



**Universidad**  
Zaragoza

1542

**salud**  
servicio aragonés  
de salud

ESCUELA U. ENFERMERÍA  
AVDA. MARTINEZ DE VELASCO, 36  
22004 HUESCA

**Universidad de Zaragoza**  
**Escuela Universitaria Enfermería de Huesca**

***Grado en Enfermería***

**Curso académico: 2015/2016**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO Y DE  
CONTENCIÓN EN PACIENTES IMPULSIVOS.**

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**Autor:** D. Luis Marco Galindo

**Director:** D. Felipe Nuño Morer

**ÍNDICE:**

<b>RESUMEN .....</b>	<b>Página 2</b>
<b>PALABRAS CLAVE.....</b>	<b>Página 2</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>Página 3</b>
• <b>NEUROANATOMÍA DE LA IMPULSIVIDAD.....</b>	<b>Página 4</b>
• <b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>Página 5</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>Página 5</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>Página 6</b>
<b>DESARROLLO.....</b>	<b>Página 8</b>
• <b>CONTENCIÓN VERBAL.....</b>	<b>Página 8</b>
• <b>CONTENCIÓN QUÍMICA.....</b>	<b>Página 9</b>
• <b>CONTENCIÓN MECÁNICA.....</b>	<b>Página 10</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>Página 12</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>Página 13</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>Página 14</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>Página 17</b>
• <b>ANEXO I.....</b>	<b>Página 17</b>
• <b>ANEXO II.....</b>	<b>Página 19</b>
• <b>ANEXO III.....</b>	<b>Página 20</b>
• <b>ANEXO IV.....</b>	<b>Página 23</b>
• <b>ANEXO V.....</b>	<b>Página 25</b>
• <b>ANEXO VI.....</b>	<b>Página 27</b>
• <b>ANEXO VII.....</b>	<b>Página 32</b>
• <b>ANEXO VIII.....</b>	<b>Página 33</b>

**RESUMEN:**

**Introducción:** La impulsividad es una parte integrante de un amplio rango de trastornos mentales. Implica un pobre autocontrol de la conducta caracterizado por la toma inmediata de decisiones sin tener en cuenta las consecuencias. En España, la prevalencia de agresiones físicas sufridas por profesionales sanitarios se eleva al 11%, mientras que la prevalencia de agresiones verbales o amenazas, asciende al 64%.

**Objetivo:** Conocer los signos y síntomas del paciente impulsivo-agresivo y formar a los profesionales sanitarios sobre el abordaje terapéutico y de contención de los mismos.

**Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica para conocer los signos y síntomas del paciente impulsivo-agresivo. Para ello, se consultó información en bases de datos científicas y otras fuentes especializadas como libros y revistas.

**Desarrollo:** Es fundamental el conocimiento de las técnicas adecuadas de contención verbal y ambiental para el manejo inicial de los pacientes agitados. Si estas medidas no son adecuadas, se debe conocer el protocolo de la contención farmacológica y la contención mecánica. El papel del profesional de enfermería en el abordaje de este tipo de pacientes es imprescindible.

**Conclusiones:** El manejo de la impulsividad es una pieza fundamental para evitar agresiones físicas y verbales. Es trascendental la realización de un protocolo estandarizado para formar a los profesionales sanitarios. Se debe aprender a abordar correctamente las situaciones con pacientes agitados, tanto ética, como legalmente.

**Palabras clave:** Impulsividad, contención, psiquiatría y agresiones

‘Todo hombre puede ser, si se lo propone,  
escultor de su propio cerebro’

**Santiago Ramón y Cajal**

## **INTRODUCCIÓN:**

Las alteraciones del control de los impulsos aparecen con frecuencia en la clínica psiquiátrica y su abordaje resulta un complejo reto para los profesionales de la salud mental. La impulsividad es parte integrante de un amplio rango de trastornos mentales.<sup>1</sup>

Moeller, en el año 2001 la definió de la siguiente manera: "La impulsividad se caracteriza por una predisposición hacia la ejecución de reacciones rápidas, no planeadas, hacia estímulos internos o externos; sin consideración alguna acerca de las consecuencias negativas que la reacción pueda tener tanto para el individuo impulsivo, como para otros".<sup>2</sup>

La impulsividad implica un pobre autocontrol de la conducta, caracterizado por la toma inmediata de decisiones sin tener en cuenta el alcance de sus consecuencias. No puede reducirse a un constructo psicopatológico simple: involucra diversas dimensiones de un fenómeno multifacético y heterogéneo.

La impulsividad no es una enfermedad, es un síntoma integrante de gran parte de la patología psiquiátrica que está asociado a trastornos como el suicidio, la depresión y la ansiedad, las adicciones, la bulimia, la esquizofrenia, el juego patológico o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad entre otros. En este sentido, entre el 15 y el 25% de la población padece trastornos por impulsividad patológica.<sup>3</sup>

Las alteraciones de la neurotransmisión serotonina/dopamina afectan de forma desigual a diversos aspectos de la conducta impulsiva, con la participación de diferentes áreas cerebrales y sustratos neuroquímicos. La predisposición genética a la impulsividad parece verse afectada por las variantes genéticas polimórficas del sistema serotoninérgico.<sup>4</sup>

## **NEUROANATOMIA DE LA IMPULSIVIDAD:**

La corteza frontoorbitaria, (OF-CP), situada en la cara basal anterior de cada lóbulo frontal, por encima de las orbitas oculares recibe sus principales vías aferentes del lóbulo temporal, que incluye las regiones auditivas de la circunvolución temporal superior, las regiones visuales y el surco temporal superior y la amígdala.<sup>4, 5</sup>

Existen conexiones desde la corteza somatosensitiva, las regiones olfatorias de la corteza piriforme y la corteza gustativa. Por lo tanto, la corteza orbitaria obtiene información de todas las modalidades sensitivas.

El área frontoorbitaria se proyecta subcorticalmente hacia la amígdala y el hipotálamo proporcionando una vía para influir en el sistema autónomo; estos cambios fisiológicos son esenciales en las respuestas emocionales.<sup>6</sup>

La corteza frontoorbitaria engloba las áreas de Brodmann 9, 10, 11 y 12. Las personas con daño en esta zona desarrollan un síndrome neuropsiquiátrico que se caracteriza por una pérdida de habilidades sociales, descontrol en la regulación de su conducta, así como una labilidad emocional, estado maniático, actos antisociales, desinhibición e impulsividad, incluso cambios en la personalidad (caso Phineas Gage).<sup>7, 8, 9</sup>

## **ANEXO I**

El comportamiento de conductas inapropiadas se observa generalmente en las lesiones medianas bilaterales de los lóbulos frontales y está relacionada con la pérdida de las influencias inhibitorias que ejercen las regiones frontales.<sup>10</sup>

Resumiendo, impulsividad es un rasgo de personalidad que contribuye, en interacción con otros factores, a la definición de un patrón maladaptativo de conducta caracterizado por una incapacidad para pensar antes de actuar, planear las acciones y para mantener la atención fija por períodos prolongados de tiempo.

Los pacientes impulsivos a menudo son agresivos, o los agresivos a menudo son impulsivos.<sup>11</sup>

De la prevalencia de agresiones por parte de los usuarios al personal sanitario cabe destacar que los resultados obtenidos en una muestra de 1.845 profesionales de nuestro país, pertenecientes a hospitales y centros de salud urbanos y rurales, muestran que un 11% de los profesionales declaró haber sido víctima de agresiones físicas y un 64% de amenazas, coacciones o insultos. Estas cifras ascienden hasta alcanzar valores muy elevados en servicios como Urgencias y Psiquiatría para las agresiones físicas (48% y 27% respectivamente), así como para los insultos (81,6 % y 63,6 %) y las amenazas (87% y 59%).<sup>12</sup>

**Justificación:** El abordaje terapéutico de pacientes impulsivos o agresivos en las distintas unidades no deja de ser un tema que concierne a la enfermería en su correcto manejo, y dada la incidencia de las agresiones en el medio hospitalario, esta revisión bibliográfica pretende dar la importancia que merece el tema en cuestión. Además, esta revisión va a permitir conocer a los diferentes miembros del equipo sanitario el protocolo correcto de actuación ante un paciente impulsivo, sea cual sea la unidad en la que esté ingresado.

### **OBJETIVOS:**

**General:** Conocer los signos y síntomas del paciente impulsivo-agresivo para formar a todo el personal sanitario del abordaje terapéutico y de contención de dichos pacientes.

### **Específicos:**

- Lograr una alianza con el paciente que nos permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción.
- Negociar soluciones terapéuticas en base a las propuestas que haga el paciente y a las que puede brindarle la Institución.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad. Prevenir posibles ataques violentos.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.

## **METODOLOGÍA:**

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la impulsividad y agresividad en pacientes y su abordaje terapéutico por parte del personal de enfermería. Para ello, se utilizaron bases de datos científicas y otras fuentes especializadas sobre el tema, como libros y revistas de psiquiatría, de enfermería o de neurociencia.

El período de búsqueda comenzó a finales de noviembre de 2015 y finalizó a últimos de enero de 2016, aunque abordando los diferentes temas se siguieron recopilando bibliografías y sustituyendo información hasta el comienzo del mes de abril de 2016.

### **Criterios de inclusión:**

Toda aquella información, desde el año 2006-2007 hasta la actualidad relacionada con el tema a tratar, en la que aparezca alguna de las palabras clave utilizadas (impulsividad, contención, psiquiatría y agresiones).

Artículos científicos, libros y revistas especializados sobre la impulsividad, la neurociencia y el manejo de los pacientes impulsivo-agresivos, así como de su abordaje terapéutico y protocolos especializados en contención mecánica.

Los idiomas incluidos en el período de búsqueda bibliográfica fueron español e inglés, siendo en este último idioma la mayoría libros y artículos de revistas científicas americanas.

### **Criterios de exclusión:**

Toda la información que, pese a ser útil, fuere anterior al año 2006 o estuviese en otro idioma que no haya sido español o inglés.

Se utilizaron operadores booleanos, AND (Y), OR (O) y NOT (NO), para realizar una búsqueda más afín y concreta de la información.

La búsqueda bibliográfica de información se realizó en los idiomas inglés y español, tanto en libros, revistas científicas, guías clínicas, protocolos y artículos científicos relevantes encontrados tanto en bibliotecas públicas locales (Biblioteca del Hospital San Jorge de Huesca, Biblioteca de la

Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca, Biblioteca del Colegio de Enfermería de Huesca), como en bases de datos científicas vía internet.

Además se contó con colaboradores que poseían libros de psiquiatría, psicología y manejo de pacientes psiquiátricos de interés científico sobre el tema y la situación a tratar, tanto en idioma español como en inglés, cuyas aportaciones facilitaron la elaboración del proyecto.

Se sumaron al apoyo de búsqueda bibliográfica y documentación gráfica el director de Enfermería del Hospital San Jorge de Huesca y la supervisora de la 7º planta (psiquiatría) del Hospital San Jorge Huesca, prestando material didáctico, guías clínicas sobre los temas a tratar y facilitando la posibilidad de fotografiar elementos de contención con total confidencialidad de identificación de los pacientes (ética y legalidad) para poder ilustrar con mayor criterio el trabajo. **ANEXO VII Y VIII**

La información encontrada se refleja en el siguiente cuadro metodológico:

	<b>BÚSQUEDAS ENCONTRADAS</b>	<b>BÚSQUEDAS DESECHADAS</b>	<b>BÚSQUEDAS UTILIZADAS</b>
<b>SCIELO</b>	112	98	14
<b>CUIDEN</b>	48	46	2
<b>PUBMED</b>	21	20	1
<b>COCHRANE PLUS</b>	4	4	0
<b>MEDLINE</b>	67	61	6

**Tabla 1. Bases de datos utilizadas**

	<b>REVISTAS ENCONTRADAS</b>	<b>REVISTAS REVISADAS</b>	<b>REVISTAS UTILIZADAS</b>
REV. PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL	12	11	1
REV. NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA	3	3	1
REV. AMERICANA DE PSICOLOGÍA	4	4	2

**Tabla 2. Revistas utilizadas**

También se consultó y se utilizó información del Gobierno de Aragón, el Gobierno de Murcia y la Asociación Americana de Psiquiatría, siendo útiles una bibliografía de cada uno de los citados sitios.

## **DESARROLLO:**

La impulsividad implica alteraciones en el control de los impulsos, de forma transitoria para satisfacer las necesidades más inmediatas de la persona. Se ha intentado medir numerosas veces, y la escala que mayor validez tiene es la escala de Barratt (BIS-11). La escala consta de 30 ítems a los que contestar con una puntuación de 0 (rara vez o nunca) a 4 (siempre o casi siempre). Debe ser contestada por el paciente en cuestión rápida y honestamente, leyendo el entrevistador cada oración con claridad, pausa y comprobando que el entrevistado comprenda la frase correctamente para que tenga una adecuada validez para el posterior diagnóstico.<sup>13</sup> **ANEXOII**

Es complicado lidiar con pacientes impulsivos en el entorno hospitalario, ya que se pueden dar en cualquier área o servicio. No existe un protocolo estandarizado para actuar ante estas situaciones, pero se ha recopilado información suficiente como para poder realizar una guía del manejo del paciente impulsivo y su abordaje terapéutico.

Es importante conocer al paciente y tener un trato cercano con él, evaluar a cada paciente holística e íntegramente para poder aplicar las medidas que más nos vayan a facilitar el trabajo y su pronta recuperación.<sup>14</sup>

El proceso del abordaje terapéutico y de contención al paciente impulsivo consta en un protocolo con tres fases diferenciadas:

### **1- Contención verbal del paciente.**

Consiste en evitar que el paciente pase a la acción, sin asumir riesgo, y puede ser llevada a cabo por un enfermero y/o facultativo. La meta de la contención verbal es restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus emociones, y la implantación de límites de conducta. Es una medida terapéutica muy útil en casos que no se pierda totalmente el control (en situaciones de agitación extrema no se valora esta medida).<sup>15, 16</sup>

La contención verbal permite alcanzar una situación de alianza con el paciente, negociar la terapéutica a implantar con él, y disminuir la agresividad e impulsividad del mismo.

Se debe fomentar la verbalización. Los familiares y/o acompañantes pueden ser de utilidad en este aspecto. Es importante que el paciente colabore en esta fase a fin de evitar la contención mecánica.<sup>15</sup>

La actitud por parte del enfermero será tranquila, pero de firmeza, sin dar expectativas ni realizar falsas promesas. Hay que tener la situación bajo control en todo momento.

La escucha activa es una parte fundamental de la contención verbal. Se debe mantener una conversación tranquila, presentarse el profesional sanitario y realizar preguntas cortas valorando las respuestas del paciente y la comunicación no verbal del mismo.<sup>16, 17</sup>

En la entrevista con el paciente, se debe guardar una distancia prudente para mantener la seguridad física del profesional de la salud y del propio paciente. Una buena opción es una entrevista con una mesa entre paciente y enfermero, ya que además permite valorar gestos motores del paciente como frotar las manos, agarrar la silla (nerviosismo), miradas de reojo, un aumento repentino del tono de voz con groserías o rascados repetidos.

Se puede valorar la presencia de un familiar o acompañante durante la entrevista para facilitar la expresión del paciente.

Fomentar un ambiente tranquilo, con una luz tenue, sin ruidos que puedan alterar es fundamental en esta fase.<sup>16, 17, 18</sup> **(ANEXO III)**

## **2- Contención química.**

Se implanta cuando la contención verbal falla. Se utilizan psicofármacos para calmar al paciente agitado y así disminuir el riesgo de que se lesione a sí mismo o a los profesionales sanitarios. Busca disminuir de forma rápida el estado de intranquilidad, sin llegar a una sedación completa con pérdida de la consciencia, que podría tener complicaciones importantes. Es la contención más utilizada, ya que normalmente, la contención mecánica precisa de contención psicofarmacológica.<sup>19</sup>

El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con mínimos efectos secundarios. Sigue abierto a debate qué fármaco utilizar, o qué vía o dosis son más efectivas.<sup>19</sup> **ANEXO IV**

Cobra relevancia la posibilidad de ofrecer al paciente información sobre grupos de ayuda en enfermedades con trastorno del control de los impulsos para evitar este tipo de situaciones. Enfermedades como la ludopatía, la piromanía o la ninfomanía son enfermedades con gran componente impulsivo que se reflejan en estos grupos de ayuda.<sup>20</sup> **ANEXO V**

### **3- Contención mecánica.**

Finalmente, si la contención verbal ha fallado, o no se ha podido realizar por ser el paciente excesivamente impulsivo o potencialmente peligroso, y la contención química no ha resultado eficaz, se llega a la contención mecánica, cuyo objetivo es la limitación de movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente, a fin de prevenir lesiones en el propio paciente o al personal sanitario y/o acompañantes.

Indudablemente, la contención física supone un conflicto ético entre los Principios de Autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de Beneficencia (deseo bienintencionado sanitario de mejoría del paciente, de su entorno y de su autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida). Una aplicación basada exclusivamente en el autoritarismo, por tanto, implicaría errar el principio de No-Maleficencia.<sup>21, 22</sup>

Se debe valorar la situación del paciente, analizando si el paciente es potencialmente peligroso de autolesionarse o lesionar a otras personas, o pueda perder totalmente el autocontrol. Hay que avisar al facultativo que proceda y reunirse para objetivar si es correcto realizar la contención mecánica.<sup>22</sup>

Cuando el paciente está en contención, hay que establecer un protocolo para supervisar los signos de las posibles lesiones asociadas a la aplicación de la contención, como las constantes vitales, la hidratación y pigmentación de la piel, higiene, circulación arteriovenosa (especialmente de las piernas), movilidad de las extremidades y evitar, en la medida de lo posible, la formación de úlceras por presión derivadas de la inmovilidad producida por la contención.<sup>23</sup>

En algunos estándares de contención se aconseja realizar la supervisión de dichos aspectos mencionados cada quince minutos, pero esto va en función de las necesidades y el tipo de contención, ya que a veces puede agravar la situación de agitación, así como dificultar el descanso del paciente.

Hay que informar al paciente y a la familia de la decisión tomada antes de proceder a la ejecución, y dejarlo por escrito para evitar problemas legales posteriores.<sup>23, 24</sup>

Cabe destacar y señalar que no es una práctica que se utilice únicamente en las unidades de salud mental, si no que es una herramienta más para abordar el tratamiento médico muchas veces (en pacientes que se arrancan continuamente la vía, en pacientes con desorientación, con agitación psicomotriz que deben descansar y permanecer quietos, en un postoperatorio, entre otras muchas situaciones.)

En ocasiones, la contención mecánica se utiliza en pacientes a los que no se puede dejar solos, pero no tienen acompañante en ese momento. Las barandillas son una medida de contención mecánica más, pese a ser mucho menos invasiva.<sup>23, 24</sup>

No se debe proceder hasta que no esté disponible todo el equipo adecuado. El número óptimo de personas para realizar una contención es de 5 personas, 1 enfermera al menos para dirigir, una persona para cada miembro y otra que se ocupe de la cabeza (normalmente ésta suele ser la enfermera).

Una vez esté todo el personal preparado se procede a la ejecución de la contención mecánica.<sup>24</sup> **ANEXO VI**

## **CONCLUSIONES:**

Primero, tras recopilar y documentar toda la bibliografía posible sobre los pacientes impulsivos y agitados, se encontró un gran vacío en todo lo relacionado con la contención mecánica. No existe un consenso claro de cuándo utilizarla.

Además, numerosos profesionales sanitarios no tienen la suficiente experiencia en estas situaciones para poner la contención mecánica en práctica de una forma ética, legal y segura.

Segundo, existen numerosas patologías que cursan con un aumento de la impulsividad o agitación, y en la situación actual del problema en cuestión, el manejo de dichos pacientes por el personal enfermero es fundamental para poder controlar adecuadamente las situaciones en unidades que no están acostumbradas a ellos (la gran mayoría, excepto en las unidades de salud mental).

Es trascendental que exista un protocolo estandarizado que abogue por la seguridad del paciente, cumpliendo con el principio de Beneficiencia y el de No-Maleficiencia, que todos los profesionales sanitarios conozcan y pongan en vigor.

Tercero, al realizarse esta revisión bibliográfica, ha quedado en constancia que gran parte de las contenciones mecánicas que se realizan en centros hospitalarios son innecesarias, por falta de experiencia del personal, o por falta de formación de las técnicas de contención verbal, por parte de los facultativos o enfermeros. Muchas veces, con una buena práctica de contención verbal y ambiental, se conseguiría evitar la contención mecánica, o la mejor asimilación por los pacientes para iniciar la terapia con psicofármacos (contención química o farmacológica).

Por último, destacar que se debe avanzar mucho en estos aspectos, formar a todos los profesionales sanitarios, y fomentar la creación de un protocolo estandarizado para este tipo de situaciones, respetando el marco ético, legal, y de seguridad, tanto para los pacientes afectados como para los profesionales que lo ejecuten.

**AGRADECIMIENTOS:**

Quiero agradecer todo el interés y apoyo brindado por mi director, Felipe Nuño Morer. Sin él, la realización de este trabajo se hubiese tornado imposible.

En segundo lugar, agradecer la colaboración del Hospital San Jorge de Huesca, especialmente la de su director de Enfermería, D. Amalio Bermejo, y de la supervisora de la 7ª planta, por permitirme fotografiar y documentar los equipos de contención utilizados en el hospital.

En tercer lugar, agradecer a mis padres el interés mostrado en mi trabajo, las lecturas y re-lecturas del mismo, y la paciencia mostrada en todo momento, que al igual que mi pareja, no ha sido poca. Gracias por todo el apoyo mostrado.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (2013). American Psychiatric Association.
- 2) Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M. y Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. American Journal of Psychiatry, 158, 1783-1793
- 3) Orozco-Cabal, L.F; Barratt, E.S; Buccello, R.R. Implicaciones para el estudio de la neurobiología de la experiencia consciente. El Acto Impulsivo. Universidad de Texas, División Médica, Galveston, USA. Rev. Latinoam. Psicol. v.39 n.1 Bogotá abr. 2007 [Internet] Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342007000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000100009)
- 4) Celma Merola, J. Bases teóricas y clínicas del comportamiento impulsivo. Ediciones San Juan de Dios, Barcelona. 2015 P. 51-53
- 5) Orozco-Cabal, L.F; Herin, D. Neurobiología de impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria. Revista colombiana de psiquiatría. Vol. 37, nº 2. Bogotá. Apr/June 2008. [Internet] [Consultada el 21 de febrero de 2016] Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502008000200006&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000200006&lang=pt)
- 6) Martínez-Tenorio F; Hernández-Daza M; Chávez-Dueñas M. Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel. Revista Neurología y Neurocirugía Psiquiátrica 2007; 40: 35-40.
- 7) Lóbulo frontal. Áreas y funciones. Hela. 22 junio de 2012. [Internet] [Consultado el 12 de enero de 2016] Disponible en <http://www.hela03.es/2012/06/lobulo-frontal-areas-y-funciones/>
- 8) Darrell Van Horn, J. y 5 cols. 2012. Mapping connectivity damage in the case of Phineas Gage.

- 9) Dolan, R.J. (2007). 'The human amygdale and orbital prefrontal cortex in behavioural regulation'. Philosophical Transaction of the Royal Society. B-Biological Sciences, 362, p. 787-799.
- 10) García-Molina, A; Enseñat, A; Tirapu, J; Roig, T. Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. Revista de neurología. Vol. 48. Nº 8. 2009. P. 435-440.
- 11) Arranz B; San Molina, L. Neurobiología de la impulsividad. Editorial Ars Medica. Barcelona. 2008.
- 12) La violencia en el medio hospitalario. Incidencia y prevalencia. Aragon Investiga. Gobierno de Aragón. 14 de julio de 2006. [Internet] [Consultado el 22 de febrero de 2016] Disponible en: <http://www.aragoninvestiga.org/la-violencia-en-el-medio-sanitario-incidencia-y-consecuencias/>
- 13) Salvo, L; Castro, A. Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt [BIS-11] en adolescentes. Rev. Chilena de neuropsiquiatría. Vol. 51, nº 4. Santiago. Dic. 2013 [Internet] [Consultada el 20 de marzo de 2016] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272013000400003&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000400003&lang=pt)
- 14) Martínez, J.G. Trastornos del impulso, respuestas rápidas y sin control. Murcia. Fecha de publicación: 11 de febrero de 2006. [Internet] Disponible en: <http://servicios.laverdad.es/servicios/cuadernossalud/pg110206/suscr/nec9.htm>
- 15) Batlle Vila, S. Trastornos del control de impulsos. Universitat de Barcelona. 2007-2009. [Internet] [Consultado el 2 de febrero de 2016] Disponible en: [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/trastorno\\_control\\_impulsos.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/trastorno_control_impulsos.pdf)
- 16) Fernández, V; Murcia, E, Sinisterra, J; Casal, C; Gómez, MC. Manejo inicial del paciente agitado. Valencia, España. 2008.

- 17) Galián Muñoz, I; Bernal Torres, J. Protocolo de atención a pacientes con agitación y/o heteroagresividad. Hospital psiquiátrico Roman Alberca, Murcia. 2011. [Internet][Consultado el 2 de febrero de 2016] Disponible en: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes\\_agitacion.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes_agitacion.pdf)
- 18) Carrasco, J.L; Tajima, K; Diaz, M. Trastornos del control de los impulsos. Editorial Ars Medica. Tratado de Psiquiatría 2ª Edición. Barcelona. 2010.
- 19) Atero, C. Bernal, P. Cano, E. Contención mecánica y farmacológica aplicada al ámbito enfermero. Mayo de 2013. Revisión bibliográfica.
- 20) Chinchilla-Moreno, A. Tratamientos Psiquiátricos. Tratamiento de los trastornos del control de impulsos. P. 223-226.
- 21) Sierra, P; Livianos, L; Peris, L; Rojo, L. Impulsividad, búsqueda de sensaciones y agresividad en pacientes bipolares tipo I y II. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc) 2011; 4: 195-204
- 22) Código deontológico CIE para la profesión enfermera. Consejo Internacional de Enfermería. Suiza. Última Revisión en 2012.
- 23) Sastre Rus, M. Campaña Castillo, F. Contención mecánica: definición conceptual. Revista Ene. 2014 Mayo [Internet] [Consultado el 1 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2014000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100007&lng=es)
- 24) Rodriguez, M.L; Alarcón, N; Ruiz, J; Pérez, M.D. Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado del complejo hospitalario universitario de Albacete. 2012. [Internet] [Consultado el 1 de febrero de 2012] Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf>

**ANEXOS:****ANEXO I: EL CASO PHINEAS GAGE**

Phineas Gage trabajaba de capataz de la construcción para el Ferrocarril Rutland & Burlington en Nueva Inglaterra. El 13 de septiembre de 1848, a la edad de veinticinco años, sufrió un terrible accidente laboral mientras preparaba una carga explosiva para abrir camino en la roca dura. El hecho aconteció, según relato de los testigos a los periodistas que siguieron el suceso, por unos segundos de distracción al momento de apisonar la pólvora con su barra de hierro de cinco kilos y medio y un metro con cinco centímetros de longitud. Unas chipas provocadas por el roce del barreno de hierro que manipulaba Gage con las piedras del agujero detonó la carga, explotando de lleno en la cara del desafortunado capataz:

[...] El hierro ha penetrado por la mejilla izquierda de Gage, perfora la base del cráneo, atraviesa la parte frontal del mismo y sale a gran velocidad a través de la parte superior de la cabeza. La barra aterriza a más de treinta metros de distancia cubierta de sangre y sesos (Damasio 1996, 22).

Phineas «sobrevivió» del accidente y su recuperación física fue asombrosa —según el relato de su médico personal, el doctor John Harlow—, aunque



Figura 1

con el paso del tiempo comenzaron a manifestarse alteraciones importantes

en su conducta. Se tornará un ser asocial y agresivo, un problema para la sociedad. Sin trabajo y abandonado por todos, muere a la edad de treinta y ocho años.

En *El error de Descartes*, Antonio Damasio expone este caso paradigmático en la historia de la neurología y las neurociencias. Para el investigador portugués, «Gage no es Gage» luego del terrible accidente. De momento nos centraremos en dos cuestiones fundamentales derivadas del análisis del caso Gage:

a) Su lesión mostraba por primera vez que había en el cerebro humano — como comentamos— un sistema dedicado al razonamiento por sobre otra función y que esta afectaba específicamente a las dimensiones personales y sociales del razonamiento, es decir, a la conducta moral y ética del individuo.

b) Que una lesión cerebral semejante podía llegar borrar cualquier norma ética que el sujeto pudiese haber aprendido.

Siguiendo el relato el doctor Harlow —el médico personal de Phineas—, Gage se había transformado en otro ser, una persona inmoral, de conducta inapropiada que había perdido todo el respeto a los valores y a las convenciones sociales, más proclive a los cuentos y fantasía que a los buenos modales. Mientras los debates médicos en torno al caso Gage se centraban en el tema de la localización del lenguaje y el movimiento, solo Harlow fue capaz de ver «hacia donde señala el dedo». Hoy sabemos con certidumbre que estos síntomas están asociados a la desfrontralización, una involución de los lóbulos temporales, y al síndrome orbitofrontal manifestado en el cambio de personalidad.

El caso Gage mostraba por primera vez una conexión directa entre una lesión cerebral en los lóbulos frontales y los trastornos de personalidad y comportamiento social.

**Fuente:** El caso de Phineas P. Gage y el estudio de las emociones. Prensaria. Neurofilosofía y Neuroética. 20 julio 2013. [Internet] [Consultado el 28 de diciembre de 2015] Disponible en: <http://www.prensaria.com/el-caso-de-phineas-p-gage-y-el-estudio-de-las-emociones/>

## ANEXO II: ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT (BIS-11)

La escala de la impulsividad de Barratt sirve para medir la impulsividad de una persona. El entrevistador debe pautar las normas básicas al entrevistado: "Esta es una escala para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones. Responda rápida y honestamente marcando una X en la opción que más le represente."

	Rara mente o Nunca (0)	Ocasio- nalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

**Fuente:** Stanford M, Mathias C, Dougherty D, Lake S, Anderson N, Patton J. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Pers Indiv Dif* 2009; 47: 385-95.

## ANEXO III: La contención verbal. Pautas generales

### **Pautas de actuación no verbales:**

- Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al diálogo y a la privacidad.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo, sin embargo, evitarlas lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo. Mantener al paciente dentro del campo visual.
- Intentar que paciente y profesional están sentados a la misma altura, siempre que sea posible.

### **Directrices comunicacionales:**

- Escuchar con calma al paciente. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfados. No interrumpir el discurso del paciente.
- Hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro, y no de forma intimidatoria o provocativa. No elevar el tono de voz.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- Se ha de ser flexible en el diálogo. Sin embargo, los límites de la Institución y del personal que trabaja en ella deben estar bien esclarecidos.
- Reservarse los propios juicios acerca de lo que "debería" y "no debería" hacer el paciente.
- No buscar la confrontación de ideas, razones..., sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoas y ayuda.

### **Ante el riesgo de violencia inminente:**

- Advertir al paciente de que la violencia no es aceptable.
- Proponerle la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo.

- Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente.
- Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión lo requiere.
- Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal sanitario, e incluso vigilantes de seguridad dispuestos a poner en práctica la sujeción).

### **Medidas ambientales:**

- Invitar y conducir al paciente a un área privada donde poder hablar, si es posible.
- Eliminar o reducir los estímulos provocadores de respuestas agresivas o violentas (exceso de luz, ruido...).
- Sacar del entorno a las personas provocadoras que enfrente al paciente o lo irriten. A veces es conveniente introducir una figura de autoridad cuya presencia impida la realización de determinadas respuestas.

### **Estrategias de comunicación:**

- Llamar al paciente por su nombre y hablar en voz calmada y baja.
- Orientarlo en el lugar donde se encuentra y cuál es el papel del profesional de enfermería que le está atendiendo.
- Realizar explicaciones sencillas y claras, repitiendo cuando sea necesario y contestando cualquier pregunta.
- Descubrir la fuente de su malestar.
- De entrada, no abordar aspectos conflictivos.
- Escuchar atentamente, dejando que exprese la irritación antes de responderle y sin intentar calmarle.
- Evitar interpretaciones precoces.
- Evitar las preguntas que puedan responderse con monosílabos.
- Aceptar soluciones adecuándolas a las propuestas del propio paciente.

- Facilitar respuestas desactivadores como relajación, técnicas de respiración...

**Vigilar signos de alerta:** tono de voz, tensión muscular, hiperactividad motora, agitación creciente, alucinaciones auditivas, amenazas paranoides...

**Nunca se debe hacer:**

- Negarse a escuchar.
- Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
- Emitir juicios de valor.
- Continuar la confrontación a gritos y en un área pública.
- Aumentar el tono de voz para hacernos oír.
- Continuar la negociación habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias o que el paciente nos rechaza.
- Ofrecer la medicación "para que esté más tranquilo", lo que provoca más hostilidad.
- Realizar promesas que no se pueden cumplir.

Comprobar la efectividad de la contención verbal a través de las respuestas del paciente, si no se puede controlar la situación proceder a otro tipo de intervención y pedir ayuda.

*Fuente:* La contención verbal como herramienta terapéutica. Enfermería Salud Mental 2.0. 28 de agosto 2014. [Internet] [Consultada el 13 de enero de 2016] Disponible en: <https://enfermeriamentalizate.wordpress.com/2014/08/28/la-contencion-verbal-como-herramienta-terapeutica/>

## ANEXO IV: Pautas de administración de los tranquilizantes

- En el paciente moderadamente agitado, con crisis de ansiedad o situacional, que acepta medicación oral y no presenta síntomas psicóticos ni consumo de alcohol, se administrará una benzodiazepina vía oral, por ejemplo 1 ó 2 mg. de lorazepam. Si el paciente no acepta la dosis vía oral, deberemos recordar que la absorción de benzodiazepinas vía intramuscular es irregular.
- Si hay historia de consumo de alcohol o sedantes y se trata de una intoxicación con alteración de la conducta, se utilizarán de inicio y según el grado de agitación, dosis bajas de neurolepticos, preferiblemente los de alta potencia (5 mg de haloperidol: 50 gotas oral ó 1 ampolla intramuscular) que se puede repetir a los 45 minutos en función de la evolución.
- Si se sospecha un síndrome de abstinencia, la elección serán las benzodiazepinas como diazepam 10 mg. cada 6 h.; ó cloracepato 50 mg. cada 6 h.; ó lorazepam 2 mg., cada 6 h. Otra opción es utilizar clometiazol 576 mg (3 cápsulas) cada 6 h. En general no son aconsejables los neurolepticos, sobre todo haloperidol, por disminuir el umbral convulsivo especialmente ante delirium tremens, cuadro de abstinencia a Benzodiazepinas o agitaciones con fondo comicial.
- Si se sospecha una intoxicación por sustancias, como anfetaminas, cocaína o fenciclidina también se aconsejan las benzodiazepinas pudiendo añadir 5 a 10 mg de haloperidol si aparecen síntomas psicóticos. En intoxicaciones por fenciclidina hay que tener precaución con el haloperidol porque puede empeorar la agitación.
- Si el paciente tiene antecedentes o clínica psicótica se utilizarán neurolepticos, siendo de elección el haloperidol. Si admite la vía oral se aconseja utilizar una posología de 5 mg (50 gotas), repetida si es necesario a los 30 minutos, pudiendo añadir al haloperidol 1 ó 2 mg de lorazepam. Si no admite la medicación oral se administrarán 5 a 10 mg intramusculares

repetidos cada 30 minutos hasta conseguir la sedación (máximo de 100 mg al día para un adulto).

**Efectos secundarios:** Como posibles efectos adversos destacables: distonía aguda, acatisia aguda con Benzodiacepinas. Las dosis habituales utilizadas son 50 a 150 mg (1- 3 ml) por vía intramuscular, recomendando 100 mg. como dosis única. Podría estar indicado ante el riesgo de agresividad persistente ya que consigue mantener niveles plasmáticos de 2 a 3 días. Otra opción es administrar junto al haloperidol 10-20 mg de diazepam ó 50 mg de cloracepato dipotásico, sobre todo si hay inquietud, lo que permite además emplear dosis más bajas de neurolépticos. Si se administran neurolépticos de baja potencia como la clorpromazina, se puede alcanzar antes la sedación (25 ó 50 mg., evitando repetir antes de 4 ó 5 horas, ya que es el tiempo que tarda en alcanzar la actividad máxima y aumenta el riesgo cardiorrespiratorio), pero tiene más efectos secundarios de tipo anticolinérgico, tales como, hipotensión, arritmias, confusión, etc.

- Las complicaciones más frecuentes de la tranquilización rápida con psicofármacos son: pérdida de la conciencia, fallo de la vía respiratoria, colapso cardiorrespiratorio.
- La tranquilización con psicofármacos es una medida puntual y de carácter temporal. Siendo una intervención rápida, los efectos desencadenados favorables y especialmente los no favorables (complicaciones) deben de estar previstos de antemano, y en especial las medidas correctas para paliarlas, por ello es necesario tener acceso a un equipo médico que pueda intervenir con carácter de urgencia (psiquiatra, internista, intensivista, etc.) y una equipación de soporte vital adecuado.

**Fuente:** Galián Muñoz, I. Bernal Torres, J. Protocolo de atención a pacientes con agitación y/o heteroagresividad. Hospital psiquiátrico Roman Alberca, Murcia. 2011. [Internet] [Consultado el 2 de febrero de 2016] Disponible en: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes\\_agitacion.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes_agitacion.pdf)

## **ANEXO V: PROGRAMAS DE CONTROL DE LOS IMPULSOS**

El déficit en el control inhibitorio tiene repercusiones a nivel social, emocional, conductual y familiar.

Todo ello incide negativamente en el adecuado desempeño en contextos sociales y es frecuente evidenciar dificultades para respetar turnos, expresar opiniones de forma apropiada, controlar la expresión emocional, actuar adecuadamente teniendo en cuenta la situación presentada y relacionarse con sus familiares y amigos.

Por tanto, es indispensable que un programa de rehabilitación integral incluya la participación en grupos terapéuticos en los que se realicen tareas ecológicas, procurando que las características del ambiente sean similares a las que se presentan en los contextos en los que se desenvolverá el paciente en el futuro cercano.

El grupo permite un margen de actuación amplio para trabajar la mayoría de las consecuencias derivadas del déficit en control inhibitorio, como son las dificultades en solución de problemas, comunicación social y función ejecutiva.

Además de todo ello, facilitan la generalización de los aprendizajes obtenidos en las sesiones individuales.

Ahora bien, la intervención grupal debe ser estructurada y guiada por los resultados de las valoraciones individuales y moldeada en función del progreso de los pacientes durante su rehabilitación.

Por ello, antes de incluir al paciente en un determinado grupo terapéutico es indispensable realizar observaciones y autorregistros que permitan establecer la línea base desde la que se parte para implementar las estrategias de rehabilitación que más se ajustan al paciente e intervenir en habilidades sociales y control emocional y conductual.

Es importante operativizar los reforzadores más eficaces en función de cada caso para maximizar los resultados beneficiosos de las técnicas de modificación de conducta.

De esta manera, se deben realizar actividades grupales que incluyan ejecución de tareas cognitivas, pautas para el control emocional y conductual e interacción entre miembros del equipo para conseguir objetivos comunes.

Finalmente, es fundamental tener en cuenta el importante papel que cumple la familia en el proceso rehabilitador, ya que son ellos quienes estarán con el paciente la mayor parte del tiempo.

Por tanto, deben estar informados de la situación del paciente para que comprendan las razones por las que se comporta de determinada manera y brindarles pautas para el manejo en casa de determinadas conductas y situaciones que pueden presentarse.

**Fuente:** Batlle Vila, S. Trastornos del control de impulsos. Universitat de Barcelona. 2007. [Internet] [Consultado el 2 de febrero de 2016] Disponible en: [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/trastorno\\_control\\_impulsos.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/trastorno_control_impulsos.pdf)

## **ANEXO VI: PROCEDIMIENTO Y CONSIDERACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA**

### **PERSONAL NECESARIO:**

#### **Enfermería:**

- Dirige la contención y coordina su ejecución.
- La indica en caso de urgencia y ausencia del médico.
- Es responsable de la contención mecánica.
- Es responsable de los cuidados y controles posteriores.

#### **Auxiliar de enfermería (3 o 4 personas):**

- Coopera en la ejecución y supresión de la contención mecánica.
- Participa en los cuidados, el control y observación del paciente.
- Se ocupa de la custodia y mantenimiento de los equipos materiales de la contención.

#### **Celador:**

- Colabora en la instauración de la contención y transporte del paciente.

#### **Personal de seguridad:**

- Pueden ser requeridos para colaborar en el procedimiento, con su presencia y/o intervención en la reducción del paciente si, excepcionalmente, no es suficiente con el personal de la propia Unidad.

#### **Médico:**

- La indicación debe figurar por escrito en las órdenes médicas.
- Informa al paciente y a sus familiares de los motivos y objetivos de la medida.
- Decide su finalización tras la valoración conjunta con el resto del equipo.

## **MATERIAL CONTENCION:**

Utilizaremos siempre sujeciones de tipo estandarizado y homologado que impida ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sean confortables, no lesivos, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación.

- Juego de correas de sujeción mecánica completo (con independencia de que la sujeción sea total o parcial) compuesto por:

- Cinturón ancho abdominal.

- 2 sujeciones para los miembros superiores.

- 2 sujeciones para los miembros inferiores.

- Alargaderas para poder fijar mejor las contenciones a la cama.

- Botones o anclajes suficientes para todas las sujeciones anteriores.

- Botones de sujeción y sus correspondientes cierres de imán o de muelle.

## **PROTOCOLO CONTENCIÓN MECÁNICA:**

**1. Reducción:** Debe llevarse a cabo encargándose una persona de cada extremidad preestablecida y otra de la cabeza. Se realizará preferentemente cuando el paciente esté distraído. Deberá girarse de espaldas sobre el suelo y se sujetará a nivel de los hombros, antebrazos y por encima de las rodillas y tobillos. Un quinto miembro controlará la cabeza de manera que no pueda golpearse o pueda golpear a algún miembro del equipo.

- Evitar, en lo posible, hablar con el paciente mientras se realice la sujeción, y si es necesario, que sea una única persona la que se dirija al paciente, y todo ello con el fin de evitar que puedan surgir comentarios críticos o provocativos hacia paciente.

**2. Traslado:** para trasladar al paciente que no colabore y esté agitado y/o violento se realizará sujetándolo por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. No deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.

**3. Tumbarle en una cama:** Se colocará al paciente en decúbito supino en la cama (excepto en pacientes intoxicados o con disminución de conciencia que se dejarán en posición de seguridad) y se procede a la sujeción completa o parcial indicada. La sujeción se realizará por este orden: Cintura, miembros inferiores y miembros superiores.

- Sujeción completa: inmovilización del tronco y las 4 extremidades.
- Sujeción parcial: inmovilización del tronco y 2 extremidades. Se colocará primero cinturón ancho abdominal y después las dos extremidades, de forma diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda.

Las piernas deberán sujetarse extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por los tobillos.

Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por las muñecas.

- **Sujeción en sillón.** Se adoptarán las medidas preventivas necesarias y se informará tanto al paciente, familiar y/o cuidador de las precauciones a tener en cuenta. Se deberá valorar la necesidad de utilizar cinturón abdominal homologado para la sujeción del tronco. Si el paciente presenta alto riesgo de caídas no se levantará al sillón si no va a poder estar acompañado y vigilado por un familiar y/o cuidador o por personal de la Unidad.

#### **Modo de aplicación de los dispositivos de sujeción:**

- Muñequera con imán o velcro: - Colocar la muñequera al paciente sobre la cara de algodón dejando las cintas caer por ambos lados. Ajustar y fijar la muñequera con el cierre de velcro o imán.
- Tensar y anudar las cintas a ambos lados del marco de la cama. Nunca a las barandillas.
- La sujeción debe permitir la perfusión endovenosa y cierta movilidad de las extremidades.

**• Sujeción abdominal:**

- Cama: paciente semiincorporado.
- Silla: paciente con la espalda apoyada en el respaldo. Colocar cinturón alrededor de la cintura del paciente.
  1. Cruzar las cintas por detrás.
  2. Anudar las cintas a ambos lados del bastidor de la cama. Nunca a las barandillas.
  3. El paciente podrá girar a cada lado 90º sin peligro de caída.
  4. Si se desea mayor sujeción volver a pasar de nuevo las cintas a través de las anillas laterales y átelas al bastidor.
  5. No se debe inmovilizar un único miembro por el riesgo de lesiones (dislocación de hombros, erosiones)
  6. Se comprobará y revisará cada uno de los puntos de sujeción para evitar daños en la piel o problemas por compresión excesiva.
  7. Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada para prevenir posible aspiración pulmonar y disminuir sus sentimientos de indefensión.
  8. El paciente, una vez contenido, queda en situación de indefensión, por lo que hay explicarle que todas sus necesidades serán atendidas y se realizarán visitas periódicas por parte del personal.

Finalizada la contención, se posibilitará, posteriormente y en habitación aparte, que el personal que ha participado en la misma pueda exponer y evaluar las acciones llevadas a cabo, con el fin de mejorar la intervención en lo sucesivo, y sobre todo verbalizar los sentimientos que inevitablemente emergen en situaciones tan críticas.

Fuente: Celma Merola, J. 2015. ``Bases teóricas y clínicas del comportamiento impulsivo. Ediciones San Juan de Dios, Barcelona. P. 51-53

## **ANEXO VII: SOLICITUD DE PERMISO**

Huesca, 20 de febrero de 2016

A la atención de D. Amalio Bermejo, director de enfermería del Hospital San Jorge de Huesca.

Mi nombre es Luis Marco Galindo, soy estudiante de cuarto curso del grado de enfermería en la E.U.Enfermería de Huesca.

En relación a mi T.F.G, que versa sobre los pacientes impulsivo-agresivos y su abordaje tanto terapéutico, como de contención, me gustaría poder fotografiar, con su permiso y sin fotografiar pacientes, los equipos de contención de la séptima planta del Hospital San Jorge para poder ilustrar mi exposición del T.F.G con esas imágenes.

En la confianza de que tomará en consideración mi petición, le agradezco su atención y colaboración de antemano. Aprovecho esta oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Dejo una dirección de correo electrónico donde poder contactar conmigo ( [marcobrugal@gmail.com](mailto:marcobrugal@gmail.com) ). Espero la respuesta. Muchas gracias.

Atentamente:



D. Luis Marco (Alumno)



D. Felipe Nuño (Director del T.F.G)

ENFERMERO  
FELIPE NUÑO MORER  
Col. nº HU/1218 Huesca

**Ilustración 1 Solicitud de Permiso de fotografiado en la séptima planta del hospital San Jorge Huesca**

## ANEXO VIII: AUTORIZACIÓN DE PERMISO

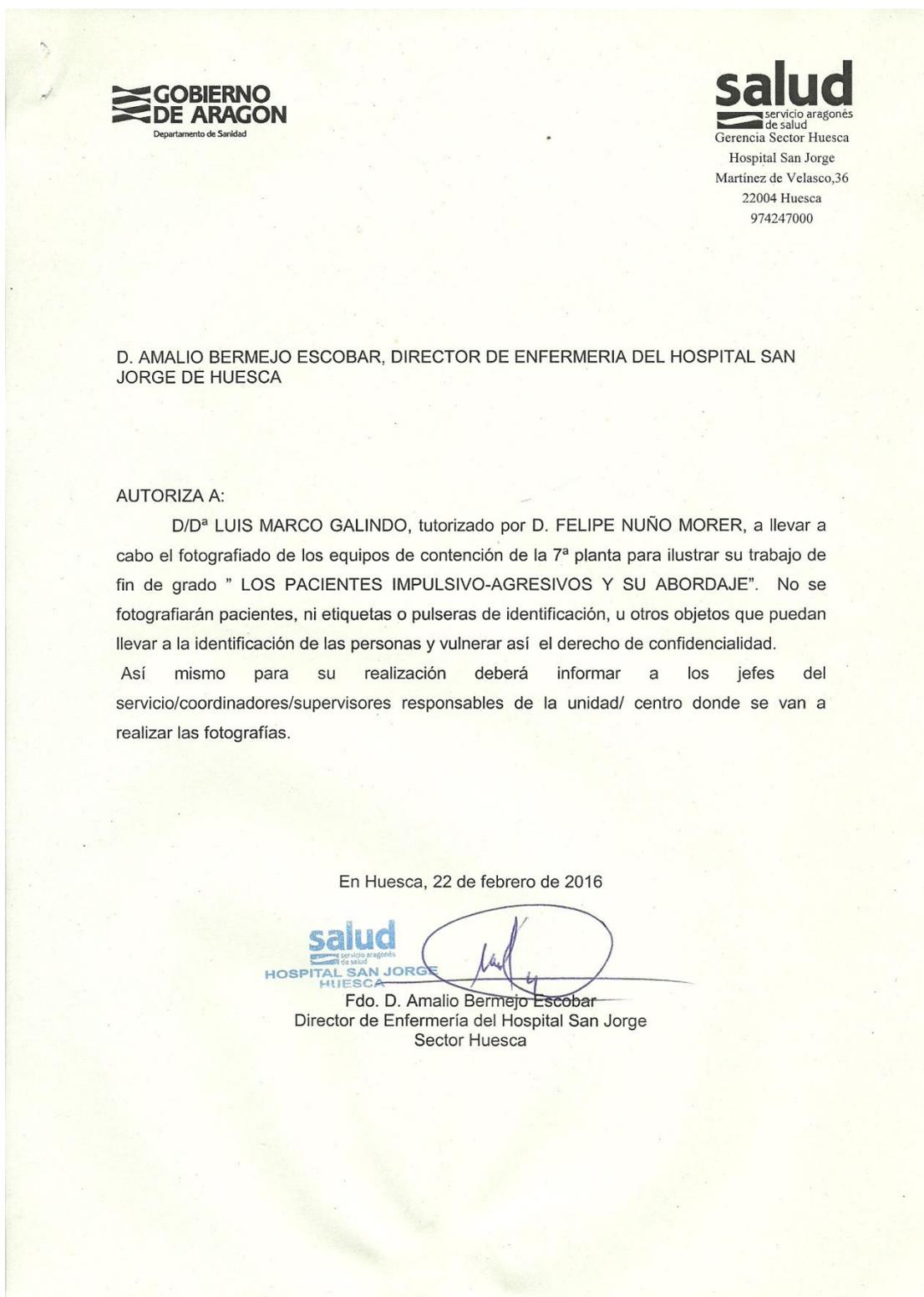


Ilustración 2. Autorización de permiso por el director de enfermería del hospital San Jorge de Huesca