

# **AGRESIVIDAD Y SALUD MENTAL**



M<sup>a</sup> LUISA ALDAYA  
EIR SALUD MENTAL  
2008/2009

## INTRODUCCION

La agresividad dirigida hacia otros (heteroagresividad) es uno de los elementos que más ha contribuido a la estigmatización de los enfermos mentales. Una parte esencial del estigma y la discriminación surge de la atribución al enfermo mental de una propensión a la violencia.

Esta identificación lleva consigo por un lado la Criminalización de la Enfermedad Mental, de manera que es definida como Locura, y ésta se asimila a la Violencia. Por otra parte, la Medicalización de la Violencia implica que las conductas perversas, maliciosas, la maldad, en general, no son sino una Enfermedad, en este caso, una forma de Locura.

## DEFINICIÓN

La agresividad no es un concepto unitario ni simple, y por ello es difícil de delimitar. En la actualidad, carecemos de una definición satisfactoria aceptada universalmente por la comunidad científica.

Aún así podríamos definir la Agresividad como cualquier forma de conducta física o verbal destinada a dañar o destruir, al margen de que se manifieste como hostilidad o como medio calculado para alcanzar un fin.

La agresividad es un elemento vital del comportamiento de cualquier especie entendido como medio de autoconservación. Se considera agresividad normal cuando se realiza contra una situación amenazante y está en consonancia con la naturaleza de esa amenaza. Cierta grado de agresividad es necesario para enfrentarse a los acontecimientos de modo asertivo.

La especie humana es la única que presenta actos agresivos intencionales contra otros individuos de su propia especie. Se trata entonces de una conducta destructiva que busca causar daño a otros seres humanos.

Frecuentemente, la violencia es una forma de comunicación social, en cuanto a que tiene una probabilidad muy alta de amplificar la comunicación, pudiendo servirle al violento, entre otras cosas, para la afirmación y defensa de la propia identidad.

Según las definiciones propuestas por el DSM IV y el CIE 10, la conducta agresiva es un síntoma inespecífico de trastornos del comportamiento y/o de la personalidad, sin diferenciar subtipos clínicos de violencia ni aportar una definición concreta. Son numerosas las entidades diagnósticas a las que se asocia.

## CLASIFICACIÓN

La agresividad según hacia dónde esté dirigida se clasifica en **heteroagresividad** y **autoagresividad**.

Desde la perspectiva de su investigación y estudio, la clasificación cualitativa bimodal de la agresividad es la más aplicada por su utilidad. Este modelo tiene diversas denominaciones: impulsivo-controlado, **reactivo-instrumental** o afectivo-predatorio.

Algunos autores añaden a este binomio la **agresividad de causa médica**.

El concepto de **agresividad reactiva** se refiere a la respuesta estimulada por la frustración, la amenaza o el dolor. La respuesta defensiva se origina en las estructuras límbicas y está modulada por la corteza orbitofrontal. Se trata de individuos que usan la violencia porque se sienten fácilmente provocados o porque procesan de forma errónea la información que reciben y además no cuentan con respuestas alternativas en su repertorio.

La **agresividad instrumental** está dirigida hacia la consecución de un objetivo definido. Se regula por el núcleo amigdalino y los centros troncoencefálicos de control del sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático). Estos individuos suelen querer demostrar ante el grupo superioridad y dominio.

La **agresividad de causa médica** tiene su origen en disfunciones orgánicas y/o psiquiátricas.

## TEORÍAS DE LA AGRESIVIDAD

Existen diversas teorías sobre la agresividad, y cada una de ellas contribuye a explicar una dimensión del fenómeno. En 1983 Mackal efectuó una clasificación según el elemento que considera determinante para la expresión de la conducta.

- **Teoría Clásica del Dolor**: El dolor es siempre suficiente por sí mismo para activar la agresión. El ser humano agrede cuando se siente amenazado anticipándose a cualquier posibilidad de dolor.
- **Teoría de la Frustración**: El estado de frustración producido por la no consecución de una meta, provoca la aparición de un proceso de cólera que puede producir una agresión física directa o verbal. La diana de la agresión puede ser la fuente de displacer, pero si no es alcanzable puede haber un desplazamiento.
- **Teorías Sociológicas de la Agresión**: La causa determinante de la violencia no está en los estados de conciencia individual, sino en los hechos sociales que la preceden. El grupo social ante una amenaza arrastra con fuerza a sus miembros individuales.
- **Teoría Catártica de la Agresión**: Surge de la Teoría Psicoanalítica. Considera que la catarsis es la única solución a la agresión. Supone una descarga de tensión a la vez que una expresión de afecto anteriormente reprimido, necesaria para mantener un estado de relajación adecuado.
- **Etología de la Agresión**: Entienden la agresión como una reacción impulsiva e innata relegada a nivel inconsciente y no asociada a ningún placer.
- **Teoría bioquímica o genética (bases neurobiológicas)**: El comportamiento agresivo se desencadena como consecuencia de una serie de procesos bioquímicos que tienen lugar en el interior del organismo y en los que desempeñan un papel fundamental las hormonas, principalmente la testosterona. Numerosos trabajos han encontrado en el ser humano una relación significativa entre la elevación de los niveles plasmáticos basales de testosterona y el comportamiento agresivo.

Se han descubierto asociaciones de propensión a tener conductas agresivas, impulsivas y antisociales en ciertas cromosopatías. En algunas de ellas la alteración cromosómica afectaba al gen que codifica la enzima MAO.

## AGRESIVIDAD Y SALUD MENTAL

---

En cuanto a la actividad de los neurotransmisores la agresividad está asociada a hipoactividad serotoninérgica, hiperactividad dopaminérgica y noradrenérgica y a la hipoactividad GABAérgica.

Anatómicamente se ha observado un desequilibrio entre las influencias reguladoras prefrontales y la hipersensibilidad de la amígdala y de otras regiones límbicas implicadas en la evaluación afectiva.

Lo que parece quedar claro es que los factores biológicos no son suficientes para poder explicar el comportamiento agresivo ya que este es una forma de interacción aprendida.

- **Factores cognitivos y sociales:** la conducta agresiva se entiende como el resultado de una inadaptación, debida a problemas de procesamiento de la información y la falta de elaboración de respuestas alternativas. Se trata de un aprendizaje de condicionamiento operante: se tiende a repetir las conductas que tienen efectos beneficiosos para las personas.

Especial importancia tiene el papel de la familia como factor modelador, ya que sirve de aprendizaje y entrenamiento de los modelos de conducta, desarrollo del apego, formación de los valores morales, roles y posteriores relaciones sociales.

Los factores ambientales cobran un papel importante en la explicación de la aparición de la conducta violenta. Es importante destacar la influencia de los Mass- Media ya que producen una desensibilización desembocando en una mayor indiferencia ante situaciones violentas.

- También son decisivos los elementos de **personalidad** en el desarrollo del comportamiento agresivo.

Respecto al sexo se puede decir que el hombre y la mujer tienen similar capacidad para realizar conductas agresivas, siendo el varón el que realiza más de tipo físico.

Con el aumento de la edad, sobre todo en el varón disminuye la agresividad física y aumenta la verbal.

## GENESIS DE LA AGRESIVIDAD

La agresividad se suele inducir en el ser humano ante situaciones como: sentir una amenaza personal, frente al riesgo de sufrir una agresión, ante un desafío, en la pérdida de control de una situación.

Existe una serie de factores moduladores (neurobiológicos, cognitivo-conductuales y ambientales-sociales) que impiden que haya una relación directa entre el impulso agresivo y la conducta violenta. Esta modulación puede tener un efecto amplificador o inhibidor, que hace que la respuesta agresiva se plasme indiscriminadamente. Existen circunstancias en las que fallan los mecanismos de inhibición y no existe ninguna barrera entre la aparición de la emoción agresiva y la conducta violenta final.

## GRAVEDAD DE LA CONDUCTA AGRESIVA

La gravedad varía en función de las características de las personas, las circunstancias que desencadenan la agresividad y la gravedad de la enfermedad que genera éste síntoma.

En cuanto a la expresión de la heteroagresividad distinguimos:

**Irritabilidad**: la persona experimenta emociones de ira o agresividad ante mínimos estímulos o con mayor frecuencia de lo habitual.

**Heteroagresividad verbal**: la emoción agresiva acaba desembocando en amenazas verbales o lenguaje provocativo hacia el entorno.

**Heteroagresividad física**: La emoción desencadena el estado más grave de conducta violenta que acaba provocando daño físico en el medio.

## Manifestaciones:

Accesos de cólera

Actos de desobediencia ante la autoridad y las normas sociales

Animo hostil

Amenazas verbales

Daños a cosas materiales y/o personas

Discusiones con integrantes del grupo familiar y /o social

Comportamiento pasivo-agresivo o “sumisión armada”

## AGRESIVIDAD Y ENFERMEDADES MENTALES

Actualmente en las clasificaciones nosológicas de las enfermedades y de los trastornos mentales, la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades ( CIE 10) y el DSM-IV-TR, la agresividad se conceptualiza como un síntoma psiquiátrico inespecífico.

La **CIE-10** señala la conducta agresiva como fenómeno clínico potencialmente asociado a los diagnósticos de:

-Demencia (F00-F03)

-Delirium no inducido por alcohol y otras sustancias psicótropas (F05)

-Trastorno orgánico de personalidad (F07.0)

-Intoxicación aguda (F1x.0) o patológica (F1x.07) por alcohol (F10), por sedantes o hipnóticos (F13), por cocaína (F14), por anfetaminas (F15), por disolventes volátiles (F18), por feniclidina (F19).

-Esquizofrenia paranoide (F20.0)

## AGRESIVIDAD Y SALUD MENTAL

---

- Trastorno de estrés postraumático (F43.1)
- Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones disociales (F43.24)
- Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y disociales (F43.25)
- Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0)
- Trastorno disocial de la personalidad (F60.0)
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo (F60.30), de tipo límite(F60.31)
- Trastorno de los hábitos y del control de impulsos incluyendo el trastorno explosivo intermitente (F63.8)
- Sadomasoquismo (F65.5)
- Retraso mental (F70-79)
- Trastorno autista infantil (F84.0)
- Trastorno hiperactivo disocial (F90.1)
- Trastorno disocial limitado al contexto familiar (F91.0)
- Trastorno disocial en niños no socializados (F91.1)
- Trastorno disocial en niños socializados (F91.2)
- Trastorno disocial desafiante y oposicionista (F91.3)
- Otros trastornos disociales (F91.8) y trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92)

En el **DSM- IV-TR** la agresividad se considera un síntoma que puede aparecer en el diagnóstico de:

- Retraso mental (DSM- IV-317-319)
- Trastorno autista (DSM- IV-2999.00)

## AGRESIVIDAD Y SALUD MENTAL

---

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (DSM- IV-314.01)
- Trastorno disocial de inicio infantil (DSM- IV-312.81) o de inicio en la adolescencia (DSM- IV-312.82)
- Trastorno negativista desafiante (DSM- IV-313.81)
- Delirium (DSM- IV-293.0)
- Demencia (DSM- IV-294.x-290.x)
- Cambio de personalidad de tipo agresivo debido a una enfermedad médica (DSM- IV-310.1)
- Intoxicación por alcohol (DSM- IV-303.00), por anfetaminas (DSM- IV-292.89), por cocaína (DSM- IV-292.89), por feniclidina (DSM- IV-292.89), por inhalantes (DSM- IV-292.89), por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (DSM- IV-292.89)
- Trastorno esquizofrénico tipo paranoide (DSM- IV-295.30)
- Trastorno por estrés postraumático (DSM- IV-309.81)
- Sadismo sexual (DSM- IV-302.84)
- Trastorno explosivo intermitente (DSM- IV-312.34)
- Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento (DSM- IV-309.3/4)
- Trastorno paranoide de la personalidad (DSM- IV-301.0)
- Trastorno antisocial de la personalidad (DSM- IV-301.7)
- Trastorno límite de la personalidad (DSM- IV-301.83)
- Trastorno narcisista de la personalidad (DSM- IV-301.81)
- Abuso físico del niño (DSM- IV-T74.1) y abuso físico del adulto (DSM- IV-T74.1)

### **TRASTORNOS MENTALES PRIMARIOS**

La experimentación ha demostrado que el aislamiento social produce en el individuo un estado de irritabilidad y hostilidad que favorece las respuestas conductuales

---

## AGRESIVIDAD Y SALUD MENTAL

---

agresivas (Yen y col, 1959). Esto llevo a Valzelli (1973) a proponer este **Síndrome de aislamiento** como explicación del aumento de la irritabilidad y la agresividad en pacientes psiquiátricos con baja interacción social.

Entre las **variables clínicas** que elevan la probabilidad de respuesta agresiva en los *enfermos mentales*, independientemente del diagnóstico médico principal se encuentran: la hiperestimulación ambiental, las situaciones límite de gran estrés, la aparición aguda de la crisis psíquica, un cociente intelectual basal bajo, la presencia de un trastorno de la personalidad con rasgos antisociales, explosivos o impulsivos y sobre todo consumo de etanol u otras drogas de abuso.

En el **ámbito hospitalario** la conducta agresiva predomina entre los pacientes de Eje I en fase aguda dirigiéndose hacia otros pacientes o hacia el personal sanitario. La mayor probabilidad de episodios de violencia grave se produce durante los estados psicóticos agudos del Trastorno esquizofrénico (habitualmente como respuesta a las alucinaciones y las ideas delirantes), Manía aguda psicótica y Depresión mayor delirante.

En **la comunidad**, la violencia es más frecuente en los pacientes con trastornos del Eje II: los trastornos límite de personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno paranoide de personalidad (especialmente cuando cursa con celotipias), y se dirige hacia los familiares con los que convive el sujeto o hacia las figuras de autoridad como médicos y jueces.

El **trastorno explosivo intermitente** es el único diagnóstico formal DSM-IV-TR en el que la agresión se tipifica como el síntoma principal. Se caracteriza por crisis temperamentales con conductas explosivas de ira y agresividad. Este trastorno se diferencia del trastorno antisocial en que la conducta antisocial y violenta del TEI se presenta de forma crónica, frente a los actos esporádicos del antisocial.

El **trastorno sádico** de la personalidad aunque fue incluido en el DSM-III-R (1987) no se ha mantenido en sucesivas nosologías, aunque algunos autores reconocen su validez (Spitzer y cols.1991). Su definición se basaba en la aparición de un patrón persistente de conducta cruel, humillante y agresiva, de inicio en la juventud. Actualmente se conceptualiza como un subtipo violento de trastorno antisocial de la personalidad.

El **trastorno narcisista maligno** (Otto Kernberg, 1989) se describió como un estado intermedio entre el trastorno narcisista y el trastorno antisocial de la personalidad. Incluye los rasgos narcisistas del carácter, conducta gravemente antisocial, sadismo y

reacciones paranoides frecuentes. Este conjunto de síntomas se ha detectado en numerosos asesinos en serie.

El **trastorno por estrés postraumático** se asocia frecuentemente con agresividad impulsiva, nivel elevado de alerta y pérdida de control sobre la violencia, sobre todo si el suceso traumático es de naturaleza violenta.

Estudios antropológicos de psiquiatría transcultural han encontrado trastornos mentales específicos de poblaciones muy reducidas, que cursan con marcada agresividad. El ejemplo más característico es el **amok**. Consiste en un estado melancólico seguido de violencia frenética con homicidios múltiples y amnesia posterior. Aparece entre los indígenas malasio.

En la **población infanto-juvenil** la conducta violenta puede asociarse a diversos trastornos mentales: retraso mental, autismo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta disocial.

### TRASTORNOS MENTALES SECUNDARIOS

Las **drogas de abuso** con mayor efecto agresivógeno potencial son numerosas. Las mejor documentadas son el etanol, la cocaína, las benzodiazepinas, las anfetaminas y feniclidina. Cherek y Steinberg (1987) explicaron la tendencia hostil de los pacientes drogodependientes en relación con el modelo del vínculo frustración-agresión, la no obtención del objeto o recompensa esperada provoca una respuesta violenta.

Las **condiciones médicas generales** que pueden favorecer la aparición de conductas agresivas son múltiples: síndrome premenstrual en la mujer, estados de hipoglucemia, hipoxemia, uremia, enfermedad de Cushing, anemia perniciosa, lupus eritematoso sistémico, porfiria aguda y envenenamiento industrial por plomo.

Existe una predisposición hacia la agresividad en algunas **enfermedades neurológicas** de causa genética y que cursan todas con retraso mental: fenilcetonuria, Síndrome de Sanfilippo, Síndrome de Lesch-Nyhan, Síndrome de Yaryura-Tobias-Neziroglu y la enfermedad de Huntington.

Los traumatismos craneoencefálicos pueden ser causa del llamado síndrome posconmocional o del cambio de personalidad de tipo agresivo debido a enfermedad médica.

Otro grupo de estudios demuestran una clara relación entre lesiones cerebrales vasculares y aumento de la conducta violenta.

La epilepsia es una causa bien documentada de agresión patológica.

Tumores cerebrales e infecciones cerebrales como la rabia y la encefalitis letárgica pueden causar reacciones violentas de gran intensidad, así como otras enfermedades neurológicas como la enfermedad de Wilson, la esclerosis múltiple y la hidrocefalia normotensiva.

### **CLASIFICACIÓN DE LA CRISIS DE AGITACIÓN EN FUNCIÓN DE SU ETIOLOGÍA**

Podemos agrupar la agitación en tres grupos etiológicos con manifestaciones o síntomas diferenciados.

#### **AGITACION ORGANICA**

- Es el prototipo del síndrome confusional agudo o Delirium.
- El síntoma clave es la alteración del nivel de conciencia. Instauración típicamente aguda y curso fluctuante con empeoramiento nocturno. Pueden aparecer ideas delirantes de predominio ocupacional. Son características las alucinaciones visuales.
- El paciente se suele presentar, inquieto, sudoroso y frecuentemente presenta signos físicos como: fiebre, taquicardia, taquipnea, ataxia...
- El paciente no suele tener antecedentes psiquiátricos.

#### **AGITACION PSIQUIATRICA**

- No existe alteración del nivel de conciencia, el sujeto está alerta. No suele existir desorientación temporoespacial.
- Generalmente presentan antecedentes psiquiátricos. Tienen gran dificultad para continuar una entrevista.

- Suelen manifestar clínica psicopatológica correspondiente a la entidad psiquiátrica causal. La ideación delirante es frecuente y suele ser de perjuicio o megalomaniacas con aceleración motora. Predominan las alucinaciones auditivas, raro las visuales.
- En los cuadros no psicóticos la agitación es más teatral y provocadora. Son pacientes más accesibles a la intervención verbal.

### AGITACION MIXTA

- Los pacientes presentan un tipo de agitación relacionada con el consumo de alcohol u otros tóxicos, sea por intoxicación o abstinencia.

## MEDICION DE LA AGRESIVIDAD HUMANA

La exploración y la medida de la agresividad humana plantean importantes dificultades. No obstante, en el ámbito clínico, se precisa determinar el nivel potencial de agresión para establecer la peligrosidad de un paciente en relación al suicidio y a los daños a terceros.

A lo largo de los últimos años se han ido desarrollando distintos instrumentos específicos para medir la agresividad. El primero de éstos fue una escala autoaplicada que es utilizada en poblaciones de estudiantes, presidiarios y enfermos psiquiátricos. Es la escala Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI; Buss y Durkee, 1957). Con las escalas autoadministradas, el propio sujeto mide sus impulsos, pensamientos, deseos o actos violentos. Son determinaciones subjetivas, que habitualmente no se corresponden con la realidad conductual observable, por lo tanto no predicen bien el riesgo asociado a cada paciente.

Entre los modelos de escalas heteroaplicadas encontramos la Brief Psychiatric Rating Scale (**BPRS**; Overall y Gorham, 1962), que es una escala general de frecuente uso en psiquiatría clínica.

En 1986, Yudofsky y cols. Desarrollaron la Overt Aggression Scale (**OAS**), también llamada escala de gravedad de Agresividad Manifiesta. Esta escala heteroaplicada, divide la conducta agresiva en cuatro categorías: agresión verbal, agresión física hacia

## AGRESIVIDAD Y SALUD MENTAL

---

objetos, autoagresión física y agresión física a terceros. A lo largo de los años ha sido revisada y se ha visto sujeta a modificaciones.

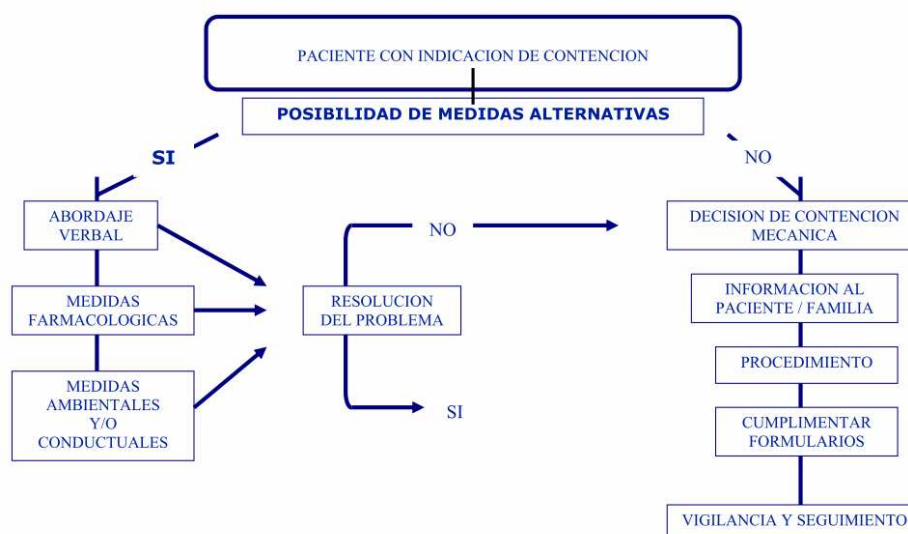
Lo mismo ocurre con la Staff Observation Aggression Scale (**SOAS**), escala desarrollada por Palmstierna y Wistedt en 1987. Esta se utiliza para documentar y medir la naturaleza, frecuencia e intensidad de los episodios agresivos en pacientes psiquiátricos y psicogerítricos institucionalizados.

Patel y Hope (1992) publicaron la Rating Scale for aggressive Behavior in the Elderly (**RAGE**). También en este caso se trata de un instrumento para medir la conducta agresiva en pacientes psicogerítricos ingresados en una institución.

En la actualidad, los instrumentos mejor caracterizados y más utilizados para la medición objetiva de la agresividad son: la **SOAS-R** en pacientes psiquiátricos institucionalizados, la **OAS** en pacientes psiquiátricos externos e internos de cualquier edad y la **RAGE** en pacientes psicogerítricos institucionalizados.

## TRATAMIENTO DE LA AGRESIVIDAD

Es frecuente en la mayoría de los servicios de Hospitales Generales, Psiquiátricos e Instituciones Geriátricas, que se sucedan episodios de agitación/violencia. Se trata generalmente de urgencias médicas. Para el abordaje de este tipo de situaciones contamos con diferentes medidas terapéuticas.



## ❖ CONTENCIÓN VERBAL

Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en que la pérdida de control no es total. Para realizar un afrontamiento adecuado ante un sujeto con comportamiento hostil, existen estrategias que pueden facilitar al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo.

El *objetivo* sería disminuir la hostilidad y la agresividad, y prevenir posibles ataques violentos.

### Procedimiento y técnica

**-Pautas para mantener la seguridad del profesional, del paciente y de los que le rodean:**

- ✓ Informarse lo máximo posible sobre el paciente
- ✓ Colocarse fuera del espacio personal del paciente y siempre del lado no dominante
- ✓ Asegurarse una vía de salida accesible

## AGRESIVIDAD Y SALUD MENTAL

---

- ✓ Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta
- ✓ No realizar intervenciones en solitario.

### **-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.
- ✓ Mantener al paciente en el campo visual.
- ✓ Intentar estar sentados a la misma altura.

### **-Pautas ambientales:**

- ✓ Invitar a otras personas( sobre todo si irritan al paciente) a abandonar el despacho
- ✓ Reducir factores de irritación tipo luz, ruido, corrientes de aire...
- ✓ Evitar interrupciones, llamadas de teléfono...

### **-Directrices comunicacionales:**

- ✓ Escuchar con calma al paciente, permitirle expresar temores, enfados, no interrumpir su discurso.
- ✓ 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, pero dejando claramente definidos los límites de la Institución y del personal que trabaja en ella.
- ✓ Reservarse los propios juicios a propósito del paciente.
- ✓ No buscar confrontación de ideas, sino alianzas sencillas que lo tranquilicen. Ofrecerles salidas airoas y ayuda.
- ✓ Ante el riesgo de violencia inminente:

\*Advertir al paciente 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 contención mecánica si la ocasión lo requiere

\*Hacer exhibición de fuerza

### -Precauciones (lo que nunca se debe hacer)

- ✓ Rechazar la irritación.
- ✓ Negarse a escuchar.
- ✓ Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
- ✓ Elevar el volumen de voz.
- ✓ Continuar la negociación si el paciente rechaza al profesional.
- ✓ Ofrecer medicación “para que esté más tranquilo”. Normalmente el paciente responde que ya está lo suficientemente tranquilo y provoca más hostilidad. Por ello se aconseja ofrecer medicación “para ayudar a ver las cosas más relajadas”, “para no pasar este momento tan desagradable sin apoyo”, “para disminuir el nivel de tensión y que pueda encontrarse psicológicamente mejor”...

### ❖ CONTENCION FARMACOLOGICA

Su uso queda determinado en el momento en que **la contención verbal no sea eficaz o suficiente** frente a la conducta hostil del enfermo.

El **objetivo** es tranquilizar al paciente lo antes posible, con el fin de evitar que se lesione o cause daño a terceros. Debe utilizarse la menor dosis posible que permita tranquilizar al paciente pero sin que pierda la conciencia.

En la **selección farmacológica** se tienen en cuenta distintas características del fármaco elegido:

- Rapidez en el inicio de la acción
- Admón. v.o. e i.m.
- Vida media corta
- Ausencia de metabolitos activos y de acumulación del fármaco
- Bajo riesgo de aparición de efectos adversos importantes
- Pocas contraindicaciones

### **BENZODIACEPINAS**

Este grupo de fármacos ofrece un buen margen de seguridad. Está indicado en cuadros de agitación si el paciente no presenta actividad delirante, ni alucinatoria ni problemas respiratorios.

Entre estos los más utilizados son: Lorazepam, Diazepam, Clorazepato potásico, Flunitrazepam, Midazolam

Efectos secundarios: Reacciones paradójicas como sueños vívidos, irritabilidad, hostilidad.

Intoxicación: Somnolencia, obnubilación, hipotonía

### **ANTIPSICÓTICOS (AP)**

Junto con las BZD es el grupo más empleado en situaciones de urgencia. Indicados en agitaciones de etiología psicótica y ante la presencia de delirios, alucinaciones, confusión y dificultades respiratorias.

AP Típicos: Haloperidol, Clorpromacina, Zuclopentixol

APAtípicos: Olanzapina, Risperidona, Ziprasidona

## ANTIPSICÓTICOS+BZD

Esta combinación puede ser útil para algunos pacientes, ya que tiene menos efectos secundarios que las dosis altas de cualquiera de los dos tipos de fármacos por separado. La BZD mejora la tolerancia del neuroléptico.

## ❖ **CONTENCION MECANICA**

El **objetivo** básico de la contención mecánica es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno. Para conseguir este objetivo se limita con medidas físicas o mecánicas los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente.

La contención mecánica es una **medida sanitaria**, por lo que debe ser decisión del personal sanitario, en un contexto sanitario e indicada ante una agitación o conducta violenta que se considera originada por una patología médica.

Por lo tanto las **indicaciones** serían:

- Prevención de lesiones al propio paciente, a otras personas y daños materiales.
- Para evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (ej. retirada de vías).
- Como castigo negativo en una terapia de conducta, siempre que se haya pactado con el paciente previamente.
- Para evitar fuga del paciente
- Si el paciente lo solicita expresamente y el médico aprecia criterios de indicación.

Dentro de las **contraindicaciones** encontramos:

- No exista indicación
- Utilizar la contención como castigo o pena
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad
- Pacientes con cuadros confusionales
- Cuando no exista personal suficiente o sea una situación peligrosa

-Si la situación se puede resolver por otros métodos, como contención verbal o farmacológica

-Para el descanso del personal sanitario

### **PROCEDIMIENTO DE LA SUJECION MECANICA**

La decisión deberá ser tomada siempre por el médico responsable del paciente o en su defecto el facultativo de guardia. Si en el momento de decidir (en una situación de urgencia) no se puede contactar con el médico, el DUE está expresamente autorizado para iniciar el procedimiento por su cuenta, pero debe comunicarlo al médico en el menor tiempo posible.

El personal mínimo para la contención mecánica será de cuatro personas, siendo cinco el número óptimo. En este caso cuatro personas sujetarían las extremidades y la quinta la cabeza. La presencia del médico será decisión del mismo en función de la posible interferencia en la posterior relación terapéutica.

El material constará de sujeción de tórax, dos sujeciones de manos y dos de pies.

### **Medidas generales:**

Actuar con tranquilidad, serenidad pero con postura firme, segura y respetuosa.

-El uso de la medida será informado al paciente de manera comprensible y acorde a su nivel de atención.

-En cuanto a la actitud del personal es importante evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física. Apoyar la cabeza y las extremidades lejos de objetos lesivos. No cargar excesivamente nuestro peso sobre el paciente, evitando el uso de rodillas y codos durante la reducción.

-Mantener la seguridad y comodidad del paciente en la medida de lo posible, retirando su ropa y poniéndole el pijama. En caso de no ser posible, retirar cinturones, mecheros y otros objetos potencialmente peligrosos. La posición de la contención es en decúbito supino con la cabecera elevada, para evitar el riesgo de aspiraciones y que el paciente mantenga contacto con el medio. Alejar al paciente de cualquier objeto potencialmente peligroso.

-Es imprescindible ofrecer al enfermo un lugar que le permita preservar su intimidad y dignidad como persona. La habitación será tranquila, con un nivel de iluminación adecuado y bien ventilada. El paciente tendrá la posibilidad de contactar con el personal, bien por la proximidad de la habitación con el control de enfermería o mediante el timbre.

-Antes de retirarse el personal debe asegurarse que las sujeciones están adecuadamente colocadas, seguras, sin presionar al paciente, ni con riesgo de provocarles lesiones cutáneas.

-La retirada de las sujeciones se realizará de forma progresiva, valorando la evolución del paciente

### **OBSERVACION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE SUJETO**

La indicación de sujetar o aislar a un paciente incrementa el trabajo del personal sanitario por dos razones:

1. La obligación de evitar y tratar complicaciones que pueden aparecer por la técnica de sujeción en sí misma
2. Complicaciones de un sujeto inmovilizado

La valoración médica se realizará lo antes posible durante la primera hora desde el inicio de la contención. Además de las observaciones, se dejará por escrito tanto las indicaciones farmacológicas como las no farmacológicas. Junto con los fármacos de elección para la crisis de agitación es habitual pautar heparina de bajo peso molecular para la prevención de riesgo tromboembólico.

Debe solicitarse una autorización judicial con anterioridad a la inmovilización del paciente. En situaciones de urgencia, la ley permite al personal facultativo ejercer la acción, pero dando cuenta al juez en un plazo de 24 horas.

La realización de cualquier acción terapéutica requiere el previo consentimiento del paciente excepto (artículo 10 de la Ley General de Sanidad):

- a. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública

## AGRESIVIDAD Y SALUD MENTAL

---

- b. Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso será un familiar o persona allegada quien la realice por él
- c. Cuando la urgencia no permita demoras por poder ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

En los casos que requieren sujeción mecánica los supuestos a y c suelen estar presentes. En estos casos salvo si se puede obtener el consentimiento de un familiar, el personal sanitario puede actuar sin él.

Si hasta ese momento el ingreso era voluntario pasa a ser involuntario.

### **CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON SM**

- Toma y registro de constantes vitales al inicio de la contención y por turno, salvo indicación médica expresa.
- Registro de datos a propósito de la indicación de SM, hora de comienzo, medicación administrada
- Realización y registro llevadas a cabo en relación a :
  - Hidratación y alimentación
  - Eliminación intestinal y vesical
  - Movilidad
  - Cambios posturales
  - Seguridad (revisión de zonas de sujeción para evitar lesiones, rozaduras, etc.)
  - Comunicación y relación

## ❖ OTROS TRATAMIENTOS

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Entre las **técnicas quirúrgicas** modernas, la hipotalamotomía posteromedial se está utilizando para pacientes con agresividad irreductible. Los mejores resultados se obtienen en alteraciones conductuales secundarias a epilepsia.

### TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

La **terapia cognitiva** o **terapia cognitiva conductual** es una forma de intervención psicoterapéutica. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento alterados, llamados **distorsiones cognitivas** tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, y que, por tanto, la reestructuración cognitiva, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del paciente.

## CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE EL PACIENTE AGRESIVO

### Valoración de Enfermería

La necesidad que principalmente se ve alterada en un paciente con conducta agresiva es la de SEGURIDAD/EVITAR PELIGROS, pero en función de la intervención que se lleve a cabo y derivada de ésta, hay que tener en cuenta los riesgos y necesidades que se generan.

## AGRESIVIDAD Y SALUD MENTAL

---

### **Diagnósticos de Enfermería (NANDA)/ Objetivos (NOC)**

00035 RIESGO DE LESION/1911 Conducta de seguridad personal

00039 RIESGO DE ASPIRACION/1918 Control de la aspiración

00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA/1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

00102 DEFICIT AUTOCUIDADO (NUTRICIÓN,ELIMINACION, BAÑO-HIGIENE)

00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL/0902 Capacidad de comunicación/  
0903 Comunicación: capacidad expresiva/ 0904 Comunicación: capacidad receptiva

00128 CONFUSION AGUDA/1911 Conducta de seguridad: personal/4820 Orientación cognitiva

000138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS/1401 control de la agresión/1405 Control de los impulsos

00052 DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL/1502 Habilidades de interacción social.

### ***Diagnósticos interdependientes:***

RIESGO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

## BIBLIOGRAFIA

1. Huertas David, Lopez-ibor Juan J. , Crespo María D... Neurobiología de la Agresividad Humana; Ars Médica 2005
2. Ros Salvador, Peris M. Dolores, Gracia Ramón. Impulsividad; Ars Médica 2004
3. Rigol A.,Ugalde M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Masson 2001
4. Vallejo Ruiloba j. Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría. 6ªed. Barcelona: Ed.Elsevier Masson 2006
5. <http://www.uniovi.es/psiquiatria/docencia/material/PL-agresividad-03.ppt>
6. <http://www.uam.es/departamentosmedicina/pasiquiatria/psicomed/psicologia/nuevoprogram/agresividad.htm>
7. [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp)
8. [http://www.gesma.org/pdf/Enfermeria/Enfermeria\\_en\\_salud\\_mental/Protocolos\\_y\\_Procedimientos/Protocolo\\_de\\_contencion\\_mecanica.pdf](http://www.gesma.org/pdf/Enfermeria/Enfermeria_en_salud_mental/Protocolos_y_Procedimientos/Protocolo_de_contencion_mecanica.pdf)
9. <http://www.psyco-farmacologia.com.ar/mp2006/BarembaumLamela.ppt>
10. Alda Jose Angel, Gabaldón Sabel. Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Masson,2006.
11. Tejedor Mª Jesus, Etxabe Mª Pilar; Guía práctica de informes de enfermería en Salud Mental. Glosa