cerebro, lo que ayuda a controlar los síntomas psicóticos y la agitación.
- **Benzodiazepinas:** estos fármacos, como el lorazepam y el diazepam, son útiles para manejar la agitación debido a su efecto sedante. Aumentan la actividad del neurotransmisor GABA, lo que induce un efecto calmante.

Intervenciones no farmacológicas

Las intervenciones no farmacológicas son igualmente cruciales para el manejo de la agitación psicomotriz. Entre tales estrategias se incluyen:

- **Desescalada verbal:** las técnicas de comunicación efectiva y la intervención verbal pueden ayudar a reducir la agitación. Esto implica escuchar al paciente de manera activa, validar sus emociones y establecer una relación de confianza.
- **Modificación del entorno:** ajustar el entorno para reducir los estímulos estresantes puede ser beneficioso. Esto incluye crear un ambiente tranquilo, reducir el ruido y proporcionar un espacio seguro para el paciente.
- **Intervenciones terapéuticas:** la implementación de terapias ocupacionales y recreativas puede ayudar a canalizar la energía del paciente de manera constructiva y reducir la agitación.

Además de todo esto, en estas situaciones no debemos olvidar la importancia de la empatía. En momentos de crisis, los pacientes a menudo se sienten aterrizados, desorientados y desconectados de la realidad. Tener presente que pueden sentirse así y abordarlos con compasión puede marcar una gran diferencia. Por esto, es crucial intentar ponerse en el lugar del paciente, considerando sus miedos y angustias, brindándole un trato humano y respetuoso.

Estrategias para reducir el uso de contención mecánica

La reducción del uso de la contención mecánica en unidades psiquiátricas es un objetivo primordial, debido a los riesgos asociados con esta práctica. En este sentido, la implementación de estrategias basadas en neurociencia y la personalización de las intervencio-



Foto de Timur Weber en Pexels.

nes pueden ser fundamentales para reducir la necesidad de estas medidas extremas.

Uno de los factores que a menudo contribuyen a la agitación psicomotriz es la sobreestimulación sensorial. Los entornos de urgencias pueden ser ruidosos, iluminados de manera intensa y caóticos, todo lo cual puede exacerbar el estrés y la ansiedad en los pacientes psiquiátricos. La investigación en neurociencias ha demostrado que la sobreestimulación puede activar respuestas de lucha o huida, incrementando la agitación⁵.

Además, la investigación en neurociencias es crucial para desarrollar y validar nuevas estrategias que puedan reemplazar la contención mecánica. Por ejemplo, los estudios de neuroimagen nos pueden ayudar a identificar patrones cerebrales asociados con la agitación y así poder diseñar intervenciones más precisas. La identificación de biomarcadores que predigan la respuesta al estrés y la agitación también podría permitir una intervención más temprana y personalizada en estas situaciones⁶.

Para abordar estas necesidades, se han delineado estrategias efectivas que pueden implementarse:

- **Capacitación del personal:** la formación continua del personal en técnicas de manejo de crisis y desescalada es esencial. La capacitación debe enfocarse en habilidades de comunicación, intervención temprana y manejo de situaciones de alta tensión sin recurrir a la contención mecánica. Además, la educación sobre los riesgos y las consecuencias de la contención mecánica puede fomentar un enfoque más reflexivo y menos coercitivo.
- **Protocolos institucionales:** el desarrollo y la implementación de protocolos claros y estandarizados para el manejo de la agitación y la contención pueden reducir la dependencia de la contención mecánica. Estos protocolos deben incluir criterios estrictos para su uso, procedimientos para la monitorización continua y la revisión regular de cada caso de contención.
- **Intervenciones alternativas:** promover el uso de intervenciones alternativas a la contención mecánica es crucial. Algunas alternativas son:
 - **Habitaciones sensoriales:** habitaciones diseñadas para proporcionar estimulación sensorial controlada (con iluminación suave, sonidos relajantes o música terapéutica, materiales sensoriales calmantes como mantas pesadas o cojines de compresión) pueden ayudar a calmar a los pacientes agitados⁷.
 - **Terapias de relajación:** técnicas como la respiración profunda, la meditación y el yoga pueden ser útiles para reducir la agitación.
 - **Enfoques terapéuticos personalizados:** desarrollar planes de cuidado individualizados basados en las necesidades y preferencias del paciente puede reducir la necesidad de medidas coercitivas.

Al integrar estas estrategias en el cuidado psiquiátrico, podemos avanzar hacia un enfoque más humano y efectivo, priorizando la seguridad y el bienestar de los pacientes.

Conclusiones

La contención mecánica sigue siendo una práctica prevalente en las unidades de cuidados agudos psiquiátricos, aunque su uso está asociado con múltiples desafíos éticos, legales y clínicos. Comprender

los factores que predicen la necesidad de contención, como los trastornos psicóticos, las barreras de comunicación y el sexo masculino, es crucial para desarrollar estrategias efectivas de manejo.

El manejo de la agitación psicomotriz en entornos de urgencias psiquiátricas requiere un enfoque integral que combine intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La capacitación del personal, la implementación de protocolos estandarizados y la promoción de alternativas a la contención mecánica son esenciales para reducir la dependencia de esta práctica y mejorar la calidad de la atención en salud mental.

Es fundamental
contar con un equipo
multidisciplinario
formado por diferentes
profesionales (psiquiatras,
enfermeros...) y en el
cual cada uno aporta
una pieza esencial para
poder desarrollar un plan
de intervención integral
que combine estrategias
farmacológicas y no
farmacológicas.

Además, está claro que cada vez se busca en este campo un enfoque más holístico y centrado en el paciente. En este sentido, se están explorando y desarrollando alternativas que priorizan la prevención y la intervención temprana, así como la personalización de los tratamientos. Por ejemplo, se están implementando modelos de atención como el de “Puertas Abiertas”, que enfatizan la inclusión de los pacientes en el proceso de toma de decisiones y promueven un entorno

menos restrictivo. Además, los avances realizados en la investigación en neurociencia nos están proporcionando una comprensión más profunda de los mecanismos subyacentes a la agitación psicomotriz, lo que permitirá ir desarrollando intervenciones cada vez más precisas y personalizadas. En última instancia, como ya se ha comentado, todo apunta hacia un cambio de paradigma, donde la contención mecánica se considere como último recurso y en el cual se promueva una cultura de cuidado que respete la dignidad y la autonomía de los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. El-Abidi, K., Moreno-Poyato, A.R., Toll Privat, A., ... & Mané, A. (2021). Determinants of mechanical restraint in an acute psychiatric care unit. *World J Psychiatry*, 11(10), 854-863. doi: 10.5498/wjp.v11.i10.854.
2. Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D.M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical restraint--which interventions prevent episodes of mechanical restraint? – a systematic review. *Perspect Psychiatr Care*, 48(2), 83-94. doi: 10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x.
3. Pedersen, M.L., Gildberg, F.A., Baker, J., & Tingleff, E.B. (2024). A systematic review of interventions to reduce mechanical restraint in adult mental health inpatient settings. *Int J Ment Health Nurs*, 33(3), 505-522. doi: 10.1111/inm.13267.
4. Allen, D.E., Fetzer, S., Siefken, C., Nadler-Moodie, M., & Goodman, K. (2019). Decreasing Physical Restraint in Acute Inpatient Psychiatric Hospitals: A Systematic Review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 25(5), 405-409. doi: 10.1177/1078390318817130.
5. Kohn, N., Eickhoff, S.B., Scheller, M., ... & Habel, U. (2014). Neural network of cognitive emotion regulation—an ALE meta-analysis and MACM analysis. *Neuroimage* 87; 345-55. doi: 10.1016/j.neuroimage.2013.11.001.
6. Steinert, T., Hirsch, S. (2020). Neurobiological perspectives on reducing coercive measures in psychiatry. *Front Psychiatry*, 11, 123. doi: 10.3389/fpsy.2020.00123
7. Novak, T., Scanlan, J., McCaul, D., ... & Clarke, T. (2012). The impact of sensory modulation rooms on seclusion and restraint use in psychiatric services: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry*, 46(6), 576-585. doi: 10.1177/0004867412439248.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:

brains@wemindcluster.com

Para contactar directamente con el autor:

Alba Toll Privat - atollp.germanstrias@gencat.cat