



Propuesta de un Protocolo de Contención Terapéutica Dirigido
al Personal de Enfermería que Labora en la Unidad
Psiquiátrica de Agudos (UPA), Periodo Marzo–Septiembre
2025. Mérida – Venezuela.



Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Licenciadas en Enfermería

Bolaños D. Hilary E.

Molina R. Nelmary E.

www.bdigital.ula.ve

Universidad De Los Andes
Facultad De Medicina
Escuela De Enfermería

Tutor: Prof. Rojas, Jackson Lennon

Mérida, noviembre 2025

Dedicatoria

A nuestro Padre Celestial, por ser esa fuerza interior y luz que nos acompaña en los momentos más difíciles.

A nuestros padres por su amor incondicional, innumerables sacrificios, apoyo y motivación constante.

A todas aquellas personas que han sido seres de luz en nuestro camino, apoyándonos, escuchándonos o brindándonos una palabra de aliento que nos impulsó a seguir adelante.

“A todas aquellas personas que luchan diariamente por sus sueños, para que este trabajo sirva como modelo de que la Determinación, Resiliencia y Perseverancia siempre dan frutos”

www.bdigital.ula.ve

Hilary Bolaños y Nelmary Molina

Agradecimientos

Primeramente, A Dios, fuente de toda sabiduría y fortaleza, por guiar nuestros pasos y darnos la fe necesaria para no rendirnos.

A nuestros Padres, Estefanía y Henry, María y Nelson, por inculcarnos el valor de la perseverancia y enseñarnos que los sueños se alcanzan con esfuerzo y dedicación, por confiar en nosotras y recordarnos siempre nuestro valor innegable.

Un agradecimiento especial para Richard y Cesar, por su paciencia, comprensión y apoyo incondicional, han sido un pilar fundamental durante este camino.

Nuestro más profundo agradecimiento a nuestro querido profesor y tutor de tesis Jackson Lennon Rojas, quien, con su profesionalismo, exigencia, inagotable paciencia y compromiso, impulsó para que esta investigación alcanzara la mayor calidad y pertinencia.

A la profesora Rosalía Uzcátegui por ser ejemplo de inspiración y amor hacia nuestra profesión, quien con su carisma nos motivó a sumergirnos en el mundo de la Psiquiatría, el cual ha sido el enfoque de esta investigación

A los miembros del comité evaluador por su valioso tiempo y las sugerencias críticas que enriquecieron significativamente el alcance y la calidad de este proyecto.

A los profesores que sembraron en nosotras la vocación de servicio y la necesidad de una visión humanizada del cuidado.

A la ilustre Universidad de Los Andes, y el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, por brindarnos la formación académica, los espacios y oportunidades que forjaron nuestro crecimiento y desarrollo profesional.

A todo el personal de Enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), quienes con su disposición y colaboración facilitaron el acceso a la información crucial y contribuyeron a la pertinencia de este protocolo.

“Este protocolo es un homenaje para todos aquellos que en algún momento han presentado un quiebre en su salud mental, y a su vez, es una herramienta tangible para dignificar la labor del profesional de Enfermería dedicado a esta área, que día a día entregan lo mejor de sí”

Hilary Bolaños y Nelmary Molina

Índice General

Dedicatoria.....	2
Agradecimientos.....	3
Índice General.....	4
Resumen.....	8
Introducción.....	9
 Capítulo I El Problema.....	 11
Planteamiento del Problema.....	11
Formulación de la pregunta	18
Objetivos de la Investigación.....	18
Objetivos Específicos.....	18
Justificación e Importancia de la Investigación.....	19
Alcances y limitaciones.....	20
 Capítulo II Marco Teórico.....	 23
Antecedentes de la Investigación.....	23
Bases Teóricas.....	29
Bases Legales.....	57
Teoría de Enfermería	60
Sistema y Operacionalización de la Variable.....	61
Operacionalización de la Variable de Estudio.....	62
 Capítulo III Marco Metodológico.....	 66
Enfoque de la Investigación.	66
Tipo y Diseño de la Investigación.....	66
Modalidad Proyecto Factible	67
Población.....	70
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	70
Validez del Instrumento.....	71
Confiabilidad del instrumento.....	74
Procedimiento para la Recolección de Datos.....	76
Técnica para el Análisis de Datos.....	76
 Capítulo IV Presentación de Datos y Análisis de los Resultados.....	 77
 Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones.....	 96
Conclusiones.....	96
Recomendaciones.....	99

Capítulo VI La Propuesta..... 100

Fundamentación de la Propuesta	100
Justificación de la propuesta	101
Objetivos específicos.....	102
Objetivo Terminal.....	102
Recursos necesarios para el desarrollo del Protocolo de Contención Terapéutica.....	103
Factibilidad de la Propuesta.....	103
Metodología de la Propuesta.....	104
Descripción de la Propuesta.....	104
Protocolo de Contención Terapéutica.....	105

Referencias Bibliográficas..... 126

[Anexo A.] Validez de contenido del cuestionario.....	141
[Anexo B] Confiabilidad de Consistencia Interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach.....	142
[Anexo C.] Confiabilidad de Consistencia Interna a Través del Coeficiente Kuder-Richardson (Kr-20).....	146
[Anexo D.] Carta de Aceptación del Tutor Académico.....	147
[Anexo E.] Constancia de Validación.....	148
[Anexo F.] Constancia de Validación.....	149
[Anexo G.] Constancia de Validación.....	150
[Anexo H.] Solicitud para la Aplicación de Prueba Piloto.....	151
[Anexo I.] Solicitud para la Aplicación del Instrumento.....	152
[Anexo J.] Instrumento.....	153
[Anexo K.] Constancia de validacion de protocolo.....	159
[Anexo L.] Constancia de validacion de protocolo.....	160
[Anexo M.] Constancia de validacion de protocolo.....	161
[Anexo N.] Lista de verificacion.....	162

Índice de cuadros

Cuadro		Pág.
1	Operacionalización de la variable.....	62
2	Clasificación de los niveles de fiabilidad según el Alfa de Cronbach.....	75
3	Valores del Coeficiente KR - (20).....	75

www.bdigital.ula.ve

Índice de Tablas

Tabla		Pág.
1	Dimensión: Características sociodemográficas. Indicadores: Edad, Género, Cargo, Años de servicio, Turno de trabajo.....	77
2	Dimensión: Contención Verbal. Indicadores: Signos de alarma, Respeto al espacio personal, Provocación.....	77
3	Dimensión: Contención Verbal. Indicadores: Contacto verbal, Expresión con lenguaje conciso, Reconocimiento de emociones, Escucha activa.....	80
4	Dimensión: Contención Verbal. Indicadores: Acuerdos, Normativa y límites, Opciones, Comunicación interprofesional.....	82
5	Dimensión: Contención Farmacológica. Indicadores: Prescripción médica, Preparación de tratamiento, Valoración, Monitoreo de signos vitales, Educación al paciente, Registro de enfermería.....	84
6	Dimensión: Contención Física. Indicadores: Agotamiento de otras medidas, Prescripción médica, Preparación del entorno.....	86
7	Dimensión: Contención Física. Indicadores: Orientación al paciente, Intervenciones secuenciales.....	88
8	Dimensión: Contención Física. Indicadores: Cuidados de enfermería.....	90
9	Dimensión: Contención Física. Indicadores: Procedimiento para el retiro, Retroalimentación post-contención, Registro y evolución de enfermería.....	92
10	Dimensión: Contención Física. Indicadores: Prescripción médica, Intervenciones secuenciales.....	94

www.bdigital.ula.ve

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo general; Proponer un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de Enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), periodo marzo – septiembre 2025. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo proyectivo, con diseño de campo y corte transversal, bajo la modalidad de proyecto factible. Se contó con una población finita conformada por 20 miembros del personal de enfermería. Se diseñó un instrumento validado por tres especialistas en el área, bajo la técnica “Juicio de Expertos”, y una confiabilidad bajo el Alfa de Cronbach de 0,824, y KR-20 de 0,668. Los resultados arrojaron para la dimensión características sociodemográficas que la mayoría del personal de enfermería con un 40% tenían edades comprendidas entre 41 a 50 años, el 60% eran de género femenino, el 80% eran Licenciados en Enfermería, el 60% tenían entre 1 a 10 años de servicio y el 85% laboran en un turno de trabajo de plan de contingencia de 24 horas. Para la dimensión contención verbal el 60% siempre identificaban los signos de alarma que evidenciaba la necesidad de realizar una intervención verbal en el paciente, el 50% a veces visualizaba la realidad del paciente a través de su narrativa, asumiendo que es real y el 50% nunca mostraban un lenguaje corporal cerrado como cruzar los brazos o darse la vuelta para evitar provocar la agresividad y desinterés de lo que le pasa al paciente, para la dimensión contención farmacológica el 90% siempre verificaban en la hoja del tratamiento qué fármaco SOS tiene indicado el paciente y solo el 45% a veces monitorizaban constantes vitales cada hora, luego de la administración del fármaco SOS. Para la contención física el 65% siempre se aseguraban de haber agotado todas las medidas previas antes de aplicar la contención física, el 30% a veces consideraban que cuatro o cinco personas no serían suficientes para realizar el procedimiento si el paciente no cooperaba, el 45% siempre realizaban una retroalimentación con el equipo de salud permitiendo identificar lecciones aprendidas, discutir errores sin juicio y proponer soluciones de mejora, y el 100% manifestaban que si poseían autonomía para aplicar la contención física, aunque no estuviera presente el médico de guardia. A partir de la fase diagnóstica, se diseñó la propuesta de un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la UPA.

Palabras clave: Protocolo, contención terapéutica, contención verbal, contención farmacológica y contención física.

Introducción

En el complejo y delicado campo de la salud mental, la atención del paciente psiquiátrico representa un pilar fundamental dentro del sistema sanitario, en la que el personal de enfermería debe hacer frente a una variedad de trastornos mentales que impactan profundamente en la vida de los individuos. La naturaleza misma de sus condiciones, a menudo les confiere particular vulnerabilidad, manifestada en ocasiones con alteraciones conductuales, emocionales o cognitivas que pueden conducir a crisis agudas de agitación, confusión, riesgo de daño a sí mismo o a terceros, estos episodios exigen una comprensión profunda y una intervención especializada sobre la respuesta humanizada en el cuidado de estos pacientes.

Es por ello que, en momentos de vulnerabilidad representa un desafío significativo para el bienestar del paciente, así como también un riesgo para la seguridad del personal y la del entorno hospitalario, afectando negativamente el proceso terapéutico y la convivencia. En este contexto, la contención terapéutica surge como una herramienta fundamental, no como un castigo o una simple restricción, sino como un conjunto de estrategias y procedimientos esenciales diseñados para salvaguardar la integridad física y psicológica del individuo y de quienes lo rodean, permitiendo restablecer el control, garantizar la seguridad y facilitar la continuidad del tratamiento.

En este sentido, los profesionales de enfermería son quienes se encuentran a la vanguardia del cuidado en los servicios de salud mental, siendo los primeros en identificar y responder a los episodios de crisis, lo que resalta la necesidad de contar con herramientas estandarizadas basadas en la evidencia para el manejo de estas situaciones. Aunado, a las habilidades y pensamiento crítico que permitan guiar las decisiones del personal sobre cuándo, cómo y por qué aplicar la contención, buscando siempre el menor grado de restricción posible y priorizando las intervenciones menos coercitivas.

El presente trabajo de investigación, surge de la observación de la variabilidad en las prácticas de contención y de la ausencia de un marco de referencia unificado en el contexto de los servicios de salud mental. Por tanto, el mismo tiene como objetivo principal diseñar un protocolo que permita estandarizar las prácticas de contención terapéutica (verbal, farmacológica y física), que ofrezca al personal de enfermería directrices claras, éticas y seguras y a su vez promueva un cuidado más humanizado y centrado en el paciente. De esta

manera, se busca desarrollar una propuesta factible que atienda esta necesidad crítica, sentando las bases para una gestión óptima de los episodios de agitación, agresividad, ideas suicidas u homicidas en pacientes con trastornos mentales dentro de los servicios de salud mental.

Al respecto, la investigación tiene como objetivo general proponer un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA) periodo marzo – septiembre 2025. Mérida – Venezuela., bajo el cual se utilizó una metodología de enfoque cuantitativo, de tipo proyectivo, con diseño de campo y corte transversal.

En tal sentido, la investigación quedó estructurada de la siguiente manera: Capítulo I, El Problema de Investigación, planteamiento del problema, formulación de la pregunta, objetivos de la investigación (general y específicos), justificación de la investigación, alcances y limitaciones, línea de investigación y consideraciones éticas. Capítulo II, Marco Teórico, donde se exponen los antecedentes, bases teóricas del estudio, teoría de enfermería, bases legales, sistema de variables y su Operacionalización. Capítulo III, Marco Metodológico, el cual enfoca la metodología que se utilizó para el estudio, esto es, lo referente al tipo y diseño de la investigación; modalidad de proyecto factible, la población de estudio, la técnica e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, procedimiento para la recolección de datos y técnica para el análisis de datos, Capítulo IV, donde se presentaron los datos y se analizaron los resultados. Capítulo V, conclusiones y recomendaciones. Capítulo VI propuesta, fundamentación de la propuesta, justificación de la propuesta, objetivos (especifico y terminal) de la propuesta, recursos necesarios, factibilidad de la propuesta, metodología de la propuesta, descripción de la propuesta y el protocolo. Además, se incluyeron las referencias bibliográficas y los anexos pertinentes.

Capítulo I

El Problema

Planteamiento del Problema

Durante siglos, se ha venido pensando que clasificar una enfermedad mental, desde una perspectiva biológica, daría al menos datos sobre su causa, patogenia, tratamiento y pronóstico. Sin embargo, la realidad es distinta ya que, una etiqueta diagnóstica generalmente solo describe síntomas o un conjunto de ellos (Carrasco, 2025). Por tanto, ha existido gran debate para establecer una definición precisa que permita englobar aquellas alteraciones que comprometen la salud mental bajo un mismo término “enfermedad y/o trastorno mental”, pero no ha sido hasta principios de los años setenta, cuando finalmente se establece la primera definición de enfermedad mental descrita en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su Tercera edición (DSM-3, 1980), para abarcar las diversas necesidades de la psiquiatría de aquel entonces, principalmente, para servir como inicio de la clasificación basada en evidencia de los trastornos mentales.

En el mismo orden de ideas, es importante resaltar la diferencia entre los términos “enfermedad y trastorno”, que pueden ser considerados como sinónimo; entendiendo la enfermedad como un compendio de signos y síntomas estructurados ya establecidos científicamente, que conlleva a cambios corporales o variaciones anatómicas; mientras que un trastorno puede ser visto como una desviación de la normalidad del estado de salud, relacionado o no con una enfermedad. Debido a esto, actualmente en el ámbito de la salud mental es más adecuado usar la expresión 'Trastorno Mental', que es un concepto más amplio y menos rígido (Carrasco, 2025).

Al respecto, Sadock y Sadock (2011), consideran el trastorno mental como:

Una enfermedad con manifestaciones psicológicas o conductuales asociadas a sufrimiento y alteración funcional causada por una anomalía biológica, psicológica social, genética, somática o química. Se mide por la desviación de un concepto normativo. Cada enfermedad posee sus signos y síntomas característicos (p. 5).

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014), menciona que ninguna definición puede abarcar todos los aspectos de los trastornos que contiene, y define los trastornos mentales como:

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (p. 20).

En concordancia con lo descrito anteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), basándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2019), coincide con lo expuesto por (DSM-5, 2014), y anexa que, estos abarcan las discapacidades psicosociales y otras condiciones mentales ligadas a angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta auto lesiva.

Ahora bien, es fundamental conocer su impacto en la población. En este sentido, la OMS (2022), señala que:

301 millones de personas sufren un trastorno de ansiedad, 280 millones de personas padecen depresión, 40 millones de personas padecen un trastorno bipolar. La esquizofrenia afecta a unos 24 millones de personas, es decir a una de cada 300 personas. Los suicidios representan más de una de cada 100 muertes y el 58% de ellos ocurren antes de los 50 años de edad. Los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad y son responsables de uno de cada seis años vividos con discapacidad. Las personas con trastornos mentales graves mueren de media de 10 a 20 años antes que la población general. Los abusos sexuales en la infancia y el acoso por intimidación son importantes causas de depresión. (p. 1).

A su vez, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), añade que las necesidades de salud mental insatisfechas contribuyen enormemente a la carga de enfermedad en la Región de las Américas, señalando que:

Los trastornos mentales, los trastornos relacionados con sustancias psicoactivas (MNS) y el suicidio representan más de un tercio del total de años vividos con

discapacidad y una quinta parte del total de años de vida ajustados por discapacidad. La depresión es la segunda causa más importante de años vividos con discapacidad en las mujeres y la tercera más importante en los hombres. La Región presenta la prevalencia más alta de problemas de ansiedad y la segunda tasa más alta de trastornos depresivos de todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud (p. 8).

Haciendo referencia a nivel nacional, la (OPS, 2018), menciona que en Venezuela han aumentado los trastornos mentales en un 30% con una prevalencia de 4,2% de depresión y 4,4% en desórdenes de ansiedad, resaltando que estas cifras han aumentado considerablemente desde el año 2013.

Asimismo, los datos más recientes encontrados en el país son los reflejados en el informe de resultados del estudio Retrato de la Situación Psicosocial del Venezolano 2024, donde menciona la ansiedad y la depresión como indicadores de malestar psicológico, obteniendo como resultado que dos de cada 10 encuestados sienten niveles moderados (18%) o altos (2%) de estos síntomas. El estudio también reveló que el 49% de los venezolanos han perdido el sueño a causa de sus preocupaciones; 36% se han sentido constantemente agobiados y en tensión; 31% sintió que no puede superar sus dificultades y otro 31% opinó que se ha sentido poco feliz y deprimido. Respecto a las fuentes de estrés, el aspecto económico ocupa el primer lugar (47%) y el tema de salud es el segundo en la lista (23%). Por género, las mujeres presentan en mayor medida estos síntomas respecto a los hombres (23% frente a 16%).

A su vez, a nivel local, es importante destacar que la Corporación de Salud del Estado Mérida (2023), informó que hubo un total de 4.347 primeras consultas de psiquiatría en personas entre 18 a 60 años de edad, representando el 55.72% y reflejando la alta demanda en las consultas de Salud Mental dentro del Estado.

Por otra parte, de acuerdo a la morbilidad de la Unidad Psiquiátrica de Agudos, (UPA, 2023) hubo un total de 91 pacientes ingresados, 55% de sexo femenino y 45% masculinos, con un predominio diagnóstico de los trastornos psicóticos y sus derivados. Para el año 2024, se registró un total de 90 pacientes hospitalizados, 53% sexo femenino y 47% masculino, con predominio diagnóstico de los trastornos afectivos. Asimismo, para el primer semestre (enero-junio) del año 2025 hubo un total de 55 pacientes ingresados, 56% de sexo femenino y

44% masculino, con predominio diagnóstico de los trastornos afectivos, seguido de los trastornos psicóticos y sus derivados.

Ante lo expuesto, queda demostrada la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales, no solo ante las demandas y diferentes situaciones que comprometen la integridad emocional y psicológica de los seres humanos a nivel de las diferentes regiones del mundo, sino además la vulnerabilidad de la salud mental, queda en evidencia cómo con mayor frecuencia la población presenta cuadros clínicos que incluyen desde alteraciones afectivas, desorganización conductual, sintomatología psicótica, hasta períodos de agitación latente o crisis, escenarios que no solo requieren y ameritan de hospitalización sino que también incluyen medidas y acciones como la contención terapéutica necesaria y oportuna para garantizar un abordaje que permita la seguridad del individuo y de su entorno.

De esta manera, para abordar las necesidades de intervención en salud para las personas con trastornos mentales o cualquier otro tipo de alteración que afecte su bienestar psicológico, existen diferentes servicios de salud mental destinados a promover, proteger y restaurar el bienestar de estas personas. Al respecto, la Asociación Americana de Psicología (APA 2018, como se citó en Shidhaye, 2023), señala que los servicios de salud mental son “todas las intervenciones, evaluaciones, diagnósticos, tratamientos o asesoramiento ofrecidos en ámbitos privados, públicos, hospitalarios o ambulatorios para el mantenimiento o la mejora de la salud mental o el tratamiento de trastornos mentales o del comportamiento en contextos individuales y grupales” (p. 2).

En este sentido, los servicios de salud mental se refieren a todo el sistema o red de apoyo con el que pueden contar las personas, encontrándose dentro de estas diferentes instituciones o unidades encargadas de atender especialmente a individuos con trastornos mentales en situaciones de crisis agudas o reagudización de condiciones, que interfiere en el desarrollo de su vida diaria o representa un riesgo para sí mismo o las personas que lo rodean, por lo que se requiere de un periodo de atención especializada para su recuperación. Estos lugares se conocen como hospitales psiquiátricos, unidades de salud mental, unidades psiquiátricas de agudos, entre otros, cuya concepción ha evolucionado significativamente con el transcurrir de los años, pasando de percibirse principalmente como centros de reclusión o manicomio a tener un enfoque más terapéutico y de rehabilitación.

En relación a lo manifestado anteriormente, (APA, 2018), señala que estas unidades suelen ofrecer cobertura y admisión de emergencia; tratamiento con psicofármacos o terapia electroconvulsiva; terapia de grupo; exámenes psicológicos; y modalidades complementarias, como servicios de trabajo social, terapia ocupacional, arteterapia, terapia del movimiento, musicoterapia y grupos de discusión, por lo que incluyen una amplia gama de intervenciones que permiten un abordaje holístico de las personas que así lo ameriten.

No obstante, es imperativo mencionar que, no todas las personas con trastornos mentales o problemas de salud mental deben ser ingresadas en un centro de atención psiquiátrica, para ello debe cumplir con una serie de criterios para su admisión, si bien estos varían según el lugar o tipo de unidad, de forma general Cazares et al., (2024), menciona que los pacientes que serán ingresados son aquellos que presenten lo siguiente:

Interferencia o debilitación del juicio, estado de agitación, con sospecha (signos y/o síntomas de riesgo de auto o heteroagresiones), delirium (síndrome confusional agudo), ideaciones, planes e intentos suicidas, cuadros psicóticos descompensados (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, episodios maníacos, episodios depresivos graves, psicosis tóxicas, entre otros), intoxicación por sustancias (intoxicación o de privación a alcohol, cocaína, cannabis, heroína, entre otros); o cuadro clínico (que por intensidad de los síntomas) al usuario le resulte imposible controlar y ponga en riesgo la vida del paciente (p. 20).

Bajo esta perspectiva, es frecuente encontrarse en estos centros de salud con situaciones en las que el paciente con trastorno mental presenta exacerbación de diversas manifestaciones psíquicas, conductuales y de la esfera emocional que aumenta la pérdida de control, lo que puede poner en riesgo su integridad, la de quienes se encuentren a su alrededor y del entorno en general, para ello es necesario actuar de forma inmediata y segura a través de la aplicación de medidas y acciones, como la contención terapéutica, necesaria y oportuna para garantizar un abordaje que permita la seguridad del individuo y de su entorno. Al respecto, Del Olmo (2013), señala que la contención terapéutica se refiere a "todos los diferentes procesos terapéuticos destinados a superar una situación de crisis" (p. 1). Destacándose, que no solo hace referencia a un acto único propiamente dicho, sino a un conjunto de diferentes procesos e intervenciones.

Por su parte, Campo y Campo (2017), mencionan bajo una descripción más humanística desde el ámbito del cuidado enfermero que la contención o acompañamiento terapéutico se conoce como “el procedimiento realizado con la finalidad de acoger, proteger y cuidar a una persona de las lesiones autoinflingidas o dirigidas a otros.” (p. 5). Enfatizando, que la contención terapéutica se divide en tres clases; contención verbal o acompañamiento terapéutico (uso de la comunicación y el diálogo empático), contención farmacológica o química (administración de medicamentos) y contención física, mecánica o inmovilización (uso de dispositivos o técnicas manuales para restringir el movimiento del paciente), esta es usada como último recurso cuando ya se han agotado al máximo las intervenciones anteriores.

Bajo este enfoque, el rol del personal de enfermería en el manejo de la contención terapéutica es absolutamente central y de suma importancia, de hecho, son a menudo los profesionales de primera línea que identifican la necesidad de contención, y junto con el médico tratante toman la decisión de aplicar y gestionar, también son clave para el manejo adecuado de la misma, donde emplean cuidados holísticos de enfermería en las diferentes etapas del proceso. De esta manera, (Stewart et al., 2022 como se citó en Stewart et al., 2024), expresan que los enfermeros en salud mental “utilizan la socialización, la activación y la comunicación con sus pacientes, además de dispensar cuidados físicos para crear entornos seguros y cómodos que promuevan un cambio de comportamiento positivo (p. 2).

Por consiguiente, la enfermería psiquiátrica es una disciplina unidimensional, la cual es definida por Belmont (2011, como se citó en Chávez et al., 2018), como una especialidad de las Ciencias de la Salud, “capaz de estudiar no sólo las causalidades biológicas, sino también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y las condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinente” (p. 76). Por otro lado, Joyce Travelbee (1967, como se citó en Galvis, 2015), en su Modelo de Relación Persona a Persona define la Enfermería Psiquiátrica como un:

Proceso interpersonal mediante el cual, la enfermera profesional ayuda a una persona familia o comunidad con el objeto de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y si es necesario contribuye a descubrir un sentido en esas experiencias” (p. 1115).

En vista de lo expuesto por los autores antes mencionados, es innegable que el rol del personal de enfermería es fundamental en el manejo de pacientes con trastornos mentales. Su cercanía al paciente, junto con su conocimiento, habilidad y experiencia, los posiciona como garantes de un cuidado humanizado y esencial.

No obstante, la experiencia práctica de las investigadoras en diversos servicios de atención a estos pacientes, ha revelado una brecha crítica en la calidad del cuidado, ya que, aunque el personal de enfermería utiliza su experiencia, conocimiento y herramientas institucionales para abordar e intervenir en diferentes escenarios, destacan situaciones específicas como la agitación y agresividad física de los pacientes; denotando que en estas instituciones no existe una guía estandarizada, protocolos o manuales que dirijan las acciones en cuanto a los tratamientos terapéuticos específicamente en las contenciones físicas. La carencia de herramientas que dirijan las acciones de enfermería en la gestión de la contención, es realmente preocupante debido a que se pueden presentar riesgos potenciales durante el desarrollo de la misma, y esta ausencia limita la competencia del profesional en la toma de decisiones oportunas y consistentes comprometiendo la seguridad tanto del paciente, como de los otros pacientes hospitalizados y el mismo equipo de salud.

Ante esta situación, se hace evidente que en la mayoría de los casos el personal debe ordenar sus acciones a través de guías, protocolos o manuales, aunque ya esté capacitado para enfrentarse a esos complejos escenarios de agresividad, ira, rabia, intentos suicidas, entre otros; que estos pacientes presentan cuando se activa un estado de crisis o agitación, que conllevan a una pérdida total del control de las emociones. Por lo tanto, se hace necesario el diseño de un protocolo estandarizado, basado en la evidencia científica para el manejo de la contención terapéutica, lo cual se convierte en una herramienta esencial para guiar la actuación del equipo de enfermería, asegurando la aplicación de intervenciones seguras, efectivas y de calidad.

De esta manera, estandarizar los cuidados no solo optimiza las decisiones clínicas y la diversidad de la práctica, sino que también reduce la dependencia del juicio subjetivo, asegurando que las intervenciones se fundamenten rigurosamente en la evidencia científica y no en criterios personales, fortaleciendo así, la competencia del profesional y garantizando la protección de la dignidad humana del paciente durante esos momentos de máxima debilidad. Aunado a esto, se permite minimizar riesgos y el uso de medidas restrictivas que promuevan

una respuesta unificada, segura y terapéutica ante la crisis, fundamental para la recuperación y el bienestar de las personas con trastornos mentales.

Ante lo planteado surge la siguiente interrogante:

Formulación de la pregunta

¿Cuáles son los elementos para el diseño del protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), periodo Marzo-Septiembre 2025?

Para dar respuesta a esta interrogante, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

- Proponer un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA) periodo Marzo – Septiembre 2025, Mérida – Venezuela.

Objetivos Específicos

- Conocer las características sociodemográficas del personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), periodo Marzo – Septiembre 2025, Mérida – Venezuela.
- Diagnosticar el conocimiento sobre la contención terapéutica que posee el personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), periodo Marzo – Septiembre 2025, Mérida – Venezuela.
- Establecer la factibilidad del protocolo de contención terapéutica para el personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), periodo Marzo – Septiembre 2025, Mérida – Venezuela.
- Diseñar la propuesta del protocolo de contención terapéutica para el personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), periodo Marzo – Septiembre 2025, Mérida – Venezuela.

- Validar el diseño del protocolo de contención terapéutica para el personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), periodo Marzo – Septiembre 2025, Mérida – Venezuela.

Justificación e Importancia de la Investigación

El aumento y prevalencia de trastornos mentales y las dificultades clínicas que se presentan en los servicios de salud mental, conllevan al personal de Enfermería a enfrentarse a situaciones críticas, donde los pacientes experimentan episodios de desorganización conductual o riesgo inminente para sí mismos o para terceros, lo cual amerita de intervenciones inmediatas y efectivas. En este sentido, la ausencia de un conjunto de intervenciones estandarizadas y el contacto sucesivo a eventos estresantes pueden comprometer la calidad de atención, bienestar y seguridad. Por ello, la presente investigación se justifica desde las siguientes perspectivas:

Desde el punto de vista teórico, la investigación contribuirá al constructo de conocimientos de enfermería en salud mental, específicamente en el área de manejo de conductas disruptivas, se ha evidenciado una brecha en la literatura específica sobre el manejo de la contención terapéutica, particularmente en los distintos servicios de salud mental (ambulatoria, emergencia y hospitalización). De allí, que este estudio no sólo revisará la literatura existente, sino que a partir de la misma y de la realidad clínica formará una propuesta teóricamente fundamentada, que aporta un sustento teórico para futuras investigaciones, sobre la efectividad, seguridad y percepción de la contención terapéutica en el ámbito de salud mental.

Desde la perspectiva práctica, la implementación de una propuesta estandarizada influirá directamente en la operatividad diaria de los servicios de salud mental, al proporcionar una guía clara, concisa y sistemática, permitiendo unificar criterios y procedimientos, reduciendo la incertidumbre y variabilidad en la práctica, esto disminuye el riesgo de improvisación, errores en la toma de decisiones y el uso inadecuado de la fuerza. También, brindará mayor seguridad y confianza al personal, al conocer cómo intervenir de manera adecuada y respaldada institucionalmente, lo cual permitirá garantizar un entorno seguro para el paciente priorizando tanto su integridad física como psicológica. Además, contribuye a la disminución de la carga emocional del personal y mejora el bienestar laboral. Por último, con dicha herramienta, se puede lograr la optimización en los tiempos de

respuesta, disminuir la necesidad de acciones restrictivas, y enriquecer la gestión de los recursos humanos y materiales en estos servicios.

Ahora bien, desde el aspecto social, esta investigación radica en el aporte directo a la mejora de la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales, debido a que una propuesta bien diseñada bajo principios éticos, promueve una atención más humana y respetuosa. En efecto, la finalidad de estandarizar la práctica es para minimizar los riesgos y acciones que vulneran los derechos o estimación del paciente, fortaleciendo un ambiente seguro y de apoyo para el mismo, reduciendo el potencial de trauma físico y psicológico asociado a estas prácticas. Además, en las familias genera confianza en la atención brindada al reconocer que existen directrices definidas para proteger a sus seres queridos, lo que conlleva a un refuerzo en la credibilidad y calidad de los servicios de salud mental en la comunidad, así como al enaltecimiento del perfil del profesional de Enfermería y su experticia en el manejo de situaciones complejas en salud mental.

Finalmente, el aporte metodológico surge del producto final, siendo este tangible y mensurable, ya que no solo facilita la práctica clínica, sino que, genera una base para investigaciones de tipo evaluativo que midan la efectividad de su aplicación en la reducción de incidentes de agitación, disminución de lesiones, mejora del bienestar del personal y seguridad por parte de los pacientes, además de ello, para generar nueva evidencia científica sobre el tema que pueda ser usado de referente para futuras investigaciones en el área, contribuyendo así al avance del conocimiento en el campo de la salud mental.

Alcances y limitaciones

Alcances

El propósito fundamental de este trabajo de investigación, es sentar las bases descriptivas necesarias para el diseño de un protocolo estandarizado de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), el cual, será el producto final de este estudio, buscando establecer un manejo adecuado de la contención del paciente con trastornos mentales durante eventos de agitación que permita optimizar el momento de actuación y garantice la seguridad del personal que lo aplique y la del paciente cuando se proceda a dicha intervención. Además, se aspira que este estudio aporte una base de información sólida y pertinente que pueda fundamentar

investigaciones posteriores en el área. A su vez, se prevé que los hallazgos encontrados serán de utilidad directa para los profesionales de enfermería y que su pertinencia se extienda a diversas instituciones hospitalarias, tanto públicas como privadas, en el ámbito regional y con proyección a nivel nacional.

Limitaciones

Una limitación significativa fue la escasez de estudios y antecedentes actualizados a nivel regional y nacional que abordaran específicamente las prácticas de contención terapéutica, así como también la ausencia de información estadística reciente y relevante para el tema de investigación.

Línea de investigación

La Universidad de los Andes, Facultad de Medicina y la Escuela de Enfermería en conjunto, se encargan de la formación integral de los estudiantes que allí hacen vida, donde se planteó que como último requisito para optar al título de Licenciados(as) en Enfermería, se realizará un Trabajo Especial de Grado, y para este particular la investigación se marcó en la línea de investigación “Desarrollo profesional de Enfermería”, en su área temática de salud mental, que se encuentra adscrito al Departamento de Enfermería en Fundamentos Clínicos y Quirúrgicos.

Consideraciones Éticas

La investigación científica, especialmente en el ámbito de la salud, implica un compromiso ineludible con la ética, para la cual es fundamental garantizar que se realice de manera respetuosa, justa y beneficiosa para todos los involucrados. Por tanto, esta investigación se desarrolló, tomando en cuenta la relevancia de los aspectos éticos en todo proceso investigativo.

Para ello, se usó como principal referente el Código Deontológico de Enfermería en Venezuela (2008), siguiendo los principios fundamentales mencionados en su Artículo 3 “El valor fundamental de la vida humana, beneficencia y no maleficencia, terapéutico de totalidad, doble efecto, Justicia, Autonomía, confiabilidad, solidaridad, tolerancia, privacidad, veracidad y fidelidad” (p. 9).

Así mismo, este estudio se adhiere rigurosamente a la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005), particularmente en lo concerniente a la confidencialidad, la información recabada ha sido manejada bajo el cumplimiento del Artículo 17 el cual señala lo siguiente “Todo aquello que llegare a conocimiento del profesional de la enfermería con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer y constituye el secreto profesional” (p. 5). Por esta razón se garantiza que ninguna información individualizada, sensible o que pudiera comprometer la integridad del profesional que participe, será divulgada o asociada a su identidad. De igual manera, la participación del personal de enfermería en la investigación fue un acto completamente voluntario y fundamentado a través del consentimiento informado, a quienes previo a la aplicación del instrumento se les informo detalladamente sobre los objetivos de este estudio y se les explico que la información será tratada de manera conjunta con fines puramente científicos, respetando sus derechos y libre decisión en todo momento.

Además, se consideró como base los criterios del Código de Ética del Investigador Holístico Hurtado (2000), el cual señala de que todo investigador debe:

- Aportar al conocimiento y atender a las necesidades propias de la investigación, lo que implica compromiso y propuesta de soluciones
- Actuar con honestidad, transparencia y rigor metodológico en cada fase de estudio.
- Priorizar el respeto a la dignidad humana y social del individuo y la colectividad, evitando cualquier posible riesgo o situación de peligro
- Manejar correctamente el material bibliográfico, garantizando la originalidad y validez de los datos obtenidos
- Responsabilizarse por la correcta utilización y aplicación del instrumento de recolección de datos, así como su procesamiento posterior.
- Reconocer el aporte de todas las personas o instituciones que contribuyan significativamente en las fases de estudio
- Ser consciente de las limitaciones propias del estudio y la investigación que se realiza, considerando que el propósito holístico es contribuir al desarrollo y fortalecimiento del saber científico.

Capítulo II

Marco Teórico

El presente estudio, centrado en la propuesta de un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), requiere una sólida base conceptual. Para ello, en este capítulo se consolidan los aspectos teóricos fundamentales que contextualizan y sustentan el problema de investigación. Se presentarán los antecedentes científicos más relevantes que abordan la temática, estableciendo el punto de partida para este estudio. Asimismo, se desarrollarán las bases conceptuales y teóricas esenciales, que enriquecen la comprensión de la temática y además aclaran las variables investigadas, proporcionando la fundamentación teórica necesaria para el desarrollo de esta propuesta y el logro de los objetivos de esta iniciativa.

Antecedentes de la Investigación

Vaca (2024), en una tesis realizada en Ambato Ecuador, titulada: *Contención mecánica desde el cuidado ético del paciente. Revisión sistemática*. El objetivo de la investigación fue analizar la evidencia científica sobre la contención mecánica desde el cuidado ético del paciente. Para ello, utilizaron una metodología con enfoque cualitativo, con diseño no experimental, descriptivo, transversal, bajo el método PRISMA para la selección de evidencia científica a través de criterios de inclusión y exclusión no probabilístico, en bases de datos como: Scielo, Dialnet, Pubmed, Google Académico, Libros y Repositorios universitarios desde el año 2021, en español e inglés, seleccionando 18 fuentes bibliográficas.

De esta manera, se concluyó que la ética en enfermería es crucial para un cuidado de calidad, enfatizando un enfoque holístico que abarque las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente. Por ello, se aborda el uso de contenciones físicas, una práctica común en el cuidado de personas mayores, hospitalizadas e institucionalizadas. Esta práctica tiene un impacto significativo tanto en el paciente y su familia como en los profesionales de la salud y la institución. Asimismo, el estudio señala una deficiencia

generalizada en la protocolización de contenciones físicas y químicas en hospitales, lo que lleva a un uso excesivo. Ante esto, se subraya la necesidad de establecer protocolos de supervisión para detectar posibles lesiones asociadas. Lamentablemente, se comprobó que no todas las sujeciones físicas se registran, probablemente porque aún se perciben como medidas inofensivas que no requieren documentación.

Por otra parte, Serrano (2023), en España, realizó una investigación titulada: *Desescalada verbal como método de prevención de la contención mecánica ante pacientes agitados psiquiátricos*, cuyo objetivo fue examinar la eficacia de la desescalada verbal como método de prevención de la contención mecánica en pacientes agitados psiquiátricos. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos APA PsycInfo, CINAHL Complete y MEDLINE mediante la plataforma EBSCOHOST en la que se encontraron 49 artículos de los cuales se seleccionaron 13 para la revisión. En este sentido, para hacer más coherente y comprensible la información encontrada en los artículos esta se dividió en 5 temáticas: el impacto de la desescalada verbal en el uso de técnicas coercitivas, las consecuencias de la formación en desescalada, características de la desescalada, barreras y facilitadores para llevar a cabo una desescalada efectiva, y, por último, la importancia de la enfermería en la desescalada.

El resultado principal de este trabajo constata, que la formación en desescalada verbal es clave para disminuir las contenciones mecánicas y otras intervenciones coercitivas, a la vez que aumenta la confianza, comodidad y potencian la seguridad y competencia del personal. La literatura resalta la necesidad de un abordaje multidisciplinar del paciente agitado o violento, incluyendo la validez de estrategias no verbales como la manipulación ambiental pasiva, y proporciona nociones sobre pautas, barreras y facilitadores para una desescalada efectiva. Aun así, para confirmar las conclusiones de esta investigación, se requieren estudios cuantitativos de calidad que exploren la relación entre desescalada y contención mecánica, además de la efectividad y las mejores técnicas de desescalada verbal.

Por otro lado, Aguilera et al., (2023), en España, realizaron un estudio titulado *Actitudes sobre el uso de contenciones mecánicas en servicios de hospitalización de salud mental: una encuesta española*, el cual tuvo como objetivo analizar las actitudes de los profesionales de los Servicios de Salud Mental de toda España, que están directa o indirectamente involucrados en el uso de contenciones mecánicas y las barreras percibidas para reducir su uso. El estudio fue bajo el enfoque cualitativo, descriptivo y transversal, se

aplicó una encuesta anónima en línea mediante Formularios de Google a 225 participantes, esta encuesta fue elaborada a partir de la revisión de la literatura e ítems adaptados de tres medidas: La Escala de Actitud del Personal hacia la Coerción (SACS), El Cuestionario de Experiencia de Aislamiento y Restricción (SREQ) y el Cuestionario de Actitudes hacia los Métodos de Contención (ACMQ) Además, se incluyeron dos ítems de respuesta corta para permitir a los encuestados responder abiertamente sobre las principales consecuencias negativas importantes y las barreras para reducir el uso de restricción mecánica.

Los resultados de este estudio revelan percepciones matizadas sobre la contención mecánica. En cuanto a la aceptabilidad percibida, una parte significativa del personal (21.33%) está totalmente de acuerdo en que su uso es necesario para la seguridad de usuarios y personal en situaciones peligrosas, y hay un alto nivel de acuerdo con que el marco legal profesional la respalda. Sin embargo, en las consecuencias negativas percibidas, la mayoría (60%) reconoce que la contención puede dañar la relación terapéutica y afectar la dignidad del usuario. Las respuestas abiertas también destacaron ampliamente las consecuencias emocionales negativas (39.11%) para el paciente. Respecto a las posibilidades de prevención, hay un fuerte consenso sobre la importancia de usar métodos alternativos y la necesidad de una comunicación empática con el usuario. Las principales barreras para reducir su uso incluyen la capacitación deficiente del personal (39%) y la falta de recursos/personal (34.7%), además de factores culturales y organizacionales. Finalmente, la participación en programas de prevención se asocia negativamente con la aceptabilidad de la contención, aunque esta relación fue marginalmente significativa.

Por su parte, Sanjuán, Pérez y Garcés (2023), en España, efectuaron una investigación sobre: *Medidas de contención y Derechos Humanos en el ámbito de la Salud Mental: una mirada desde el Trabajo Social*. Que tuvo como objetivo: conocer y analizar de manera integral los derechos humanos fundamentales y las consideraciones éticas pertinentes que se ven afectadas en la aplicación de las medidas de contención psiquiátricas, bajo una metodología cualitativa, de tipo descriptiva con dimensión temporal. La muestra en la encuesta de la población general ha sido de 80 personas comprendidas entre 16 y 65 años. Con respecto a la encuesta dirigida a los profesionales del ámbito de la Salud Mental, se ha obtenido una muestra total de 20 personas comprendidas entre 16 y 65 años ubicada en la Comunidad Autónoma de Aragón. Por último, en la encuesta dirigida a las personas con

diagnóstico de Salud Mental se consiguió una muestra total de 27 personas de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental.

Los tres grupos encuestados (profesionales, pacientes de salud mental y público general) coincidieron en la necesidad de las contenciones ante riesgos, pero también en el daño físico y psicológico que estas causan, especialmente resaltado por los pacientes. Se acordó que son beneficiosas solo en casos de gravedad extrema y que su uso continuado se debe, en parte, a la falta de personal y conciencia. Aunque se las percibe como preventivas de riesgos, su uso inadecuado puede tener peores consecuencias. Hay desinformación en el público general sobre el propósito y el impacto real de las contenciones, y los pacientes y el público coinciden en que el estigma influye en su uso. Finalmente, los tres grupos reconocen la vulneración de derechos, especialmente los pacientes (libertad de movimiento y expresión), y no ven posible la "contención cero" con los recursos actuales, aunque los pacientes son más optimistas con un mayor compromiso psiquiátrico.

Por otra parte, Celofiga, et al. (2022), en Eslovenia, realizaron una investigación que lleva por nombre: *Eficacia de la desescalada para reducir la agresión y la coerción en unidades psiquiátricas de agudos. Estudio aleatorizado por conglomerados*. El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de la desescalada verbal y no verbal en la incidencia y la gravedad de la agresión, así como el uso de contenciones físicas en unidades de psiquiatría aguda. Realizaron un estudio multicéntrico aleatorizado por conglomerados en las salas de agudos de todos los hospitales psiquiátricos de Eslovenia. La investigación se llevó a cabo en dos fases: un período basal de cinco meses consecutivos y un período de intervención de los mismos cinco meses consecutivos al año siguiente. La intervención se implementó después del período basal e incluyó capacitación en técnicas de desescalada verbal y no verbal para los equipos de personal de las salas experimentales.

Durante el período inicial del estudio, no hubo diferencias significativas en el comportamiento agresivo ni en las restricciones físicas entre los grupos experimental y control. Después de la intervención, las tasas de incidencia de eventos agresivos, eventos agresivos graves y restricciones físicas por cada 100 días de tratamiento disminuyeron significativamente. En comparación con el grupo control, el grupo experimental mostró una reducción del 73% en la tasa de eventos agresivos (IRR = 0,268) y un 86% en la tasa de eventos graves (IRR = 0,142). Durante la intervención, la tasa de restricciones físicas debidas a agresión en el grupo experimental se redujo al 30% de la tasa del grupo control (IRR =

0,304). No hubo reducción en las restricciones por motivos no relacionados con la agresión. Tras la intervención, se observó una disminución estadísticamente significativa en la gravedad de los incidentes agresivos ($p < 0,001$), aunque la duración media de los episodios de restricción no disminuyó.

En otro sentido, Rentala et al., (2021), en India, realizaron un estudio que lleva por título: *Conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras sobre el uso de restricciones en centros de atención de salud mental estatales: un impacto del programa de educación en servicio*. Su objetivo principal fue evaluar la efectividad de un programa de educación en servicio a corto plazo para mejorar el conocimiento, la actitud y las prácticas autoinformadas de las enfermeras relacionadas con el uso de restricción física. Dicho objetivo fue alcanzado mediante una metodología estudio cuasiexperimental con un diseño de prueba pre-post intervención educativa, la muestra estuvo compuesta por 52 enfermeras tituladas que trabajaban en un centro de atención de salud mental terciaria en Dharwad, India.

Se impartió formación intensiva en manejo de contenciones durante tres días consecutivos (un total de 6 horas, dos horas diarias), con una evaluación de seguimiento al mes. En cuanto a la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario estándar sobre conocimiento, actitud y práctica con respecto a las restricciones físicas desarrollada por Janelli et al (1994) en Estados Unidos, dicho instrumento consta de 37 ítems divididos en tres partes. La Parte (1) con 11 ítems trata el nivel de conocimiento de la enfermera hacia el uso de restricciones, seguido de la Parte (2) con 14 ítems que mide las prácticas de enfermería, finalmente la parte (3) con 12 ítems mide las actitudes de las enfermeras hacia el uso de restricciones. El programa se impartió a grupos de cinco a seis enfermeras a la vez. La enseñanza se realizó mediante conferencias magistrales, debates grupales y demostraciones.

Los hallazgos del estudio revelaron que las puntuaciones medias en el conocimiento sobre las restricciones físicas aumentaron después de la educación en servicio de 6,4 a 8,2 ($p < 0,001$). Las puntuaciones medias de actitud mejoraron de 18,5 a 23,1 ($p < 0,001$). Hubo una diferencia significativa en las puntuaciones medias de práctica entre las fases previas y posteriores a la intervención (23,7 frente a 25,4; $p < 0,001$). La conclusión de este estudio es que los resultados demuestran que la capacitación continua incrementa notablemente las puntuaciones de conocimiento, actitudes y prácticas del personal de enfermería respecto a las contenciones físicas. Por ello, se recomienda firmemente la participación regular del personal

sanitario en programas de formación sobre contenciones, priorizando la seguridad del paciente, métodos alternativos, cuidados específicos y aspectos éticos/legales.

A su vez, Pérez, et al., (2021), en Barcelona España, realizaron una investigación la cual lleva por título: *Relación entre el uso de la desescalada verbal y la restricción mecánica por parte de enfermeras en la atención de salud mental en pacientes hospitalizados agudos: un estudio retrospectivo*. El objetivo fue examinar la relación entre el uso de la desescalada verbal entre enfermeras y el perfil clínico de los pacientes que finalmente reciben contención mecánica en un centro de salud mental agudo. Se trata de un estudio retrospectivo, donde se calcularon las medias y frecuencias de todas las variables. Se realizaron análisis bivariados utilizando χ^2 , la prueba exacta de Fisher o la prueba t de Student para examinar las diferencias en las variables clínicas y sociodemográficas con el uso de la desescalada verbal.

El estudio se realizó en una unidad de salud mental de un hospital general de tercer nivel en Barcelona, utilizando datos de registros médicos informatizados desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2018. Se registraron 493 episodios de contención mecánica, con un 59,8% de casos en hombres. La edad media de los pacientes fue de 40,72 años, y el promedio de días desde la hospitalización hasta el episodio fue de 6,6. El diagnóstico más frecuente en los sujetos sometidos a restricción fue esquizofrenia o trastornos psicóticos (más del 40%, n=198). El motivo principal de la contención fue la agresión física contra otros o la agitación (52,1%, n=257). Más del 60% de los pacientes (n=300) habían requerido contención previamente, y el 42,4% (n=209) tenía antecedentes de abuso de sustancias. Casi el 80% de los casos (n=383) había recibido tratamiento farmacológico antes del episodio de inmovilización mecánica.

Por su parte, Tucker et al., (2020), en Australia, realizaron una investigación titulada: *Reconocimiento y manejo de la agitación en servicios de salud mental agudos: una evaluación cualitativa de las percepciones del personal*. El objetivo de la investigación fue explorar las experiencias de enfermeras de salud mental en el reconocimiento y manejo de la agitación en un entorno de salud mental hospitalaria y su adecuación a las mejores prácticas y la atención centrada en la persona. Se empleó una metodología de enfoque cualitativo, transversal y descriptivo. La población estuvo conformada por un total de 20 enfermeros clínicos (15 mujeres y 5 hombres) trabajadores de una unidad de salud mental para adultos, asignados a trabajar los días de la recolección de datos los cuales participaron en cuatro grupos focales con cinco participantes cada uno. En cuanto a la técnica utilizada fue aplicado

a través de entrevistas por los grupos focales, en la que se utilizaron seis preguntas para su discusión en un tiempo aproximado de 30 minutos, dicha información fue recopilada por grabación de audio y toma de notas sobre las interacciones del grupo.

Como resultado se obtuvieron dos temas principales: el reconocimiento de la agitación y su gestión, dentro de los cuales se generaron varios subtemas. Al respecto, los autores concluyen que el personal de enfermería realiza una evaluación individualizada de la agitación, integrando su experiencia clínica, los protocolos establecidos y la información proporcionada por el mismo paciente. Del mismo modo, para su manejo prevalece el enfoque personalizado y la implicación del paciente en algunas decisiones sobre su atención. Si bien el personal de enfermería destaca las estrategias de desescalada como principal elección en el manejo, también contemplan el uso de contención coercitiva y medicación bajo circunstancias específicas. En esencia, este enfoque de atención se alinea con los principios de enfermería centrada en la persona.

Los antecedentes citados previamente representan un aspecto fundamental para la propuesta planteada, ya que, los mismos introducen una amplia relación con el propósito de esta investigación, dirigido en proponer un protocolo de contención terapéutica para el personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos. De este modo, los precedentes sirven de aporte teórico y conceptual para la problemática de estudio, así como también se utilizaron como orientación en la construcción de las bases teóricas y el diseño del instrumento de recolección de datos, sumado a esto, el análisis de los resultados y las conclusiones de los mismos, permitirá obtener información significativa que contribuirá con la elaboración del análisis cualitativo en la interpretación de los resultados del presente estudio.

Bases Teóricas

Contención terapéutica

Del Olmo (2013), concibe el término contención terapéutica como los diversos procesos terapéuticos utilizados con la finalidad de superar situaciones de crisis en el paciente con enfermedad mental, lo que abarca un espectro de acciones que va desde la contención verbal y ambiental hasta la farmacológica y, en última instancia, la mecánica. En este sentido, la contención terapéutica en el ámbito de la salud mental se entiende como un conjunto de

estrategias de intervención diseñadas para el manejo de situaciones de agitación o crisis en pacientes, buscando garantizar su seguridad, la del personal y la de otros pacientes, mientras se mantiene un ambiente lo más terapéutico posible.

Así mismo, Campo y Campo (2017), señalan:

En el cuidado enfermero, se conoce como contención o acompañamiento terapéutico el procedimiento realizado con la finalidad de acoger, proteger y cuidar a una persona de las lesiones potenciales autoinfligidas o dirigidas a otros. Esta contención puede ser de tres tipos: verbal, farmacológica y física. La contención es una práctica utilizada en distintos servicios de hospitalización (Urgencias, Medicina Interna, Psiquiatría, Unidad de Cuidados Intensivos y Geriátrica), siempre que se busque proteger la integridad física del paciente y de quienes lo cuidan (p. 5).

De este modo, se enfatiza que la aplicación de estas medidas se hará priorizando la seguridad del paciente, así como de quienes le rodean y el mantenimiento de un entorno favorable para el cuidado, su propósito es ayudar al paciente a recuperar el control, no castigar, ni coartar su libertad de forma arbitraria, en base a esto, es importante destacar que, esta perspectiva se alinea con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), que promueve la reducción de la coerción, abogando por un manejo que priorice la desescalada, la dignidad y la autonomía del paciente siempre que sea posible, lo que intrínsecamente subraya el carácter terapéutico de un cuidado que busca minimizar el uso de medidas restrictivas.

Contención Verbal

Dentro de los diversos componentes que conforman la contención terapéutica, la contención verbal, también conocida como desescalada verbal, representa el conjunto de intervenciones de primera línea más estratégicas para el manejo del estado de agitación, periodo de crisis o ante conductas disruptivas. Al respecto, Bové et al., (2015), expresan “la contención verbal se basa en el control de un estado de agitación psicomotora, riesgo de caída o de huida mediante un discurso de unas características concretas tanto en la forma como en el contenido” (p. 25). Es por ello, que la eficacia de la contención verbal no radica simplemente en la expresión de palabras o cómo se dicen estas, se trata de un aspecto más amplio que busca confrontar la conducta de la persona y empatizar con ella a través de un

tono tranquilo y pausado, lo cual es fundamental para establecer un puente de conexión con el paciente. De este modo, las medidas que se utilizan en la contención verbal buscan “enfriar la situación” disminuir la ansiedad, hostilidad y agresividad, previniendo, a su vez, posibles reacciones violentas. (Baldaçara et al., 2019).

En este orden de ideas, Osorio et al., (2022), mencionan que la meta de estas intervenciones se enfoca en:

Restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos y emociones, y la implantación de límites de conducta claros. Es una medida terapéutica útil, en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total, para afrontar adecuadamente situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil (p. 176).

En este contexto, el personal de enfermería debe generar en el paciente una sensación de compromiso y bienestar con el objetivo de establecer una buena relación basada en la confianza y respeto, logrando abordar o controlar el estado de agitación, teniendo en cuenta que se debe empezar a través de este abordaje. La contención verbal o desescalada verbal supone una práctica efectiva que no solo contribuye a mantener la seguridad del paciente y del entorno, sino que también fortalece el vínculo terapéutico y preserva la dignidad del mismo, de igual manera, promueve la recuperación del control y la autonomía reduciendo así, la necesidad de intervenciones más restrictivas y validando su papel como el componente inicial, convirtiéndolo en un pilar fundamental de cualquier protocolo de contención terapéutica.

Ahora bien, una vez comprendido este concepto y la importancia del mismo como estrategia de primera línea, es crucial desglosar los elementos que la componen. De esta manera, dentro de los principales aspectos a tener en cuenta en la contención verbal para su aplicación efectiva y sistemática, destacan los siguientes indicadores que guían la actuación del personal de enfermería:

Signos de Alarma.

Para lograr una correcta contención verbal es imperativo reconocer como primera línea de acción, la identificación de los signos de alarma que indican la necesidad de estas

intervenciones, estos indicadores se manifiestan principalmente a través de la agitación psicomotriz, un estado que requiere la pronta y precisa atención del personal de enfermería.

Al respecto, Osorio et al., (2022), expresan:

La agitación psicomotriz, no es una enfermedad sino un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas que organizados llevan a un cuadro clínico que no tiene una sola etiología, sino que puede producirse en diferentes entidades nosológicas. Es poco común en la población general pero frecuente entre las personas con patologías mentales o trastornos de la conducta (p. 165).

En este sentido, Mavrogiorgou y Juckel, (2015, como se citó en Osorio et al., 2022), señalan que la agitación psicomotriz se caracteriza por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora que va desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin intención clara, generalmente acompañados de alteraciones de la esfera emocional. Por su parte, Luchowski et al., (2022), mencionan que los pacientes en estado de agitación presentan una mayor capacidad de respuesta a estímulos internos y externos, lo que suele ir acompañado de tensión mental o alteración de la función cognitiva.

Por tanto, la comprensión de estas características es vital para que el personal de enfermería en salud mental pueda identificar precozmente los signos de agitación. En relación a esto, Rioseco (2021), destaca las principales señales de alarma, que por lo general preceden a la agitación:

- Discurso hostil o suspicaz, volumen progresivamente alto.
- Invasión del espacio personal del entrevistador.
- Cambio súbito de conducta.
- Intranquilidad.
- Labilidad emocional.
- Ceño fruncido, labios apretados, manos en puño, brazos en jarra.
- Hiperventilación.
- Contacto visual fijo, prolongado o impertinente.
- Palidez / rubicundez

Por otra parte, según Vieta et al., (2017, como se citó en Pompili et al., 2021), mencionan que los primeros signos que se producen en la agitación, generan cambios en los siguientes tres dominios:

- Conductual: actividad verbal o motora inapropiada, irritabilidad, deterioro del autocontrol, reducción de la cooperación, deambular sin rumbo, quejas.
- Cognitivo: desorientación temporal/espacial, disminución de la atención, delirio/alucinación, negativa a comunicarse.
- Físicos: debilidad, cefalea, signos autonómicos como taquicardia, disnea, sudoración, temblor, tensión muscular.

Dominios de la Contención Verbal.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se puede percibir que la agitación comprende una amplia variedad de signos y síntomas de intensidad fluctuante, la contención verbal actúa como la primera intervención buscando desescalar la sintomatología y comportamientos disruptivos del paciente que no está dispuesto a colaborar. Se ha demostrado que la desescalada verbal aminora la agitación y el riesgo de que aumenten los síntomas, así como también reduce la necesidad de medidas coercitivas. (Vieta et al., 2017).

De esta manera, es imperante destacar que, diversos autores han tratado de estandarizar las técnicas de desescalada verbal, no obstante, hoy en día una de las herramientas estandarizadas mayormente empleadas, fue la planteada por Richmond et al. (2012), quienes proponen los “Diez dominios” del proyecto BETA (Buenas Prácticas en Evaluación y Tratamiento de la Agitación) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría de Emergencia, como decálogo de desescalada en el manejo de la agitación aguda, orientada a conseguir la cooperación del paciente. Este grupo estima que las técnicas de desescalada empleadas para retornar a un paciente agitado a un estado de calma, deberían constar aproximadamente de 5-10 minutos. Estos dominios no solo proporcionan una estructura sólida para la intervención en la agitación, sino que también guían a los profesionales de la salud en la aplicación de un cuidado compasivo y preventivo, buscando siempre la mínima restricción.

Dominio I: Respeto al espacio personal. Mantener una distancia física apropiada es un elemento crucial del contacto seguro no amenazante. Para que el diálogo fluya es

importante que el personal que aborda al paciente proporcione “seguridad, una relación de confianza y brindar espacio y tiempo para la conversación” (Valverde e Inchauspe, 2017). Inadir el espacio personal del paciente con agitación puede considerarse como una amenaza y propiciar una reacción que ponga en riesgo al profesional que realiza la desescalada. Por ello, se debe mantener un margen de seguridad, a menudo descrito como dos brazos de distancia, y evitar una posición directamente frontal, son claves para transmitir una actitud no confrontacional, además permite reaccionar y apartarse en caso de ser necesario ante posibles situaciones agresivas.

Dominio II: No ser provocativo. Para abordar correctamente las situaciones de agitación es imprescindible mostrar una actitud abierta, firme, tranquila y comprensiva, que transmita sensación de seguridad en el control de las circunstancias y voluntad de ayuda (López et al., 2011). Se debe cuidar especialmente la comunicación no verbal, por tanto, se debe evitar el lenguaje corporal cerrado, como cruzar los brazos o darse la vuelta, ya que podría transmitir desinterés. En este sentido, Osorio et al., (2022), añaden que “Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos” (p. 178). Asimismo, referente al contacto visual, señalan “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” (p. 178).

Dominio III: Establecer contacto verbal. Este aspecto es importante que se lleve a cabo solo por uno de los profesionales del equipo de atención, particularmente por aquella persona que posea mayor experiencia en el manejo de las acciones de desescalada, durante la interacción se evitarán las interrupciones por parte del resto del personal, únicamente si el primer profesional fracasa en la desescalada, este se retirará y será sustituido por otro.” (Marín et al., 2017). Iniciar y mantener un contacto verbal adecuado requiere hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro, y no de forma intimidatoria o provocativa, evitando elevar el tono de voz. Cabe resaltar que, en los casos que se desconoce al paciente, es esencial que el profesional se presente, proporcionando orientación y seguridad sobre la situación, abriendo de esta manera un canal de comunicación que permita comprender y abordar su malestar.

Dominio IV: Ser conciso. Establecer una comunicación efectiva con el paciente exige ser conciso, en este sentido, se debe tener en cuenta lo mencionado por Marín et al., (2017),

quienes resaltan que la persona que se encuentra agitada por lo general, presenta fluctuaciones en la atención y puede presentar dificultad en asimilar los conceptos que se le transmiten, por ello, los mensajes deben ser breves, claros y directos, evitando términos incomprensibles o explicaciones extensas que puedan confundir o frustrar al paciente. Por lo tanto, hay que dar un tiempo prudencial para que el paciente procese dicha información y pueda responder adecuadamente. Se recomienda que se repita persistentemente el mensaje hasta que el paciente lo haya captado.

Dominio V: Identificar necesidades y sentimientos. En este aspecto se debe valorar al paciente y reconocer sus preocupaciones, así como validar las emociones subyacentes a la agitación (miedo, frustración, ira) estas acciones le comunican que su experiencia es comprendida y tomada en serio. Con relación a esto, Price y Baker (2012), coinciden que se debe reconocer la expresión de la ira, siempre que el paciente pueda hacerlo sin dañarse a él y a los demás. Sin embargo, Price et al., (2018), adoptan una postura distinta, afirmando que hay que inhibir las respuestas como la ira o la ansiedad. De esta manera, se puede interpretar que en algunos casos será imprescindible una gestión más activa para evitar que estas emociones se desborden y se conviertan en una conducta de riesgo, este aspecto subraya la complejidad de la contención verbal y la necesidad de poseer habilidades para lograr una transición hacia la calma y cooperación del paciente.

En este contexto, la comprensión empática puede disolver significativamente la tensión. Se entiende que la empatía es la capacidad de ponerse en la situación del paciente para comprender lo que expresa y experimenta (Beltrán, 2015, como se citó en Trapero, 2017). Por lo tanto, no solo se trata de entender sus palabras sino los sentimientos y emociones que hay detrás de ellas. Es una de las mejores herramientas para transmitir apoyo y permitir que el paciente se desahogue.

Dominio VI: Escuchar atentamente lo que dice el paciente. El paciente necesita ser escuchado y sentir que es comprendido, es por ello que, el personal de enfermería debe aplicar una escucha activa y transmitir por medio del lenguaje corporal que le presta atención plena, no solo a las palabras, sino también a las emociones y al significado implícito en lo que expresa el paciente. En relación a esto, Cibanal y Sánchez (2002, como se citó en Trapero, 2017), recalca que el hecho del paciente percibir que está siendo escuchado y comprendido por la otra persona “promueve un sentimiento de cercanía y confianza hacia ella y aumenta la reciprocidad para que el paciente escuche al profesional posteriormente” (p. 26).

En el paciente agitado, aunado a la escucha activa se recomienda utilizar la “ley de Miller” este precepto indica, que para lograr entender lo que sucede con la otra persona hay que asumir que lo que dice es cierto y procurar visualizar su realidad. Esto genera interés y confianza y a su vez disminuirá el grado de agitación. Posteriormente a ello, es ineludible discernir qué parte de lo que dice el paciente es verdad.

Dominio VII: Mostrar acuerdo o acuerdo en el desacuerdo. Este dominio estratégico busca minimizar la confrontación directa. Implica encontrar puntos de acuerdo con la perspectiva del paciente cuando sea posible. Richmond et al., (2012), proponen tres formas de abordar el acuerdo que validan la emoción del paciente sin necesariamente validar la distorsión cognitiva:

- Estar de acuerdo con la verdad: Esta aproximación se emplea cuando la causa de la agitación del paciente se basa en un hecho objetivo y verificable. El profesional valida directamente la realidad de la situación que genera malestar.
- Estar de acuerdo en un principio: Esta estrategia es particularmente valiosa cuando la agitación del paciente se asocia con percepciones distorsionadas o ideas delirantes, impidiendo una validación completa de su narrativa. En tales casos, el profesional debe validar la emoción subyacente o un principio ético universal, en lugar de confrontar directamente el contenido no verídico. Esto crea un punto de conexión sin reforzar la distorsión.
- Estar de acuerdo con las probabilidades: Esta estrategia es efectiva cuando la agitación del paciente se debe a una reacción que, aunque intensa, es humanamente comprensible para cualquier persona en circunstancias similares, independientemente de la gravedad objetiva de la situación. El profesional valida el derecho del paciente a sentirse de cierta manera, normalizando su respuesta emocional.

En situaciones donde las formas de acuerdo no han sido efectivas, es crucial comunicar que es válido tener opiniones diferentes y que ambas perspectivas son igualmente respetables. En caso de encontrarse totalmente en desacuerdo con el paciente, hay que aceptarlo teniendo en cuenta que no hay que mentir ni ofrecer falsas esperanzas.

Dominio VIII: Establecer la ley y límites claro. Para la seguridad del paciente y del entorno es fundamental establecer límites claros y consistentes, es importante que el paciente comprenda las expectativas de comportamiento, reconozca qué acciones son aceptables

dentro del entorno terapéutico o de cuidado y las consecuencias de las conductas agresivas o inaceptables, estas deben comunicarse de forma firme pero no punitiva o arbitrariamente. Al respecto, Osorio et al., (2022), señalan que “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” (p. 179). Aunado a ello, estos límites deben ser razonables y establecerse con respeto hacia la dignidad del paciente, fomentando así la aceptación y la cooperación.

Dominio IX: Ofrecer opciones y optimismo. Cuando sea factible, se debe ofrecer opciones realistas al paciente y transmitir un mensaje de optimismo sobre la posibilidad de resolver la situación. Permitirle al paciente un grado de control o elección sobre ciertas decisiones puede empoderar y reducir su resistencia. Visto de esta forma, lo primordial en este aspecto para Osorio et al., (2022), es “proponer la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo” (p. 179). De igual manera, se pueden considerar emplear medidas de distracción como “actividades que disminuyan la respuesta agresiva (llamar por teléfono, caminar,...)” (Jérez et al., 2017). Cabe destacar, que aquello que se le ofrezca al paciente tendrá que hacerse con total honestidad, nunca engañar con opciones que luego no podrán cumplirse.

Dominio X: Informar al paciente y al personal. Finalmente, la transparencia es clave. Informar al paciente sobre lo que se va a hacer, por qué y cómo, es fundamental y ayuda a reducir la incertidumbre y el miedo, factores que pueden exacerbar la agitación. Por otra parte, en el caso que haya sido necesario aplicar cualquier intervención involuntaria, luego de esta es indispensable restablecer la relación terapéutica y expresar al paciente por qué era necesaria la intervención. De la misma forma, es importante explicar al personal lo que está ocurriendo o ha ocurrido, lo cual garantiza que todos estén coordinados y comprendan su rol en la intervención (Roppolo et al., 2020). Seguidamente, cuando el paciente haya recuperado su tranquilidad se podrá trabajar en conjunto para reconocer y tratar aquello que originó dicha agitación.

Contención Farmacológica

Para Viñales et al., (2021), en el Protocolo de contención de usuario con agitación psicomotora (2021), la definen como:

Mecanismo de contención que consiste en la administración de psicofármacos que provocan en el paciente una sedación superficial con el objetivo de abordar un episodio de agitación psicomotora cuando los mecanismos de contención previos (ambiental y verbal) fueron ineficaces o insuficientes frente al cuadro de agitación del paciente (p.18-19).

Igualmente, Marco et al., (2019), mencionan “es un procedimiento químico de tipo invasivo, que contempla administrar una sustancia en el cuerpo de la persona agitada o alterada por crisis emocionales para garantizar su propia seguridad o la de los demás” (p.22). Ante lo expuesto, se debe tomar en consideración lo señalado por Marín et al., (2017), “se debe hacer de forma paulatina y estratégica, reduciendo las alternativas a la toma de medicación conforme aparezcan negativas por parte del paciente” (p. 7). Teniendo en cuenta que esta se usará con el objetivo de calmar al paciente más no de sedar.

Lo anteriormente descrito es reafirmado por Megias et al., (2016), al comentar que:

La contención farmacológica se define como la aplicación de psicofármacos que provocan en el paciente una sedación superficial con el objetivo de abordar una agitación psicomotriz. Su uso queda localizado en el momento en que la contención verbal no es eficaz o suficiente frente a la conducta agitada del paciente. Se trata de tranquilizar al paciente cuanto antes, con el fin de evitar que se lesione a sí mismo, a las personas que le rodean o al entorno. Debe utilizarse la menor dosis posible que permita tranquilizar al paciente lo suficiente para disminuir el riesgo de daño, pero sin que pierda la conciencia. La vía de administración de los fármacos dependerá de la colaboración del paciente y de la intensidad de la agitación, pero siempre que sea posible se ha de optar por la vía oral o inhalatoria, debido a que la vía parenteral puede tener ciertas dificultades, como la absorción errática del fármaco (intramuscular) o la intensidad excesivamente elevada de acción (intravenosa) (p.9).

Cabe recalcar que, la aplicación de esta medida exige el cumplimiento de indicaciones específicas, tal como se estipula en el Protocolo de Contención de Usuario con Agitación Psicomotriz (2021). Dichas indicaciones, comprenden a pacientes con agitación psicomotora moderada en los que las contenciones previas (ambientales y verbales) resultaron insuficientes, así como a pacientes con patología psiquiátrica descompensada que cursen con

aumento progresivo de los signos de alarma. Dentro de los principales aspectos a tener en cuenta al momento de realizar la contención farmacológica se encuentran:

Prescripción Médica /Indicación.

En este escenario, el personal de enfermería debe realizar una valoración exhaustiva, considerando el nivel de agitación, el diagnóstico del paciente, cualquier condición médica subyacente y la prescripción existente de los medicamentos, para poder aplicar el fármaco correspondiente en caso de ser necesario (SOS). Esto se alinea con la noción que describe Megias et al., (2016):

Toda medicación que se administre al paciente agitado debe estar prescrita por su médico. Si la prescripción se hace de forma telefónica, se aplicarán los protocolos de órdenes verbales existentes en el centro y se pautará por escrito en cuanto sea posible. (p.9).

De esta manera, es importante reconocer, que la prescripción de un medicamento es un acto que integra aspectos científicos, éticos y legales, puesto que, el médico autoriza el uso de un producto (biológico, químico o natural) diseñado para modificar las funciones bioquímicas y biológicas del paciente para conseguir un efecto terapéutico en él. (Ramírez, 2024). Por tanto, el personal de enfermería debe asegurarse de verificar la indicación médica previa a su actuación, ya que esto le permite tener una acción crítica que salvaguarde la vida del paciente, protegerse legalmente como profesional y asegurar la calidad y ética de la atención de salud.

Preparación de Tratamiento.

Según lo expresado en la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria (2014), la preparación de medicamentos abarca varias acciones clave, como ajustar las dosis, fraccionar unidades existentes y reconstituir productos para que estén listos para su uso.

Es importante resaltar que, no existe un consenso formal sobre el tratamiento farmacológico para el manejo de la agitación, según lo señalado por Benedicto et al., (2010), en el protocolo de contención de movimientos de pacientes. Esto, a causa de la ausencia de ensayos clínicos diseñados específicamente para evaluar la eficacia de los diversos fármacos

en esta condición. Por lo tanto, las prácticas actuales se apoyan mayoritariamente en la experiencia clínica, lo que ha resultado en una amplia gama de enfoques terapéuticos, incluyendo el uso de dosis que en ocasiones exceden las recomendaciones oficiales.

Dada esta situación, se han establecido recomendaciones generales para guiar el manejo y preparación farmacológica de la agitación:

- Selección del fármaco: Debe ser individualizada, considerando la eficacia sedativa, la farmacocinética y la seguridad del medicamento. Priorizando aquellos fármacos con un inicio de acción rápido, una duración de acción corta, sin metabolitos activos, y con mínimos efectos secundarios, escasas interacciones farmacológicas y pocas contraindicaciones. Se prefiere la monoterapia para minimizar riesgos.
- Dosis: Se debe administrar la dosis mínima eficaz necesaria para tranquilizar al paciente y reducir el riesgo de lesiones, sin comprometer su nivel de conciencia.
- Duración: No existe evidencia definitiva sobre la duración óptima del tratamiento. La recomendación es reducir la dosis o suspender el fármaco una vez que el paciente se ha estabilizado.
- Vía de Administración: La vía oral es la opción idónea en casos menos graves. Si esta vía no es factible, se opta por la vía intramuscular. La vía intravenosa sólo debe emplearse de manera excepcional y con extrema precaución, siempre bajo estricta supervisión y monitorización del paciente.

Valoración de la Conciencia.

Los psicofármacos, son medicamentos utilizados para tratar trastornos emocionales, psicológicos y psiquiátricos. Al respecto, Porto y Merino (2013, como se citó en Calero et al., 2021), definen los psicofármacos como “una sustancia química que ejerce una cierta influencia en los procesos de la mente. Estos agentes inciden en el Sistema Nervioso Central (SNC) y pueden modificar desde la conciencia hasta la conducta, pasando por la percepción” (p.17).

Por ende, después de administrar un psicofármaco "SOS" a un paciente agitado, es necesario valorar su nivel de conciencia. Esta observación, permite detectar rápidamente efectos adversos como sedación excesiva o depresión respiratoria, lo cual es vital para la

seguridad del paciente. Aunado, contribuye a confirmar la eficacia del tratamiento y a identificar si la agitación se ha resuelto adecuadamente.

Monitorización de Signos Vitales.

Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados (Acosta, 2019).

Para esta investigación, la monitorización de los signos vitales luego de la administración de medicamentos, se define como la observación y registro continuo de las funciones fisiológicas básicas del paciente (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno) después de la medicación. Este proceso crítico permite la detección temprana de cualquier reacción adversa o efecto secundario, la evaluación de la eficacia terapéutica del fármaco y la prevención de complicaciones derivadas de una dosificación inadecuada o respuestas individuales inesperadas.

Es de resaltar, que la importancia de esta intervención, radica en que estos medicamentos actúan directamente sobre el SNC y, en consecuencia, pueden tener efectos sistémicos significativos que alteran el equilibrio fisiológico del paciente, ya sea sobre estimulando o deprimiendo el SNC, lo cual puede ser verificado por el personal de enfermería a través de la monitorización de los signos vitales.

Educación al Paciente.

Es crucial informar y educar al paciente, familiar o acompañante sobre los medicamentos que se le administró al paciente, esta intervención es fundamental para obtener la colaboración en la administración del mismo. (Siguenza, 2022). De allí que, una comunicación abierta y clara no solo reduce la ansiedad y el estigma asociados a la medicación psiquiátrica, sino que también fomenta un ambiente de confianza y apoyo esencial para optimizar los resultados terapéuticos.

Registro de Enfermería.

Otro punto relevante durante el procedimiento, es el registro que debe ser realizado por el profesional de enfermería, según la (Ley 911 de 2004 Congreso de Colombia en su Artículo 35, así como se citó en Bautista, 2015) entiende por registro de enfermería:

Los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad (p.5).

A su vez, para Ruiz (2005, como se citó en Martín, 2020), los registros de enfermería son definidos como “un soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución” (p.1).

Asimismo, Herrero (2020), menciona que:

Registrar es una actividad independiente de enfermería y se enmarca dentro de las funciones propias de la profesión: asistencia, docencia, investigación y gestión. Los registros de enfermería implican seguir un método ordenado de trabajo, que tiene como pilares las necesidades y problemas del paciente, y está encaminado a la promoción de la salud y recuperación de la enfermedad (p.1).

Igualmente, afirma que “los registros de enfermería se encuentran integrados dentro de la historia clínica del paciente. Actualmente, la Historia Clínica es el documento médico – legal por excelencia, por lo que registrar constituye en nuestra profesión una obligación legal, ética y profesional” (p.4).

De esta forma, se puede reconocer la relevancia que implica el registro meticuloso de la medicación "SOS" (si es necesario) en la hoja de tratamiento, de la dosis, vía, hora y nombre del fármaco administrado, puesto que, con ello, se previene sobredosis y se facilita el seguimiento del tratamiento. Así como también, es fundamental anotar su justificación en la evolución de enfermería, escribiendo el comportamiento del paciente, las medidas no farmacológicas previas y la respuesta a la medicación. ya que estos son pasos críticos que

permiten una atención segura y eficaz en el manejo del paciente con agitación, sin dejar de lado que dicha documentación cumple con estándares legales y éticos, y provee información crucial para ajustar el plan de cuidados y asegurar la continuidad asistencial.

Contención Física

El uso de esta medida, aunque sea habitual en la práctica clínica, no está exento de controversias e indefiniciones por falta de normalización, lo que conlleva riesgos principalmente para los pacientes y también por inseguridad, para el propio personal sanitario. Conciliar el máximo respeto hacia la dignidad e individualidad del paciente durante esta práctica asistencial y dar la mejor atención posible, dentro de la excelencia, en un marco de seguridad profesional, deberían ser los objetivos de cualquier esfuerzo en este sentido.

Es necesario realizar una distinción entre los siguientes términos. Según la Real Academia Española (2019), define los siguientes:

- Contener: reprimir o sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo.
- Sujetar: Unión con que algo está sujeto de modo que no puede separarse, dividirse o inclinarse.
- Restricción: acción y efecto de restringir.

Según esto, sujetar hace referencia a un ámbito no atribuible a la práctica clínica de Enfermería, mientras que, la contención es la acción de contener. De allí que, el mencionado término puede ser usado desde un aspecto más amplio que el de sujeción y no solo hacer referencia a un dispositivo usado para unir o no al cuerpo. Por otra parte, la restricción es interpretada como una medida que imposibilita el desplazamiento autónomo de la persona y con ello la toma de decisiones. Aunque los términos puedan tener matices diferentes en otros contextos, en los servicios de salud mental a menudo se usan indistintamente para referirse a la restricción de la libertad de movimiento de los pacientes. Sin embargo, para los propósitos de esta investigación, se aplicará consistentemente el término "Contención Física".

Según la OMS (como se citó en la Guía de procedimientos para la Contención Física de Usuarios en Salud Mental en situaciones de Urgencia y/o Emergencias, 2021), la contención física debe entenderse, como:

Métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos (p.2).

Asimismo, señala que el objetivo primordial es prevenir que se ponga en riesgo la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes o el propio personal sanitario e incluso las instalaciones del centro). Por tanto, en pro de lograr el objetivo, se limita con procedimientos mecánicos, los movimientos de una parte o de todo el cuerpo del paciente.

En el mismo orden de ideas, Rioseco (2021), señala que la contención física corresponde a el último “Recurso terapéutico utilizado en situaciones extremas tales como agitación psicomotora...Consiste en la limitación y/o privación de la posibilidad de movimiento y/o desplazamiento físico de la persona afectada, con técnicas especiales o elementos mecánicos como muñequeras, tobilleras, cinturones, entre otros” (p. 9). Es importante señalar, que dentro del procedimiento de contención física hay que tener en cuenta los siguientes elementos:

Agotamiento de otras Medidas.

Para Carmona (2021), la contención física constituye “Un procedimiento asistencial altamente restrictivo y coercitivo para los pacientes, que debe regirse por el principio de la excepcionalidad” (p. 19). Por tal razón, este procedimiento sólo ha de ser usado “como último recurso cuando las otras estrategias han fallado” (Osorio et al., 2022, p. 180). De esta manera, la realización de la contención física debe limitarse a las situaciones en las que se han agotado todas las posibles vías de contención: ambiental, verbal y farmacológica.

Desde esta perspectiva, es importante recalcar que la aplicación de la contención física, no representa una estrategia de primera elección, puesto que requiere ser una intervención basada en la consideración de ciertos criterios clínicos y éticos. Si bien es cierto, existen casos excepcionales donde esta medida es empleada como la mejor forma de actuación inmediata para mitigar el riesgo inherente a pacientes con conductas agresivas que pueden amenazar la seguridad inmediata de sí mismo y quienes le rodean, es crucial entender que en la mayoría de los casos siempre será aplicada, solo cuando se hayan agotado todas las

medidas previas menos restrictivas con la implementación de estrategias como la desescalada verbal y las intervenciones farmacológicas si es necesario.

Aun así, se reconoce su capacidad para salvaguardar la integridad física en momentos de crisis aguda; sin embargo, su naturaleza propiamente restrictiva exige que sea considerada siempre como el último recurso terapéutico disponible. Esta progresión ordenada no sólo respeta el principio de mínima restricción, sino que también destaca el compromiso profesional con el bienestar y la dignidad del individuo, buscando el control de la crisis a través de los medios menos invasivos posibles y siempre en beneficio del paciente.

Prescripción Médica.

La aplicación de la contención física debe estar siempre respaldada por una prescripción médica clara y detallada, por lo tanto, la decisión de este procedimiento será tomada y registrada en la historia clínica por “El psiquiatra responsable del caso o, en su defecto, por el médico general” (Osorio et al., 2022, p. 181). Sin embargo, es crucial reconocer que, si bien la orden médica provee el marco legal y clínico, el personal de enfermería posee la autonomía y el criterio profesional para tomar la decisión oportuna sobre el momento preciso y la necesidad inmediata de su aplicación, especialmente en situaciones de emergencia inminente donde la seguridad del paciente o de otros está en riesgo. (López et al., 2016). Esta capacidad de discernimiento de enfermería es indispensable para una respuesta rápida y efectiva, debiendo la prescripción formalizarse de forma expedita inmediatamente después de la aplicación si las circunstancias lo ameritan, garantizando así la supervisión clínica y la responsabilidad profesional.

En este contexto, según Jérez et al., (2017), la contención física es indicada por el profesional médico para:

- Prevención de daños o lesiones inminentes al/a la paciente cuando otros medios de contención (ambiental, verbal o farmacológica) han resultado ineficaces.
- Prevención de daños al entorno (familia, otros pacientes, profesionales, instalaciones...).
- Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del/de la paciente u otros enfermos/as (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.).

- Si lo solicita voluntariamente el/la paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica.
- Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado y consensuado.

Preparación del Entorno.

Para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante la contención el personal de enfermería deberá previamente preparar la habitación. El espacio ideal según Osorio et al. (2022), “deberá ser un cuarto restringido exclusivamente para el paciente” (p. 185). En relación a ello, Ambros et al., (2010, como se citó en Trapero, 2017) añade que esta intervención deberá realizarse en:

Una habitación tranquila, con buena iluminación, buena ventilación y libre de objetos peligrosos. Ha de ser individual para preservar la intimidad del paciente y preferentemente estar próxima al control de enfermería. Es necesario asegurar la privacidad del paciente evitando la expectación de personas ajenas (p. 15).

Lo mencionado, resalta la importancia de un entorno no solo seguro físicamente, sino también terapéutico, que respete la dignidad y la privacidad del paciente, y permita una supervisión constante por parte del equipo de enfermería.

Por su parte, el Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria y Grupo de Trabajo en Contención de Movimientos de Pacientes (2010), resalta que, para garantizar la seguridad del paciente hay que retirar y alejar los objetos que porte y que puedan ser peligrosos como cinturones, pendientes, relojes, cadenas o encendedores. Adicionalmente, el personal que va a llevar a cabo la contención, también debe desprenderse de objetos que puedan dañar o resultar peligrosos como tijeras, agujas, pinzas, estetoscopios y utilizar guantes. Al realizar estas acciones, se reduce significativamente la probabilidad de incidentes y se crea un entorno más controlado, validando el compromiso con la integridad física de todos los involucrados durante el procedimiento.

Además de ello, se aconseja que regularmente se compruebe la disponibilidad de material homologado de acuerdo con los estándares de calidad asistencial (Artal et al., 2020).

Explicación al Paciente.

Siempre que la condición clínica del paciente lo permita, previamente a la aplicación de la contención se tendrá que explicar al paciente el motivo por el cual se llevará a cabo el procedimiento y cuáles son las opciones terapéuticas, siendo breve, pero a su vez permitiendo una posible colaboración por parte del mismo (Osorio et al., 2022). De esta manera, al informar al paciente sobre el propósito de la intervención y las alternativas consideradas, se busca no solo reducir su incertidumbre, sino también validar su autonomía en la medida de lo posible, permitiendo una relación terapéutica más sólida.

Aunque el paciente esté agitado, esta comunicación reduce el miedo, la confusión, y la sensación de castigo, con respecto a este último punto es importante aclararle al paciente que no se trata de un castigo, sino de una medida terapéutica que, aunque es restrictiva pretende mantener en una posición de seguridad. (Vieta, 2017). Así, al enfatizar su finalidad protectora se transforma la percepción de la contención de un castigo a un acto de cuidado, de esta forma se busca mitigar el impacto emocional negativo y fomentar una comprensión que favorezca la cooperación, incluso cuando el paciente se encuentra en un estado de vulnerabilidad y desorientación, garantizando que el fin último sea siempre su bienestar.

Secuencia de Intervenciones de la Contención Física.

El Protocolo de actuación en personas hospitalizadas con necesidades de contención (2020), establece crucial que, al iniciar una contención física, el personal actúe con firmeza y de manera protectora, evitando reaccionar de una forma autoritaria, provocativa o agresiva. Los principios de profesionalismo y respeto hacia los derechos de la persona atendida serán los que guíen la intervención del profesional. Al decidirse la sujeción, la misma debe efectuarse inmediatamente y sin interrupciones.

Si bien, al abordar esta medida se debe evitar conversar con el paciente, a excepción que el líder del procedimiento lo haga, solo con fines de explicar el motivo de la medida e intentar lograr su cooperación, en caso de no tener la colaboración del paciente, se procede a reducir y trasladarlo a una habitación cercana del puesto de enfermería, para finalmente aplicar la contención.

Dicho proceso de reducción y traslado varía según el nivel de cooperación del paciente, si este contribuye a su traslado dos personas del equipo serán suficientes para

acompañarlo a su habitación, sujetándolo firmemente por las axilas (empujando hacia arriba) y por la muñeca (tirando hacia abajo). En caso contrario de no existir el apoyo del usuario, la reducción se lleva a cabo en compañía de 4 o 5 personas, de preferencia cuando el paciente esté distraído, se realiza una caída controlada al suelo, para que cada miembro del equipo pueda inmovilizar cada una de las extremidades, las superiores a nivel de los hombros y antebrazos y las inferiores por encima de las rodillas y tobillos, y el quinto miembro controlara la cabeza del paciente, seguidamente proceden al traslado, para ello, los que sostienen las piernas deben sujetarlas a la altura de las rodillas y los que sujetan los brazos alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros, esto con el fin de que el traslado sea seguro, previniendo golpes en el paciente o los profesionales, se debe tomar en cuenta no forzar las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.

Seguidamente, se posiciona en decúbito supino al paciente en la cama, la cual debe estar frenada, y se inicia la inmovilización con los dispositivos de la contención en el siguiente orden:

Colocación del Cinturón Abdominal:

- Se acuesta al paciente sobre el dispositivo ya instaurado en la cama.
- Se coloca el cinturón abdominal alrededor del paciente y abotonado a la altura de la cintura.
- Las cintas de este cinturón deben sujetarse al bastidor de la cama, nunca a las barandillas.
- Para mayor seguridad, se pueden añadir las cintas laterales o anti-vuelco.

Sujeción de las Extremidades

- Posteriormente, se colocan las sujeciones en las cuatro extremidades de forma diagonal (por ejemplo, miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo, o viceversa).
- Las piernas se sujetan extendidas y ligeramente abiertas, asegurando los tobillos a las tiras de contención y se fijan al cinturón estrecho mediante sus tiras centrales.
- Los brazos se sujetan por la muñeca con las tiras correspondientes, manteniéndolos extendidos a lo largo del cuerpo y ligeramente separados.

- Es crucial no forzar las articulaciones del paciente y evitar colocar rodillas o codos sobre cualquier parte del cuerpo que se quiera inmovilizar.
- Se debe intentar alejar la cabeza del paciente de esquinas o ángulos para prevenir autolesiones.

Consideraciones Post-Instauración

- Una vez aplicada la sujeción, se eleva el cabecero de la cama a 30-45° para facilitar la respiración y minimizar el riesgo de broncoaspiración.
- Se deben comprobar y revisar todos los anclajes y se prestará especial atención al uso de imanes al abrir o cerrar los botones magnéticos.
- Al finalizar la contención el personal se retirará de la habitación de forma progresiva y en silencio, siendo los últimos en salir los que están junto a las piernas.

Cuidados de Enfermería Durante la Contención.

Durante el periodo de contención física, los cuidados de enfermería son continuos y multidimensionales, enfocados en salvaguardar la integridad física y psicológica del paciente, esencial para mitigar los riesgos inherentes a la restricción. Estos cuidados se extienden a lo largo de todo el proceso de contención, tal como describen Artal et al., (2020), al señalar que:

Desde la instauración de la contención hasta su retirada se iniciará una serie de actividades dirigidas a monitorizar el estado del paciente, así como asegurar una serie de cuidados acordes con el proceso. Dichas actividades se llevarán a cabo por parte del personal de enfermería y deberán ser adecuadamente registradas (p. 66).

En línea con esta premisa y basándose en las recomendaciones de Porcar, Zanón y Vidal (2024), y las pautas prácticas del "Protocolo de actuación en personas hospitalizadas con necesidades de contención" (2020), los cuidados de enfermería durante la contención física se estructuran en los siguientes puntos esenciales:

Supervisión, Inspección y Reevaluación:

- Valoración intensiva cada 15-30 minutos durante la primera hora post-contención.
- Control visual directo y permanente. En caso de tener la disponibilidad, complementar con monitoreo a través de TV.

- Comprobar continuamente la tensión y el estado de todas las sujeciones.
- Documentar adecuadamente en el informe de enfermería todas las observaciones, respuestas del paciente y cambios en su nivel de agitación.
- Ajustar rondas según la evolución clínica y al grado de contención, pero como mínimo se realizará un control por turno por el personal médico, y por parte de enfermería se establecerán rondas con intervalos variables (p. ej., cada 60 minutos o según el grado de necesidad/contención).
- La contención debe mantenerse el menor tiempo posible, realizándose reevaluación constante de su necesidad.

Estado General del Paciente:

- Supervisar el estado general y la conducta del paciente por turno, grado de agitación o violencia, y si se encuentra tranquilo o confuso.
- Evaluar nivel de conciencia para reconocer el efecto de la medicación y nivel de sedación, así como también su orientación en las tres esferas (tiempo, espacio y persona.).
- Monitorización de signos vitales (TA, FC, T^a, SAT), y la permeabilidad de la vía aérea, además de observar el patrón respiratorio.
- Valorar constantemente la tolerancia del paciente a la sujeción.

Hidratación y Alimentación:

- Verificar continuamente el estado de hidratación del paciente y ofrecer líquidos de forma regular, siempre que su condición clínica lo permita.
- Garantizar que el paciente reciba una dieta adecuada y personalizada. Se requiere prestar atención a cualquier variación, registrar si la ingesta aumenta o disminuye.
- Proporcionar asistencia, ya sea total o parcial, para facilitar las comidas. Se puede considerar habilitar una mano con mayor rango de movimiento para promover cierta autonomía. La entrega de cubiertos y utensilios debe realizarse con máxima precaución y siempre bajo la supervisión directa de un profesional mientras estén en uso, para prevenir riesgos.
- Realizar los cuidados de higiene bucal necesarios en el momento oportuno y según las posibilidades del paciente.

Eliminación Intestinal y Vesical:

- Valorar y documentar número y las características de las deposiciones
- Evaluar la producción urinaria en cada turno. Para facilitar la micción, el personal debe ofrecer proactivamente dispositivos como patos o pitos, promoviendo una eliminación fisiológica y regular.
- Ante la presencia o sospecha de retención urinaria, se deben explorar primero medidas físicas no invasivas. Si estas no son suficientes y la condición del paciente lo amerita, se procederá a la colocación de una sonda vesical.

Alineación Corporal y Movilidad:

- Mantener al paciente en decúbito supino con el cabecero elevado a 30°-45° para facilitar la respiración y prevenir la broncoaspiración.
- Colocar las extremidades en posición anatómica para evitar disfunciones.
- Realizar cambios posturales regulares durante la inmovilización. Siempre que el estado del paciente lo permita, liberar una extremidad de forma rotatoria o alternarlas en sujeciones de tres puntos.

Reposo y Sueño

- Registrar el patrón de sueño/vigilia.
- Evaluar la necesidad de hipnóticos.
- Agrupar los cuidados y minimizar estímulos externos (ruidos, luces) para facilitar el descanso.

Higiene Corporal y Bienestar:

- Asistir al paciente en su higiene diaria y cuidado personal.
- Cambiar sujeciones húmedas o manchadas.
- Hidratar y examinar cuidadosamente la piel de forma regular, prestando especial atención a la búsqueda de lesiones, particularmente en las zonas de sujeción.

Seguridad y Prevención de Complicaciones

- Valorar individualmente el balance entre el beneficio y el riesgo de la sujeción.
- Revisar periódicamente que las sujeciones estén bien colocadas, sin pliegues, y con la compresión adecuada.

- Asegurar un entorno libre de objetos peligrosos.
- Evaluar continuamente la compresión vascular, nerviosa y articular, revisando coloración, sensibilidad, movilidad y temperatura distal.
- Inspeccionar la piel para detectar enrojecimiento, tumefacción, heridas o fricciones.
- Valorar la administración de heparina o la aplicación de protocolos de tromboembolismo si la inmovilización excede las 24 horas, o las 12 horas con factores de riesgo.

Comunicación y Apoyo Emocional

- Mantener una comunicación verbal continua y empática con el paciente para valorar su grado de control y establecer una relación terapéutica respetuosa.
- Proporcionar explicaciones claras sobre el procedimiento de contención, su propósito y duración, para reducir la ansiedad.
- Reorientar sensorial y emocionalmente al paciente, especialmente si hay sedación farmacológica, ya que esta puede aumentar la confusión y desorientación.

Aunado a estas intervenciones Jérez et. al, (2017), añade las siguientes:

- Practicar la escucha activa para comprender las preocupaciones del paciente.
- Ofrecer soluciones sencillas y realistas a sus necesidades, prometiendo solo aquello que se pueda cumplir.
- Evitar realizar comentarios negativos o inapropiados delante del paciente, incluso si se cree que no está escuchando, para preservar un ambiente de respeto y dignidad.
- Evaluar continuamente la actitud del paciente ante la sujeción, para adaptar la comunicación y los cuidados.

La relevancia de estos cuidados integrales de enfermería radica en su capacidad para transformar una medida restrictiva en un acto de cuidado, que minimiza el trauma y asegura la máxima seguridad posible al paciente.

Procedimiento para el Retiro de la Contención Física.

Previo al procedimiento de descontención física, es indispensable realizar una reevaluación de la necesidad de mantener la contención en el paciente. Para ello, Viñales et al., (2021), establece que se deben considerar:

Las características clínicas del paciente, grado de disminución del cuadro de agitación psicomotora, necesidad de promoción de la autonomía del paciente v/s la realización de actividades del equipo multidisciplinario y potenciales riesgos, como el riesgo de fuga, de autolesión, de auto retiro de dispositivos invasivos, entre otros (p.27).

De igual forma, los mencionados autores consideran lo anterior y establecen las siguientes recomendaciones en relación al procedimiento del retiro progresivo de la contención.

1. Mantener contención de tronco en todo momento.
2. Descontener una extremidad inferior más extremidad superior contralateral.
3. Evaluar la respuesta del paciente.
4. Si evoluciona con comportamiento de riesgo para él mismo y/o su entorno (da patadas, intenta impulsarse en la cama, autolesionarse/autor retirarse dispositivos invasivos, entre otros), reinstalar dispositivos de contención según necesidad.
5. Si no evoluciona con comportamiento de riesgo para él mismo y/o su entorno, evaluar descontener extremidad inferior opuesta y luego, extremidad superior opuesta.
6. Reevaluar respuesta del paciente.
7. Si se pesquisa cualquier comportamiento de riesgo para el paciente y/o su entorno, reinstalar dispositivos de contención según necesidad y volver a intentar descontención progresiva cuando su condición clínica lo permita.
8. Repetir tantas veces como sea necesario.
9. Descontener de tronco cuando el paciente evidencie un comportamiento ausente de riesgos reales o potenciales, tanto para él mismo como para su entorno, por un período de tiempo mínimo de 48 horas seguidas.

Asimismo, El protocolo de actuación en personas hospitalizadas con necesidades de contención (2020), añade que las medidas de contención deben efectuarse hasta lograr el objetivo terapéutico (como la sedación farmacológica, el retorno a la calma o colaboración del paciente en medidas de tratamiento), asegurando así la seguridad del paciente y su entorno. La interrupción de la contención requiere una evaluación conjunta del equipo de enfermería y el médico, que debe ser registrada. En caso de desacuerdo, la decisión final recae en el médico, aunque siempre considerando la perspectiva de enfermería.

Por otra parte, prioriza lo siguiente:

- Retirar 1 punto de restricción por hora y al llegar a los 3 puntos, retirar la contención completamente contando con suficiente personal para hacerlo.
- Posterior a ello, valorar la respuesta del paciente.
- El tiempo máximo que establece para la sujeción del usuario es el de 12 horas, prolongable a un periodo que nunca debe superar las 72 horas.

De igual forma, destaca aspectos como el registro del procedimiento y la facilitación de una pequeña reflexión sobre la medida de contención realizada, y la idoneidad de la misma dando cabida a la experiencia del personal, paciente y familia con las medidas aplicadas.

Registro Exhaustivo y Detallado.

El registro de la contención mecánica en la Historia Clínica es una responsabilidad esencial de todos los profesionales involucrados en la atención directa del paciente. Los registros de enfermería, en particular, son un testimonio documental necesario de las intervenciones realizadas. Debido a la vulnerabilidad del paciente bajo sujeción física, es imperativo asegurar que este registro sea exhaustivo y que incluya todas las evaluaciones posteriores para garantizar una documentación completa y precisa del proceso.

En relación al tema, el protocolo de contención mecánica de las unidades de hospitalización de psiquiatría de la red de salud mental (2017), especifica que, a través del registro de las actuaciones asociadas a una sujeción mecánica se puede garantizar la calidad de atención en los pacientes, puesto que no solo permite dejar en evidencia lo realizado, sino que además evalúa el proceso en sí, dando la posibilidad de poder mejorarlo. También, menciona los siguientes documentos que deben ser completados por el equipo de salud: Indicación de la contención física, Verificación de los criterios de seguridad de los pacientes y de los profesionales, Seguimiento de enfermería durante la contención mecánica, Prórrogas, modificación y cese de la contención física.

A continuación, se definirá brevemente en lo que consiste cada registro según el protocolo ya citado:

Hoja de Indicación de la contención mecánica. Esta recoge todos los datos referentes al proceso de contención, en ella se registra el motivo y tipo de sujeción, la situación clínica del paciente, las intervenciones previas, y cualquier cambio en el tratamiento

farmacológico relacionado con la contención. Es fundamental documentar la información proporcionada al paciente y familiares. Para afirmar la seguridad, se requiere un doble chequeo de la indicación, con la firma del psiquiatra y del personal de enfermería responsable.

Hoja de Verificación de los criterios de seguridad de los pacientes y de los profesionales. La misma se resume en un formato de tipo lista de chequeo, la cual, permite verificar los factores de riesgo ambientales y del paciente, enfatizando la revisión inmediata post-sujeción antes de salir de la habitación. Esta verificación se confirma con el doble chequeo mediante la firma de los profesionales.

Hoja de seguimiento de enfermería durante la contención mecánica. En esta hoja se recolectarán todos los datos relacionados con el cuidado directo brindado al paciente por el personal de Enfermería, durante la contención. Para ello, se indicará con una "X" el estado actual del paciente en cuanto a su nivel de conciencia, descanso, hidratación, alimentación, eliminación, higiene y movilidad. Adicionalmente, se registran las constantes vitales monitorizadas durante cada turno.

Hoja de prórrogas, modificación y cese de la contención mecánica. Este formato registra la continuidad de la sujeción tras revisión periódica (cada 8 horas) por el psiquiatra y enfermería, requiriendo la firma de ambos. Aunado, se documentan los cambios en el tipo de sujeción (parcial a completa o viceversa) y el cese definitivo de la misma. Todos los registros exigen fecha, hora y doble chequeo con firma de los dos profesionales responsables. Finalmente, se incluye un espacio para incidentes o eventos adversos, cuya notificación formal es obligatoria. Todas estas hojas se incorporan a la Historia Clínica del paciente, junto con otros registros relevantes y la documentación de información al paciente y, si aplica, a un juez.

Debriefing Post-Contención.

El debriefing post-contención se ha consolidado como una práctica esencial en la atención en salud mental, definida como "la práctica de revisar un evento para procesar aspectos de la experiencia y aprender de ella" (Sutton, Webster y Oilson, 2014). En esencia, consiste en una reunión reflexiva posterior a un episodio de contención física, involucrando tanto al paciente como al equipo asistencial. Su propósito fundamental es mitigar el impacto

potencialmente traumático del evento y fomentar el aprendizaje y la mejora continua de la práctica clínica.

En este sentido, el debriefing centrado en el paciente ofrece una valiosa oportunidad para que éste exprese sus sentimientos, reacciones y las circunstancias que rodearon su experiencia de contención desde su propia perspectiva. Además, Aguilera (2018), señala que esta conversación busca facilitar el procesamiento de la experiencia vivida y promover una mejor comprensión, por parte del paciente, de las razones que justificaron la adopción de las medidas coercitivas. Aunado a ello, Asikainen et al., (2020), concuerdan que, el debriefing tiene como objetivo obtener información valiosa sobre las percepciones de los pacientes, incluyendo sus propios desencadenantes de violencia. Por lo tanto, este enfoque facilita la reconstrucción de la experiencia del paciente de una forma más lógica y comprensible del evento traumático, contribuyendo a mantener un entorno terapéutico seguro y confiable.

Por otra parte, Jerez et al., (2017), menciona que, para el equipo de salud, el debriefing es una herramienta esencial de aprendizaje y mejora continua. Permite revisar el incidente de forma rigurosa, identificar lecciones aprendidas y evaluar la efectividad de las intervenciones aplicadas. En una reunión que idealmente no debería exceder los 20 o 30 minutos, el personal analiza las técnicas y acciones implementadas, identificando posibles errores y proponiendo soluciones para evitar su repetición. Un objetivo crucial de esta reunión es también verbalizar los sentimientos que inevitablemente surgen en situaciones tan críticas, ofreciendo apoyo y cuidado a los profesionales impactados física y/o emocionalmente.

Aunado a ello, para que el debriefing sea efectivo sugieren un ambiente cómodo, agradable y de confianza que propicie la expresión abierta de sentimientos y la discusión de errores sin temor a juicios. Este formato flexible facilita la mejora en las futuras intervenciones y alivia el estrés del momento crítico. Aunque no se requiere un guion rígido, se puede orientar la discusión con preguntas como:

- ¿Qué desencadenó la necesidad de contención mecánica?
- ¿Qué factores hubiesen prevenido esta situación?
- ¿Cómo crees que se siente el/la paciente?
- ¿Qué impacto ha tenido esta actuación en el resto de pacientes?
- ¿Cómo nos sentimos cada uno de nosotros?

- ¿Qué hemos hecho bien y de acuerdo al protocolo?
- ¿Qué nos puede ayudar a mejorar nuestra actuación en situaciones futuras?

Bases Legales

El presente estudio, se fundamenta en las bases legales constituidas por el compendio de normativas jurídicas inherentes a salud y la profesión de enfermería. Estas disposiciones confieren el marco de legitimidad y relevancia necesario para el abordaje de la problemática identificada, proveyendo así el soporte documental y constitucional indispensable para el desarrollo de los objetivos de la investigación.

En primer lugar, se encuentra la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la cual, menciona el Artículo 83, que comprende lo siguiente:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República (p. 21).

Bajo esta perspectiva, en los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Adoptados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) 1.991, en su principio 11, “consentimiento para el tratamiento”, N° 11 expresa lo siguiente:

No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción

física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder (p.5).

En este sentido, lo crucial es que establece que el paciente bajo restricción debe mantenerse "bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado". Este "personal calificado" recae directamente en el equipo de enfermería, quienes son los responsables de la monitorización constante, la garantía de condiciones dignas y la pronta comunicación con los representantes del paciente. Su observación continua es vital para determinar el tiempo necesario de la contención y para registrar adecuadamente cada detalle.

Asimismo, se tomó en consideración la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005), en su Artículo 2, N° 1 se entrelaza de manera vital, puesto que, entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:

El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano (p.1).

En este sentido, dicho artículo resalta el rol de enfermería en el cuidado de la salud del individuo, la familia y comunidad, también destaca su enfoque holístico. Esto engloba la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de enfermedades y la participación activa en el tratamiento y rehabilitación. Destacando dentro de sus objetivos principales el mantenimiento del bienestar mental, del ser humano en su crecimiento y desarrollo.

Cabe considerar que, a nivel nacional existe una Ley que respalda y protege los derechos de los pacientes con trastornos mentales titulada: “Ley de salud mental comunitaria del estado Lara” (2023), la cual, en su Título I, Capítulo I, Objeto y ámbito de aplicación. Artículo 1, explica que:

La presente ley tiene como objeto promover y proteger la salud mental de la población del Estado Lara, fomentando condiciones de vida que contribuyan al autocuidado, al buen vivir de la población y el pleno goce de sus derechos humanos, sociales y civiles mediante el cumplimiento de la obligación del Estado de garantizar

el derecho a la salud y la participación democrática, protagónica y creadora de las comunidades y otras formas de organización institucional y ciudadana de las personas en el Estado Lara (p. 2).

También, en el Capítulo II, Principios fundamentales, artículo 4, describe:

La equidad y el respeto a la dignidad, a la autonomía individual y a los derechos humanos deben estar presentes en toda atención prestada a las personas con problemas de salud mental. Se prestará especial atención al derecho a decidir sobre la propia vida y el propio tratamiento, así como al acceso a sistemas de apoyo comunitario, escolar (educativo) y laboral (p.5).

En el mismo orden de ideas, en el Título II, Capítulo I, “Derechos de las personas con trastornos mentales” (p.6), precisa lo siguiente:

Artículo 6.- Todas las personas con problemas de salud mental, tienen derecho a un tratamiento adecuado y sustentado en bases científicas, así como a la resocialización y reinserción social que facilite su adaptación a los entornos sociales donde se desenvuelva.

Artículo 7.- Las personas con problemas o trastornos mentales y sus representantes o familiares tienen derecho a ser informadas de forma oportuna y directamente sobre su estado de salud, su diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

En otras palabras, el objetivo de la presente es, promover y proteger la salud mental de la población del Estado Lara, impulsando condiciones de vida que fortalezcan el autocuidado, el intercuidado, el buen vivir y el pleno goce de los derechos humanos, sociales y civiles, a través del cumplimiento de la obligación del Estado.

Finalmente, en el Estado Mérida, se cuenta con una Ordenanza aprobada en el año 2024, mediante la cual se establece la salud mental integral comunitaria como política obligatoria de salud pública, en su Capítulo II: Derechos, Garantías y Protección Derechos de las Personas con Padecimiento Mental, destaca:

Artículo 6: Toda persona con padecimiento mental tiene derecho a recibir o rechazar algún tratamiento, asistencia médica, psicológica, psicosocial, psiquiátrica, auxilio espiritual o religioso y a ser tratado con la alternativa terapéutica que menos restrinja

sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, educacional, laboral y comunitaria (p.4).

A través de estas directrices se constata que el profesional de enfermería es el agente clave para asegurar que estos derechos se hagan efectivos en la práctica diaria. Son quienes administran los tratamientos, implementan las estrategias de resocialización y crucialmente, son los principales informadores del estado de salud, diagnóstico y pronóstico, garantizando esa comunicación directa y oportuna.

Teoría de Enfermería: las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau

En este contexto, la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau emerge como un pilar conceptual esencial para comprender el rol de enfermería en la promoción del bienestar psicológico.

La teoría de Peplau estructura la relación enfermera-paciente en cuatro fases interdependientes, descritas por Washington et al. (2019), las cuales, relacionándolas con la contención terapéutica en el paciente psiquiátrico queda establecida en lo siguiente:

En el contexto de la contención verbal, la fase de orientación de Peplau se manifiesta en el esfuerzo del personal de enfermería por comprender el origen de la agitación del paciente y establecer una conexión de confianza a través de una comunicación empática. Así mismo, la capacidad de escuchar activamente, identificar deseos y sentimientos, y ofrecer opciones, tal como se abordó en la contención verbal, son reflejos directos de las habilidades interpersonales que Peplau señala como esenciales para transformar la tensión en una dinámica productiva, las cuales, a su vez, son características indispensables de la fase de identificación en la que se establece la relación terapéutica permitiéndole al paciente a sobrellevar la situación.

De igual manera, en la contención farmacológica, la administración de la medicación no es un acto aislado, sino que se enmarca en esta relación. El personal de Enfermería debe explicar al paciente el propósito del medicamento, monitorear sus efectos y responder a las preocupaciones del paciente, lo cual se alinea con la fase de explotación, donde el paciente, aunque bajo medicación, sigue siendo un participante activo en su proceso de tratamiento.

Finalmente, y de manera más crítica, la contención física, si bien es una medida coercitiva, no excluye el componente relacional. Durante esta intervención, y como se detalla en los cuidados de enfermería, la comunicación continua, la atención a las necesidades fisiológicas y la evaluación del estado psicológico del paciente son esenciales. En este sentido, se debe mantener una presencia terapéutica, explicando los motivos de la contención, respetando la dignidad del paciente y preparándolo para la fase de resolución, es decir, el retiro de la contención. Aunado a ello, la retroalimentación post-contención, elemento crucial al finalizar la contención terapéutica, es un claro ejemplo de la fase de resolución y, a su vez, una nueva fase de orientación/identificación, donde se discute lo sucedido, se validan sentimientos y se busca un aprendizaje mutuo para fortalecer la autonomía del paciente y prevenir futuras recurrencias, restaurando el equilibrio y promoviendo su reintegración.

En síntesis, la teoría de Peplau proporciona el marco conceptual que sustenta la creencia de que la enfermera/enfermero, a través de una relación interpersonal consciente y terapéutica, es capaz de percibir las necesidades más profundas del paciente agitado o en crisis, comprender su conducta y las dificultades que presenta y de esta forma poder guiarlo hacia el bienestar mental y facilitar su reinserción productiva en su quehacer cotidiano, incluso frente a intervenciones de contención, garantizando que las necesidades del paciente sean atendidas de manera integral.

Sistema y Operacionalización de la Variable.

Se define variable según Villasís y Miranda (2016), como “todo aquello que se puede medir, la información que colectamos, o bien, los datos que se recaban con la finalidad de responder las preguntas de investigación, las cuales habitualmente están especificadas en los objetivos” (p. 304). En este sentido, se destaca la importancia de diseñar un sistema de variables preciso y su consecuente operacionalización. Estos elementos son fundamentales para el desarrollo de la investigación, ya que no solo aseguran una recopilación de datos pertinente, sino que también posibilitan el cumplimiento de cada objetivo establecido y, en última instancia, contribuyen significativamente a la mejora de la práctica de enfermería.

Cuadro N° 1 Operacionalización de la Variable de Estudio

Objetivo General: Proponer un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA) periodo marzo – septiembre 2025. Mérida – Venezuela.				
Variable	Objetivos Específicos	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Contención Terapéutica	Conocer las características sociodemográficas del personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), periodo Marzo – septiembre 2025, Mérida – Venezuela.	Características sociodemográficas.	Edad	A
			Género	B
			Cargo	C
			Años de servicio	D
			Turno de trabajo	E
	Diagnosticar el conocimiento sobre la contención terapéutica que posee el personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA) periodo Marzo – septiembre 2025, Mérida – Venezuela.	Contención Verbal	Signos de alarma	1
			Respeto al espacio personal	2,3
			Provocación	4,5
			Contacto verbal	6,7
			Expresión con lenguaje conciso	8
			Reconocimiento de emociones	9,10
			Escucha Activa	11,12
			Acuerdos	13,14
			Normativa y límites	15,16
			Opciones	17
			Comunicación interprofesional	18
		Contención Farmacológica	Prescripción médica	19,20
			Preparación de tratamiento	21,22
			Valoración	23,24
			Monitoreo de signos vitales	25
			Educación al paciente	26
			Registro de enfermería	27,28

Continuación de Cuadro N° 1 Operacionalización de la Variable de Estudio

Variable	Objetivos Específicos	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Contención Terapéutica	Diagnosticar el conocimiento sobre la contención terapéutica que posee el personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA) periodo Marzo – septiembre 2025, Mérida – Venezuela.	Contención física	Agotamiento de otras medidas	29,30
			Prescripción médica	31,53
			Preparación del entorno	32,33,34,35
			Orientación al paciente	36,37
			Intervenciones secuenciales	38,39,40,54,55,56,57
			Cuidados de enfermería	41,42,43,44,45,46
			Procedimiento para el retiro	47,48
			Retroalimentación post-contención	49,50
			Registro y evolución de enfermería	51,52
	Establecer la factibilidad del protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), periodo marzo – septiembre 2025, Mérida – Venezuela.	Factibilidad de la propuesta	Factibilidad técnica	
			Factibilidad institucional	
			Factibilidad social	
			Factibilidad económica	
	Diseñar la propuesta de un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), periodo Marzo – septiembre 2025, Mérida – Venezuela.	Diseño de la propuesta	Fundamentación de la propuesta	
			Justificación de la propuesta	
			Objetivos de la propuesta	
			Protocolo de contención terapéutica	
	Validar el diseño del protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), periodo marzo – septiembre 2025, Mérida – Venezuela.	Validez de la propuesta	Estadio analítico de la propuesta	
			Validez de contenido de la propuesta	
			Relación del diagnóstico con el diseño de la propuesta	
			Coherencia y conexión de las intervenciones de la propuesta	

Fuente: Bolaños y Molina (2025)

Definición de Términos Básicos

Protocolo

Es una secuencia detallada y obligatoria de procedimientos que guía la acción del personal de enfermería para optimizar procesos y resultados de la atención en los servicios de salud mental.

Servicios de Salud Mental

Abarca un conjunto de recursos, programas y profesionales dedicados a la promoción del bienestar psicológico, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico, tratamiento y reinserción de las personas que enfrentan desafíos en su salud mental.

Contención Terapéutica:

Es el conjunto de estrategias y medidas que el personal de enfermería implementa para manejar y controlar situaciones de crisis en pacientes. Es importante mencionar que la misma se aplica de forma escalonada, iniciando por las medidas menos restrictivas avanzando a las más restrictivas, sólo si las anteriores no son efectivas.

Contención Verbal

También conocido como desescalada verbal, se refiere al primer y más idóneo paso, el cual requiere el uso de comunicación efectiva, empatía y técnicas de escucha activa para tranquilizar al paciente, comprender sus preocupaciones y ayudar a recuperar el control.

Contención Farmacológica

Hace referencia a la administración de medicamentos (psicofármacos) indicados por un médico para disminuir la agitación del paciente, cuando ésta es severa y representa un riesgo inminente.

Contención Física

Es el último recurso a considerar, consiste en la limitación de la movilidad del paciente mediante dispositivos especiales (cinturones, sujeciones) que se sujetan a la cama.

Agitación Psicomotriz

Es un síndrome clínico caracterizado por un estado de excitación mental y un aumento de la actividad motora, que se presenta de forma descontrolada e improductiva, asociada a una intensa tensión interna, su manifestación puede estar dada en una gran variedad de trastornos, tanto de origen psiquiátrico como orgánico.

Crisis

Es una emergencia psiquiátrica que produce una alteración aguda y severa del pensamiento, el comportamiento, el estado de ánimo o las emociones de una persona, que genera un malestar inhabilitante para el paciente, que pone en peligro su seguridad o la de los demás.

Conductas Disruptivas

Se define como un conjunto de acciones que interfieren con el funcionamiento de un individuo en un entorno específico. Se identifica por problemas del autocontrol, comportamiento y de las emociones, manifestándose a través de conductas que violan los derechos de los demás, las normas sociales o leyes, o que resultan en conflicto con figuras de autoridad.

Debriefing

Es un proceso estructurado de reflexión y discusión guiada, usada después de incidentes críticos, situaciones de alta carga emocional o casos complejos que pueden afectar tanto al paciente como al equipo tratante.

Capítulo III

Marco Metodológico

Enfoque de la Investigación.

La investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, que según Hernández y Mendoza (2018), señalan que:

Representa un conjunto de procesos organizados de manera secuencial para comprobar ciertas suposiciones. Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías (p. 5-6).

Por consiguiente, mediante la aplicación de un instrumento se realizó una cuantificación directa dando como resultados valores numéricos que demuestra el diagnóstico del conocimiento de la contención terapéutica.

Tipo y Diseño de la Investigación

De acuerdo al tipo de estudio, la investigación es proyectiva, por lo tanto, según Hurtado de Barrera (2000 como se citó en Palella y Martins 2017), señala que “intenta proponer soluciones a una situación determinada. Implica explorar, describir, explicar y proponer alternativas de cambio, y no necesariamente ejecutar la propuesta” (p. 98). En este sentido, la investigación tiene como objetivo general proponer un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos

En cuanto al diseño de la investigación, por las características de la misma, pertenece a un diseño de campo, de corte transversal. De esta manera, Arias (2012), afirma que los diseños de campo “consisten en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones

existentes” (p. 31). Es decir, que se realizó en una realidad específica, en este caso, la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA).

En lo concerniente al corte transversal, Hernández y Mendoza (2018), señalan que “estos estudios recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (p. 176). De esta forma, la aplicación del instrumento para la recolección de los datos de esta investigación se llevó a cabo en el periodo de septiembre de 2025.

Modalidad Proyecto Factible

Seguidamente, la investigación se realizó bajo la modalidad de proyecto factible para lograr los objetivos propuestos. Según Velázquez (2017), “el proyecto factible busca cómo presentar una solución que pueda ser realizable para solventar y atender las necesidades presentes en un determinado lugar” (p. 61). Por tanto, se entiende como proyecto factible a la elaboración de una propuesta viable, destinada a atender las necesidades específicas a partir de un diagnóstico, lo que significa que pueden contribuir a solventar una situación en el ámbito universitario o en cualquier contexto.

Así mismo, el Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (FEDUPEL - 2016), define la modalidad de proyecto factible como:

La investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos. El Proyecto debe tener apoyo en una investigación de tipo documental, de campo o un diseño que incluya ambas modalidades (p. 21).

Por la misma razón, en la presente investigación se planteó una propuesta de un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos. Es importante resaltar que, para ser considerado proyecto factible, debe cumplir con al menos III de las V etapas que lo constituyen, por tanto, en esta investigación se describe hasta la etapa III de acuerdo con el objetivo de la investigación. A continuación, se describen cada una de ellas:

Etapa I: Diagnóstico

Según Martínez, y Vivas (2022), en esta etapa se identificó el problema, posterior a ello se recogió y procesó toda la información, sustentada en una investigación de campo, para la misma se utilizó una técnica de encuesta para el abordaje, que tuvo como objetivo conseguir valiosa información de la situación planteada. Por lo tanto, para dar cumplimiento a esta etapa se efectuó una investigación en el lugar donde ocurren los hechos y recogió los datos a través de fuentes primarias, en este caso el personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos

Etapa II: Factibilidad de la Propuesta

Según Rocco (2012), el término factibilidad “Son los recursos necesarios para la ejecución, análisis y conclusiones sobre la viabilidad y realización del proyecto” (p. 24). Lo que significa revisar y evaluar los recursos, tanto materiales como humanos, indispensables para visualizar la posibilidad. Para Martínez y Vivas (2022, p. 6), la factibilidad debe estar centrada en la posibilidad de ejecutar la propuesta diseñada o formulada y que sea posible de ejecutarse, desde una:

- **Factibilidad Económica:** Esta se corresponde con los recursos económicos que involucran la puesta en práctica de la propuesta. La propuesta fue aplicada con los recursos económicos propios de las investigadoras, para posterior evaluación de ésta con otros interesados en investigar y estudiar la posibilidad de ejecutar la propuesta a mayor escala, minimizando costos externos en su fase de diseño inicial.

- **Factibilidad Social:** “Se refiere cuando cada uno de los integrantes de la escuela o contexto está dispuesto a contribuir con el desarrollo de las mejoras en la organización”. Esta investigación cuenta con el apoyo de la propuesta, de otros miembros de la organización interesados en el mismo, dado que un protocolo unificado beneficia directamente la seguridad del paciente y el personal.

- **Factibilidad Técnica:** “Es la parte operativa de la ejecución de la propuesta, en donde se establecen la existencia de los recursos tecnológicos, humanos y económicos” (Martínez, et al., 2020, p. 6).

- **Factibilidad Institucional:** A nivel institucional, la factibilidad de la propuesta se observa en la implementación en el servicio de salud mental del protocolo que se plantea. En este sentido, su ejecución permitirá implementar pautas estandarizadas para fortalecer la gestión del cuidado de enfermería en los servicios de salud mental, contribuyendo a un abordaje más seguro y humano de los pacientes que presentan episodios de agitación.

De esta manera, para que esta propuesta sea plenamente justificada a nivel institucional, requiere de la aceptación por parte del personal de enfermería, ya que su participación y colaboración en la implementación del protocolo son esenciales para garantizar que la ejecución del mismo favorezca la aplicación de intervenciones consistentes y basadas en la evidencia. Esto no solo promueve la seguridad del paciente y del personal ante situaciones complejas, sino que también busca minimizar el trauma y el estigma asociados a la agitación, contribuyendo a la dignidad del individuo y a la calidad de la atención en salud mental.

Etapas III: Diseño de la propuesta

Según Palella y Martins (2017), reseñan: “implica plantear y fundamentar teóricamente la propuesta y establecer, tanto el procedimiento metodológico como las actividades y recursos necesarios para su ejecución” (p. 22). “En otras palabras, busca dar soluciones o alternativas a las necesidades y problemáticas en función al modelo, objetivos, métodos, acciones y recursos con que se cuenta”. Martínez y Vivas (2022, p. 6-7). En esta fase se elaboró la propuesta como resultado de la información recogida en la fase diagnóstica, además, se consideró la evaluación de tres profesionales expertos en el tema, para establecer el nivel de concordancia con los objetivos del mismo, y su posterior ejecución del protocolo. Por su parte, Martínez y Vivas (2022), mencionan el desarrollo del diseño de la propuesta y su estructuración es de la siguiente manera:

- a. Introducción o descripción, se relaciona con lo que persigue la propuesta, es decir, se refiere a la importancia educativa que tiene el diseño para la población a la cual va a estar dirigida.
- b. Justificación, se expone por qué y para qué se va a realizar la propuesta, los sujetos que serán beneficiados y las razones por la cual se va a realizar.

- c. Fundamentación teórica, hace referencia a las diferentes teorías que sustentan la propuesta planteada, estas van a depender de la intención de las investigadoras de mejorar la situación que van a mediar y profundizar con la teoría indicada.
- d. Objetivos de la propuesta, estos deben ser claros, concisos, precisos y tener una secuencia lógica con las actividades o tareas que se pretendan desarrollar. Es importante acotar que los objetivos específicos, que se formulen en este apartado, son diferentes a los objetivos planteados en la investigación, razón por la cual distan de ellos, porque dichos objetivos buscan medir las acciones que se van a aplicar en el diseño propuesto.
- e. Planificación de las actividades, en estas se incorporan elementos tales como: Guía de Modalidad de Proyecto Factible: etapas, propuesta, ejecución y evaluación, con los objetivos generales, objetivos específicos, contenidos, estrategias, acciones, indicadores, lugar, tiempo de ejecución y responsables.

Estadío Analítico

Según Hurtado (2000), el estadío analítico permite analizar la situación y modificar las expectativas, intereses, inquietudes y motivaciones de los involucrados, así como también los enfrentamientos y alianzas entre ellos, por tanto, la integración de esta información conlleva a mayores probabilidades de éxito de la propuesta.

Población

Según el autor Arias (2012), define población como “un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio” (p. 81). En este sentido, se contó con una población finita conformada por 20 miembros del personal de enfermería que laboran en la Unidad Psiquiátrica de Agudos, aunque la población total es de 24 personas, se han excluido las autoras de esta investigación y aquellos que poseen una directa relación con la misma para evitar sesgo metodológico.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

De acuerdo a Hernández y Mendoza (2018), el instrumento es un “recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables” (p.228). Desde este punto de vista, el instrumento a utilizar en este estudio para medir la variable es una encuesta

tipo cuestionario, dirigida al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos. Al respecto, Hernández et al., (2014), definen el cuestionario como “un conjunto de ítems presentado en forma de afirmaciones o juicio ante los cuales se pide la reacción de los sujetos” (p. 256).

Para la presente investigación se diseñó un instrumento que quedó estructurado en II partes, la primera parte que involucra la primera dimensión, donde corresponde a preguntas de selección referente a los datos sociodemográficos (edad, género, años de servicio, cargo y turno de trabajo).

La segunda parte un cuestionario tipo escala de Likert con cinco alternativas de respuestas: Siempre (S), Casi Siempre (CS), A Veces (AV), Casi Nunca (CN) y Nunca (N), inclinado a conocimientos sobre la contención terapéutica, quedando estructurada en las siguientes tres dimensiones: Contención Verbal con 11 indicadores: Signos de alarma, respeto al espacio personal, provocación, contacto verbal, expresión con lenguaje conciso, reconocimiento de emociones, escucha activa, acuerdos, normativa y límites, opciones, comunicación interprofesional (con 18 ítems, 1-18), contención farmacológica con 6 indicadores: Prescripción médica, preparación de tratamiento, valoración, monitoreo de signos vitales, educación al paciente, registro de enfermería (con 10 ítems, 19-28), y contención física con 9 indicadores: Agotamiento de otras medidas, prescripción médica, preparación del entorno, orientación al paciente, intervenciones secuenciales, cuidados de enfermería, procedimiento para el retiro, retroalimentación post-contención, registro y evolución (con 29 ítems, 29-52).

Finalmente, las últimas 5 preguntas de la segunda parte del instrumento, consta de una escala dicotómica con alternativas de “Sí y No”, que corresponde a la contención física con los ítems 53-57.

Validez del Instrumento

La validez, según Hernández y Mendoza (2018), hace referencia “al grado en que un instrumento mide con exactitud la variable que verdaderamente pretende medir” (p. 199). Es por esto, que el proceso de validación de contenido del instrumento, se realizó mediante la técnica de “Juicio de Expertos” previa verificación de tres (3) expertos en el área, en relación a la coherencia, claridad y pertinencia de los ítems presentados, se les solicita a los expertos que se pronuncien para cada ítem, sobre la oportunidad o no de incluirlo en el cuestionario.

Seguidamente, se llevó a cabo el análisis de los ítems que componen el instrumento en relación a los objetivos de las investigadoras, que solicitaron el apoyo de los jueces, así como del método estadístico que se utilizó; al respecto de la revisión realizada por los expertos, emergieron algunas recomendaciones o sugerencias para mejorar la redacción o el contenido de los ítems que conforman el instrumento, las cuales se consideraron para lograr una mejor definición del aspecto a medir.

Validez de contenido

Para establecer un posible universo de reactivos se requiere tener una adecuada conceptualización y Operacionalización del constructo, es decir, las investigadoras debieron especificar previamente las dimensiones a medir y sus indicadores, a partir de los cuales se realizaron los ítems. Los ítems seleccionados miden las dimensiones del constructo.

El proceso de la elaboración y validación del instrumento de medición para la investigación titulada: “Propuesta de un Protocolo de Contención Terapéutica Dirigido al Personal de Enfermería que Labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), Periodo Marzo – septiembre 2025. Mérida – Venezuela”, se llevó en dos fases: la primera fue cualitativa, que consiste en la elaboración del instrumento, y la segunda es la fase cuantitativa, en la que se realizó la evaluación de las propiedades métricas en las que se utilizan la validez de contenido.

Se decidió llevar a cabo la especificación del índice cuantitativo para la validez de contenido del instrumento mediante el modelo de Lawshe (1975), modificado por Tristán (2008), que destaca la razón de validez de contenido debe ser igual o mayor a 0.5823 para ser aceptada, sin embargo, los ítems que no fueron aprobados con el 100% se sometieron a revisión a criterio de los investigadores.

La validez del instrumento fue solicitada a los expertos por correo electrónico. A los tres expertos se le envió un ejemplar digital del cuestionario, y se les explicaban los propósitos del estudio, la definición conceptual y operacional de las variables, también se proporcionó una hoja para el registro y evaluación de los ítems correspondientes a las 62 *preguntas del instrumento original*. Posteriormente, los expertos dieron su valoración a cada una de las preguntas, respondiendo en una escala dicotómica de sí y no de acuerdo a los criterios de claridad en la redacción de los ítems, coherencia y pertinencia.

Subsiguientemente se determinó el índice de validez de contenido descritas en el modelo de Lawshe y la razón de validez de contenido modificada por Tristán (CVR') para cada uno de los ítems mediante las ecuaciones correspondientes; donde los ítems se consideran aceptables cuando su CVR' es igual o mayor a 0,58. Cabe mencionar que el tratamiento de los datos de la información obtenida se hizo a través del software Microsoft Excel ® integrando las siguientes formulas:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

Donde, CVI = Índice de Validez de Contenido.

CVRi = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe.

M = Total de ítems aceptables en la prueba.

Donde, CVI' = Índice de Validez de Contenido modificado por Tristán

CVR = Razón de Validez de Contenido para cada ítem de acuerdo con el criterio de Tristán.

$$CVI' = \frac{CVR + 1}{2}$$

Al contar con las valoraciones de los tres expertos, se procedió a determinar la frecuencia de las respuestas en cada ítem, con el objeto de establecer la calidad de cada uno. En el cuadro 1, se detalla que 3 ítems se eliminaron por tener un valor de cero, siendo inadecuados, y de los ítems valorados con menos de 0.58, se sometieron a una revisión detallada por el tutor y las investigadoras, siguiendo las recomendaciones de los expertos.

Del total de las preguntas, 50 de los ítems lo que representa el 80,64 % se sugiere modificar basado en el criterio de claridad del contenido, y únicamente se dejaron sin modificación aquellos ítems que obtuvieron la CVR' positiva, es decir, 6 ítems aprobados con el 100% que han sido valorados como fundamentales por los expertos. Por tanto, para la investigación se realizó la revisión, eliminación y modificación de los ítems del cuestionario mencionados en el cuadro 1, quedando finalmente en 60 ítems para luego realizarse la confiabilidad. (Ver anexo A).

Confiabilidad del instrumento

El Coeficiente Alfa de Cronbach.

Según Quero Virla (2010), la confiabilidad de una medición o de un instrumento “puede tomar varias formas o expresiones al ser medida o estimada: coeficientes de precisión, estabilidad, equivalencia, homogeneidad o consistencia interna, pero el denominador común es que todos son básicamente expresados como diversos coeficientes de correlación” (p. 249).

Por otro lado, el autor refiere que “para determinar el coeficiente α Cronbach el investigador calcula la correlación de cada reactivo o ítem con cada uno de los otros, resultando una gran cantidad de coeficientes de correlación” (Quero 2010, p. 250). El valor de α es el promedio de todos los coeficientes de correlación (Cozbi, 2005).

Se requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.7; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja (Celina y Campo, 2005). Este valor manifiesta la consistencia interna, es decir, muestra la correlación entre cada una de las preguntas; un valor superior a 0.7 revela una fuerte relación entre las preguntas, un valor inferior revela una débil relación entre ellas (Molina et al., 2013).

A partir de los resultados de la prueba piloto a 10 profesionales de enfermería, se creó una base de datos en el software estadístico IBM SPSS versión 25, y se procedió a determinar la consistencia interna para los 52 ítems en escala de Likert de la segunda parte del instrumento, utilizando el coeficiente de **confiabilidad alfa de Cronbach**, dando como resultado **0,824** (Anexo A), ajustando los ítems 18 y 40 debido a correlaciones negativas y después de los ajustes quedaron con valores positivos y los enunciados con sentido de la antonimia, además, se eliminan los ítems 17 y 27 por influir negativamente en el valor de la confiabilidad.

A partir de este valor y considerando el trabajo investigativo de Avecillas y Lozano (2016), que describe escalas de clasificación de los niveles de fiabilidad al utilizar el Alfa de Cronbach, que se muestra en el cuadro 2, se concluyó que el valor obtenido indica que el instrumento tiene un nivel muy bueno de fiabilidad.

Cuadro 2: Clasificación de los niveles de fiabilidad según el Alfa de Cronbach

Índice	Nivel de fiabilidad	Valor de Alfa de Cronbach
1	Excelente	0,91 – 1
2	Muy bueno	0,71 – 0,90
3	Bueno	0,51 – 0,70
4	Regular	0,31 – 0,50
5	Deficiente	0 – 0,30

Para la tercera parte del instrumento se procedió a realizar la confiabilidad con el coeficiente KR - 20 de Kuder-Richardson que es usado para medir la consistencia interna de escalas de ítems dicotómicos. Una escala de ítems dicotómicos presenta aseveraciones y las personas optan por las respuestas ‘sí’ o ‘no’, ‘verdadero’ y ‘falso’ con puntajes 1 y 0 respectivamente. P es la proporción de personas de acuerdo con el ítem, y q es la proporción en desacuerdo (Palella, 2003).

Para el presente estudio se realizó una prueba piloto con 10 profesionales de enfermería y los resultados se analizaron utilizando el método de Kuder - Richardson para los ítems de respuestas dicotómicas de la sección del instrumento denominada Contención Física de los pacientes psiquiátricos. La fórmula para calcular la confiabilidad de un instrumento de recolección de datos que tenga dos (2) alternativas de respuestas es tal como lo plantea Arias (2006) citado por Vásquez (2011):

$$r_{20} = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(\frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

Donde:

K = Número de ítems del instrumento

p= Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem.

q= Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem.

σ^2 = Varianza total del instrumento

Los resultados se interpretan de acuerdo con el siguiente cuadro de relación: Significado de los Valores del Coeficiente.

Cuadro 3. Valores del Coeficiente KR - (20).

0	Nula
0,01 – 0,20	Muy baja
0,21 – 0,40	Baja
0,41 – 0,60	Moderada o sustancial
0,61 – 0,80	Alta
0,81 – 0,99	Muy alta
1	Perfecta

Fuente: Palella, S. y Martins, F. (2003, p. 155).

Según el cuadro N. 3 (Anexo B), el valor de $KR-20 = 0,668$; lo que indico una correlación positiva alta para la Contención Física de los pacientes psiquiátricos de manera que el instrumento aplicado es homogéneo; esto representa, que todos los ítems del instrumento de la tercera parte midieron el cuarto objetivo de la investigación

Procedimiento para la Recolección de Datos

Para la recolección de datos se realizaron los siguientes pasos:

1. Se entregó una comunicación por escrito a la Dirección de Docencia e Investigación y al Adjunto de la Coordinación de Docencia e Investigación del Departamento de Enfermería en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
2. Una vez recibida la aceptación, se procedió a la aplicación del instrumento.
3. Se informó al personal de Enfermería sujetos de estudio, sobre los objetivos de la investigación y se solicitó su consentimiento informado.
4. Se explicó la importancia de la confidencialidad y del secreto profesional, motivándolos a responder el cuestionario, el mismo fue empleado a través de un formulario google con la presencia de las investigadoras, enfatizando en el encuestado la manifestación de cualquier duda e interrogante.

Luego de recolectados todos los datos, se organizaron para su debida tabulación

Técnica para el Análisis de Datos

Según Hernández et al. (2014), “los análisis estadísticos son los que se derivan de la aplicación de técnicas que permiten obtener valores cuantitativos. Los análisis estadísticos se llevan a cabo mediante programas computacionales” (p. 308). Después de aplicar el instrumento, se procedió a realizar su tabulación de forma manual, y luego haciendo uso de la estadística descriptiva, se presentarán los resultados en tablas de frecuencia absoluta (N^o) y relativa (%) de las respuestas que evidencian el comportamiento de la variable estudiada.

Capítulo IV

Presentación De Datos Y Análisis De Los Resultados

A continuación, se presentan las tablas que expresan de una forma cuantitativa los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento antes descrito, Propuesta de un Protocolo de Contención Terapéutica dirigido al personal de Enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos periodo Marzo-Septiembre 2025. Luego de obtenida esta información fue necesario hacer el análisis estadístico respectivo. Desde este punto de vista, se ofrecen estos resultados sucesivamente, de acuerdo al orden de las dimensiones e indicadores representativos de la variable estudiada.

Tabla N° 1

Dimensión: Características sociodemográficas

Indicadores: Edad, género, cargo, años de servicio, turno de trabajo.

Indicador	Categoría	fa	%
A. Edad	21-30 años	5	25
	31-40 años	4	20
	41-50 años	8	40
	Más de 50 años	3	15
B. Género	Femenino	12	60
	Masculino	8	40
C. Cargo	Asistente de terapia	3	15
	Enfermero I	-	-
	Enfermero II	16	80
	Magister	1	5
D. Años de servicio	1-5 años	6	30
	6-10 años	6	30
	11-15 años	2	10
	16-20 años	3	15
	Mayor de 20 años	3	15
E. Turno de trabajo	Mañana 7am-1pm	1	5
	Tarde 1pm-7pm	-	-
	Noche 7pm-7am	2	10
	Diurno 7am-7pm	-	-
	Plan de Contingencia 7am-7am	17	85

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 1. Dimensión: características sociodemográficas. Indicadores: edad, género, cargo, años de servicio, turno de trabajo. Para el ítem A, se pudo evidenciar que la mayoría del personal de enfermería encuestado, con un 40% tenían edades comprendidas entre 41 a 50 años, seguido del 25% que tenían edades entre 21 a 30 años. Con respecto al ítem B, el 60% eran de género femenino. En cuanto al ítem C, el 80% eran Licenciados en Enfermería. En afinidad al ítem D, el 30% tenían entre 1 a 5 años de servicio, igualmente el 30% que tenían entre 6-10 años de servicio. Finalmente, el ítem E, el 85% laboraban en un turno de trabajo de plan de contingencia de 24 horas.

Estos resultados se relacionan con el estudio realizado por Aguilera et al., (2023), titulado *Actitudes sobre el uso de contenciones mecánicas en servicios de hospitalización de salud mental: una encuesta española*, donde se observó que la mayoría del personal de enfermería encuestado comprendía una edad media de 41,48 años, a su vez, el 71,60 % eran de sexo femenino, y el 44.9% contaba con 0–10 años de experiencia.

Tabla N° 2

Dimensión: Contención Verbal

Indicadores: Signos de alarma, Respeto al espacio personal, Provocación.

N.	Proposición:	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
De acuerdo a su actuación al momento de abordar al paciente psiquiátrico, durante la Contención Verbal:											
1	¿Identifica los signos de alarma (elevación del tono de voz, intranquilidad, cambio súbito de conducta, labilidad emocional) que evidencia la necesidad de realizar intervención verbal en el paciente?	12	60	7	35	1	5	-	-	-	-
2	¿Mantiene una distancia apropiada ante un contacto amenazante del paciente?	14	70	6	30	-	-	-	-	-	-
3	¿Demuestra una posición frontal con el paciente que evita una actitud de confrontación?	5	25	11	55	3	15	1	5	-	-
4	¿Muestra un lenguaje corporal cerrado como cruzar los brazos o darse la vuelta para evitar provocar la agresividad y desinterés de lo que le pasa al paciente?	-	-	-	-	7	35	3	15	10	50
5	¿Adopta una actitud empática que transmita seguridad y ayuda para no provocar al paciente?	11	55	7	35	2	10	-	-	-	-

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 2. Dimensión: Contención Verbal. Indicadores: Signos de alarma, Respeto al espacio personal, Provocación. Se pudo evidenciar que para el ítem N° 1, el 60% del personal de enfermería encuestado “siempre” identificaban los signos de alarma que evidenciaban la necesidad de realizar intervención verbal en el paciente. Referente al ítem N° 2, el 70% “siempre” mantenía una distancia apropiada ante un contacto amenazante del paciente. En cuanto al ítem N° 3, el 55% “casi siempre” demostraba una posición frontal con el paciente que evita una actitud de confrontación, sin embargo, el 15% manifestó que lo hacía “a veces”. En relación al ítem N° 4, el 50% “nunca” mostraba un lenguaje corporal cerrado como cruzar los brazos o darse la vuelta para evitar provocar la agresividad y desinterés de lo que le pasa al paciente, sin embargo, el 35% manifestó que lo realizaba “a veces”. En lo concerniente al ítem N° 5, el 55% “siempre” adoptaba una actitud empática que transmitiera seguridad y ayuda para no provocar al paciente.

En relación con lo anteriormente descrito, Tucker et al., (2020), en su investigación titulada *Reconocimiento y manejo de la agitación en servicios de salud mental agudos: una evaluación cualitativa de las percepciones del personal*, destaca el rol de la enfermera en la identificación y conocimiento clínico de los signos y síntomas de agitación. En este sentido, la población encuestada describió diferentes signos y síntomas relacionados con la agitación tales como: cambios de ritmo, inquietud y voces elevadas, asimismo, la importancia de la observación del comportamiento, la actividad física de los pacientes, y su capacidad para actuar con rapidez para mitigar la agitación cuando surgían estos signos y síntomas.

A su vez, estos resultados se alinean directamente por lo descrito por Engström et al., (2020), en la investigación titulada *Experiencias de adolescentes sobre los diferentes estilos de interacción del personal en la atención coercitiva a jóvenes en Suecia: un estudio cualitativo* en el "estilo de interacción basado en el cuidado". Este estilo, caracterizado por ser respetuoso y atento, es identificado como el más apreciado por los pacientes hospitalizados en residencias psiquiátricas, pues resuelve situaciones con calma mediante la conversación y es crucial para generar un ambiente seguro y tranquilo. De igual manera, este estudio demostró que la práctica constante de mantener una distancia apropiada no solo garantiza la seguridad, sino que también evita el contacto amenazante, enfatizando que esta acción es esencial para demostrar respeto por el espacio personal y evitar generar una reacción agresiva, una conducta altamente valorada por los pacientes en este estudio.

Tabla N° 3**Dimensión:** *Contención Verbal***Indicadores:** Contacto verbal, Expresión con lenguaje conciso, Reconocimiento de emociones, Escucha activa

N.	Proposición:	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
De acuerdo a su actuación al momento de abordar al paciente psiquiátrico, durante la Contención Verbal:											
6	¿Utiliza un tono de voz adecuado que evite la confrontación o intimidación?	11	55	6	30	3	15	-	-	-	-
7	¿Permite que solo una persona del equipo de salud dirija la intervención?	2	10	5	25	6	30	2	10	5	25
8	¿Comunica la información de forma clara, breve y precisa permitiendo que el paciente comprenda su discurso?	17	85	3	15	-	-	-	-	-	-
9	¿Identifica emociones negativas en el paciente que favorezcan un escenario de agitación?	9	45	10	50	1	5	-	-	-	-
10	¿Valida las emociones del paciente de manera que pueda hacer catarsis y expresar lo que siente?	10	50	9	45	1	5	-	-	-	-
11	¿Escucha activamente lo que expresa el paciente mostrando interés?	15	75	5	25	-	-	-	-	-	-
12	¿Visualiza la realidad del paciente a través de su narrativa, asumiendo que es real?	2	10	7	35	10	50	-	-	1	5

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 3. Dimensión: Contención Verbal. Indicadores: Contacto verbal, Expresión con lenguaje conciso, Reconocimiento de emociones, Escucha activa. Se pudo evidenciar que para el ítem N° 6 el 55% del personal de enfermería “siempre” utilizaba un tono de voz adecuado que evitara la confrontación o intimidación, sin embargo, el 15% respondió que lo hacía “a veces”. En relación al ítem N° 7, un 30% “a veces” permitió que solo una persona del equipo de salud dirija la intervención, un 25% “nunca” y solo un 10% “siempre”. En afinidad al ítem N° 8, el 85% manifestó que “siempre” comunicaba la información de forma clara, breve y precisa permitiendo que el paciente comprendiera su discurso. Referente al ítem N° 9, el 50% “casi siempre” identificaba emociones negativas en el paciente que favorecían un escenario de agitación. En relación al ítem N° 10, el 50% “siempre” validaba las emociones del paciente de manera que pudiera hacer catarsis y expresar lo que sentía. En cuanto al ítem N° 11, el 75% “siempre” escuchaba activamente lo

que expresaba el paciente mostrando interés. Finalmente, al ítem N° 12, 50% “a veces” visualizaba la realidad del paciente a través de su narrativa, asumiendo que es real, seguido del 35% que manifestó que “casi siempre”.

En contra posición a los resultados obtenidos en el ítem N°7, Lavelle et al. (2024), en el estudio sobre *desescalada en entornos de salud mental*, demostraron que la ausencia de un líder único puede interferir en la coordinación del equipo y comprometer la seguridad y la eficacia de las intervenciones, aunado, la falta de una voz principal dificulta la toma de decisiones unificada en esos momentos críticos, exponiendo al personal al riesgo de una respuesta inoportuna.

Por otra parte, los resultados obtenidos en el indicador “expresión con lenguaje conciso” se relacionan con la evidencia demostrada por Bachmann (2023), en su investigación *protección de los pacientes durante la implementación de restricciones mecánicas*, en la que la mayoría de los participantes encuestados enfatizaron la importancia de transmitir información clara y precisa al paciente para asegurarlo y prevenir trauma. Asimismo, el resultado del indicador escucha activa, se relacionan con el estudio de Pratt et al., (2021), quienes destacan que la escucha activa es un medio clave para comprender lo que expresa el usuario y mostrar una preocupación auténtica, facilitando el desarrollo de una buena relación.

No obstante, esta fortaleza comunicativa se debilita en la demostración empática profunda, en la que el personal muestra un bajo cumplimiento al visualizar la realidad del paciente a través de su narrativa, esta inconsistencia, socava directamente la aplicación de la Ley de Miller. Este precepto teórico es fundamental en el manejo de la agitación, ya que indica que, para generar interés, confianza y disminuir el grado de agitación, el personal debe asumir que lo que dice el paciente es cierto y procurar visualizar su realidad. El hecho de que la mayoría del personal lo aplique solo ocasionalmente sugiere que, si bien la habilidad técnica de la escucha es alta, el personal no está logrando traducir la intención de cuidado en la validación empática profunda requerida, lo cual es ineludible para establecer el vínculo de confianza que permite la desescalada, además, puede resultar contraproducente si el paciente lo percibe como una falta de autenticidad o desinterés.

Tabla N° 4

Dimensión: Contención Verbal**Indicadores:** Acuerdos, Normativa y límites, Opciones, Comunicación interprofesional.

N.	Proposición:	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
De acuerdo a su actuación al momento de abordar al paciente psiquiátrico, durante la Contención Verbal:											
13	¿Promueve puntos de acuerdo que permitan minimizar la confrontación directa?	7	35	10	50	3	15	-	-	-	-
14	¿Entiende el estado psicótico del paciente, respetando los comportamientos y conductas producto de ello?	16	80	4	20	-	-	-	-	-	-
15	¿Promueve los límites que garanticen la seguridad del paciente y del entorno, sin caer en la arbitrariedad?	16	80	4	20	-	-	-	-	-	-
16	¿Comunica las normativas de la institución, fomentando el respeto y la cooperación durante la estadía hospitalaria?	19	95	1	5	-	-	-	-	-	-
17	¿Evita prometer al paciente opciones que no pueda cumplir luego?	11	55	3	15	3	15	1	5	2	10
18	¿Comunica al resto del equipo de salud lo que está ocurriendo para coordinar la situación en caso de una agitación fuerte en el paciente?	18	90	2	10	-	-	-	-	-	-

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 4, Dimensión: Contención Verbal. Indicadores: Acuerdos, Normativa y límites, Opciones, Comunicación interprofesional. En afinidad con el ítem N° 13 el 50% del personal de enfermería “casi siempre” promovió puntos de acuerdo que permitían minimizar la confrontación directa, sin embargo, un 15% manifestaron “a veces”. Referente al ítem N° 14, el 80% “siempre” entendía el estado psicótico del paciente, respetando los comportamientos y conductas producto de ello. En cuanto a el ítem N° 15, el 80% “siempre” promovía los límites que garantizaban la seguridad del paciente y del entorno, sin caer en la arbitrariedad. En relación al ítem N° 16, el 95% “siempre” comunicaba las normativas de la institución, fomentando el respeto y la cooperación durante la estadía hospitalaria. Concerniente al ítem N° 17, el 55% “siempre” evitaba prometer al paciente opciones que no podía cumplir luego, a diferencia del 15% que indicaron que “a veces” y el 10% que

manifestaron que “nunca”. Finalmente, para el ítem N° 18, el 90% “siempre” comunicaba al resto del equipo de salud lo que estaba ocurriendo para coordinar la situación en caso de una agitación fuerte en el paciente.

Al examinar estos resultados, se observa que existe una gran similitud con las intervenciones realizadas en la investigación de Celofiga et al., (2022), donde capacitaron al personal de enfermería sobre técnicas en la desescalada verbal, las cuales incluía aspectos importantes como identificar los deseos y sentimientos de los pacientes, así como los límites y establecimiento de reglas, concluyendo que con la aplicación de estas intervenciones se logró reducir la agresión y restricciones en el paciente.

Por su parte, la investigación realizada por Missouridou et al., (2022), refuerza la práctica del establecimiento de límites, en la cual una parte de las enfermeras encuestadas indicaron que este, se trata de uno de los aspectos más importantes del tratamiento de los pacientes, además de ser fundamental para una colaboración exitosa entre pacientes y enfermeras.

Por su parte, Fernández et al., (2020), en su estudio sobre *las alternativas al uso de las restricciones mecánicas en el manejo de la agitación en pacientes psiquiátricos*, demostraron que respetar las preferencias del paciente y las acciones como consecuencia del estado psicótico, se asocia con el logro de una mejor relación terapéutica y menores tasas de incidentes violentos y uso de restricción mecánica.

Tabla N° 5

Dimensión: Contención Farmacológica**Indicadores:** Prescripción médica, Preparación de tratamiento, Valoración, Monitoreo de signos vitales, Educación al paciente, Registro de enfermería

N.	Proposición:	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
	De acuerdo a su actuación al momento de abordar al paciente psiquiátrico, durante la Contención Farmacológica:										
19	Cuándo un paciente presenta agitación / agresividad ¿verifica en la hoja del tratamiento que fármaco SOS tiene indicado?	18	90	2	10	-	-	-	-	-	-
20	¿Confirma que el medicamento prescrito sea el indicado para la agitación del paciente?	17	85	3	15	-	-	-	-	-	-
21	¿Identifica la farmacocinética (absorción, distribución, metabolismo y eliminación) del medicamento indicado?	12	60	4	20	3	15	1	5	-	-
22	¿Reconoce la farmacodinamia (efectos bioquímicos y fisiológicos) del medicamento en el organismo del paciente?	13	65	5	25	2	10	-	-	-	-
23	¿Valora el nivel de sedación del paciente, posterior a la administración del fármaco SOS indicado?	17	85	2	10	1	5	-	-	-	-
24	¿Valora el estado mental del paciente e identifica posibles riesgos tras el cumplimiento del fármaco SOS indicado?	18	90	1	5	1	5	-	-	-	-
25	¿Monitoriza constantes vitales cada hora, luego de la administración del fármaco SOS?	2	10	6	30	9	45	3	15	-	-
26	¿Se asegura que el paciente comprenda el propósito de la contención?	20	100	-	-	-	-	-	-	-	-
27	¿Registra el cumplimiento del SOS indicado en la hoja de tratamiento?	17	85	2	10	1	5	-	-	-	-
28	¿Registra en la evolución de enfermería el motivo de la contención farmacológica, como también el estado mental del paciente?	18	90	2	10	-	-	-	-	-	-

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 5, Dimensión: Contención Farmacológica. Indicadores: Prescripción médica, Preparación de tratamiento, Valoración, Monitoreo de signos vitales, Educación al

paciente, Registro de enfermería. Se pudo evidenciar que para el ítem N° 19, el 90% del personal de enfermería “siempre” verificaba en la hoja del tratamiento qué fármaco SOS tenía indicado el paciente cuando presentara agitación / agresividad. Referente al ítem N° 20, el 85% “siempre” confirmaba que el medicamento prescrito fuese el indicado para la agitación del paciente. En relación al ítem N° 21, el 60% “siempre” identificaba la farmacocinética del medicamento indicado, a diferencia del 15% indicaron que “a veces”.

Concerniente al ítem N° 22, el 65% “siempre” reconocía la farmacodinamia del medicamento en el organismo del paciente, a diferencia del 10% que manifestaron que “a veces”. En cuanto al ítem N° 23, el 85% “siempre” valoraba el nivel de sedación del paciente, posterior a la administración del fármaco SOS indicado. Respecto al ítem N° 24, el 90% “siempre” valoraba el estado mental del paciente e identificaba posibles riesgos tras el cumplimiento del fármaco SOS indicado. En afinidad con el ítem N° 25, el 45% “a veces” monitorizaba constantes vitales cada hora, luego de la administración del fármaco SOS, sin embargo, un 15% señalaron “casi nunca”. Por su parte, en el ítem N° 26, el 100% “siempre” se aseguraba que el paciente comprendiera el propósito de la contención. Para el ítem N° 27, el 85% “siempre” registraba el cumplimiento del SOS indicado en la hoja de tratamiento. Finalmente, para el ítem N° 28, el 90% “siempre” registraba en la evolución de enfermería el motivo de la contención farmacológica, como también el estado mental del paciente.

Los resultados obtenidos guardan relación con el estudio realizado por Tucker et al., (2020), donde el personal de enfermería encuestado describió que la selección del medicamento debe estar guiada por escalas de agitación, es decir, la medicación y su tipo va a depender del nivel de agitación del paciente, a su vez resaltaron que la medicación se utiliza cuando las intervenciones no farmacológicas han fallado o la agitación ha escalado. Por otra parte, se establece una estrecha relación con los hallazgos de Danda (2020), quien resalta, que los profesionales de enfermería encuestados, informaron sobre los esfuerzos realizados para incluir a los pacientes en la planificación de la atención y educarlos sobre el uso del fármaco SOS como una intervención terapéutica. Adicionalmente, el personal encuestado señala que la evaluación de riesgos (incluidos los efectos secundarios del medicamento) es integral al proceso de toma de decisiones.

Por otro lado, los resultados del indicador monitoreo de signos vitales, discrepa de la investigación realizada por Bachmann (2023), en donde la mayoría de los participantes afirmaron que era crucial monitorear los signos vitales, señalando que la falta de consistencia

en el monitoreo continuo posterior a la administración del fármaco compromete la seguridad, ya que expone al paciente al riesgo de efectos adversos no detectados.

Tabla N° 6

Dimensión: *Contención Física*

Indicadores: Agotamiento de otras medidas, Prescripción médica, Preparación del entorno.

N.	Proposición:	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	Fa	%
De acuerdo a su actuación al momento de abordar al paciente psiquiátrico, durante la Contención Física:											
29	¿Se asegura de haber agotado todas las medidas previas (verbales y farmacológicas) antes de aplicar la contención física?	13	65	7	35	-	-	-	-	-	-
30	¿Confirma que la contención física se aplica al paciente cuando exista un riesgo de daño para sí mismo, para terceros y para su entorno, y que dicho riesgo sea inminente e incontrolable por otros medios?	19	95	1	5	-	-	-	-	-	-
31	¿Verifica que la indicación de la orden de contención física esté clara y detallada en la historia clínica del paciente?	14	70	3	15	2	10	1	5	-	-
32	¿Prepara previamente el entorno (habitación) para garantizar la seguridad y bienestar al paciente durante la contención física?	17	85	3	15	-	-	-	-	-	-
33	¿Verifica que el material de contención física esté completo y en buen estado?	18	90	2	10	-	-	-	-	-	-
34	¿Revisa al paciente observando que no tenga objetos punzocortantes y encendedores al momento de aplicar la contención física?	15	75	4	20	1	5	-	-	-	-
35	¿Se desprende como personal de enfermería de objetos que pueden causar daño o representen un riesgo para el paciente como (tijeras, inyectadoras, pinzas, estetoscopios, porta carnet), al momento de aplicar la contención física?	20	100	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla 6, Contención Física. Indicadores: Agotamiento de otras medidas, Prescripción médica, Preparación del entorno. Para el ítem 29, el 65% del personal de enfermería “siempre” se aseguraba de haber agotado todas las medidas previas antes de aplicar la contención física. Referente al ítem 30, el 95% “siempre” confirmaba que la

contención física se aplicaba al paciente cuando existía un riesgo de daño para sí mismo, para terceros y para su entorno, y que dicho riesgo fuera inminente e incontrolable por otros medios. En el ítem 31, el 70% “siempre” verificaba que la indicación de la orden de contención física estuviera clara y detallada en la historia clínica del paciente, sin embargo, un 10% lo hacía “a veces” y un 5% “casi nunca”. Para el ítem 32, el 85% “siempre” preparaba previamente el entorno (habitación) para garantizar la seguridad y bienestar al paciente durante la contención física. En relación con el ítem 33, el 90% “siempre” verificaba que el material de contención física esté completo y en buen estado. Concerniente al ítem 34, el 75% “siempre” revisaba al paciente observando que no tuviera objetos punzocortantes y encendedores al momento de aplicar la contención física. Finalmente, el ítem 35, el 100% “siempre” se desprendía de objetos que pudieran causar daño o representaran un riesgo para el paciente, al momento de aplicar la contención física.

Estos resultados se asemejan con la investigación realizada por Sanjuán et al., (2023), donde el 75% del personal de enfermería encuestado afirmaron que dichas medidas están justificadas bajo los siguientes casos: 14%: evitación de arranque de dispositivos terapéutico; 30,5% para situaciones que supongan un riesgo para el paciente y el profesional; 30,5%: cuando no existe otra alternativa menos perjudicial. De igual manera, ninguno de los encuestados manifestó que se puede justificar el uso de estas medidas para la comodidad de los profesionales o de las personas del entorno ni cree conveniente justificarlo como medida de castigo.

Asimismo, se encontró gran similitud con los resultados de la investigación de Pradhan et al., (2019), en donde se evidenció que la mayoría de las enfermeras 86,3% indicó que "la restricción física es una práctica de protección de la seguridad del paciente". El 51,3% "la restricción física es un procedimiento para proteger a las enfermeras de cualquier daño inesperado" y el 76,9% “la restricción física debe ser el último recurso en el abordaje del paciente, centrándose primero en la restricción verbal y química”.

Por otro lado, algunos de los resultados difieren con los encontrados por RENTAL et al., (2019), en su estudio, solo el 20% del personal declaró haber utilizado métodos alternativos antes de inmovilizar al paciente y solo el 6% del personal de enfermería declaró haber recibido órdenes escritas para la aplicación de contenciones.

Tabla N° 7

Dimensión: *Contención Física***Indicadores:** Orientación al paciente, Intervenciones secuenciales.

N.	Proposición:	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
De acuerdo a su actuación al momento de abordar al paciente psiquiátrico, durante la Contención Física:											
36	¿Orienta al paciente sobre las medidas terapéuticas que no es un castigo, sino que se realiza para preservar la integridad física y mental del mismo?	18	90	2	10	-	-	-	-	-	-
37	¿Le explica el motivo de la contención física, sus opciones terapéuticas para que el paciente colabore con el procedimiento?	16	80	4	20	-	-	-	-	-	-
38	¿Considera que cuatro o cinco personas no serían suficientes para realizar el procedimiento si el paciente no coopera?	5	25	5	25	6	30	2	10	2	10
39	Una vez en la habitación, ¿posiciona al paciente sobre la cama en decúbito supino, iniciando la inmovilización con los dispositivos de contención?	18	90	2	10	-	-	-	-	-	-
40	¿Realiza la inmovilización con el cinturón abdominal, seguido de las sujeciones en extremidades y por último la sujeción en tórax?	9	45	8	40	1	5	-	-	2	10

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla 7, Contención Física. Indicadores: Orientación al paciente, Intervenciones secuenciales. En relación al ítem N° 36, el 90% del personal de enfermería encuestado “siempre” orientaba al paciente sobre las medidas terapéuticas que no es un castigo, sino que se realiza para preservar la integridad física y mental del mismo. Referente al ítem 37, el 80% “siempre” explicaba el motivo de la contención física, sus opciones terapéuticas para que el paciente colaborara con el procedimiento. En relación a el ítem N° 38, el 30% “a veces” consideraba que cuatro o cinco personas no serían suficientes para realizar el procedimiento si el paciente no coopera, a diferencia del 25% que manifestaron que “siempre” y otro 25% que indicó que “casi siempre”. Referente al ítem N° 39, el 90% “siempre” una vez en la habitación, posicionaba al paciente sobre la cama en decúbito supino, iniciando la inmovilización con los dispositivos de contención. Finalmente, al ítem N° 40, el 45% “siempre” realizaba la inmovilización con el cinturón abdominal, seguido de las sujeciones

en extremidades y por último la sujeción en tórax, a diferencia del 10% que señalaron que “nunca”.

Estos resultados se relacionan con la investigación realizada por Butterworth (2022), *sobre las experiencias de pacientes y miembros del personal sobre prácticas restrictivas en entorno de internación de salud mental aguda*, donde a través de la revisión bibliográfica quedó evidenciado desde la perspectiva de los pacientes que la calidad de la comunicación se describió como fundamental para ayudarles a comprender por qué se les restringía o aislaba. Además, la calidad de la comunicación con el personal podía determinar si una situación se agravaba hasta el punto de requerir una restricción. A su vez, los pacientes describieron la ausencia de comunicación durante y después de la restricción, por ejemplo, la falta de una sesión informativa. Esto generó emociones y preguntas sin resolver tras el incidente, así como la sensación de que la restricción era injusta.

Por otra parte, a nivel profesional solo uno de los 12 estudios revisados por Butterworth (2022), describió casos de comunicación eficaz entre el personal durante la contención. En este sentido, la comunicación eficaz se caracterizó por un enfoque sereno, claro y transparente que explicaba el proceso de contención. El relato demuestra cómo una comunicación eficaz entre el personal puede mejorar la experiencia del paciente, promover la comprensión de la contención, reducir la probabilidad de intensificación del comportamiento y permitir su colaboración.

Tabla N° 8

Dimensión: Contención Física**Indicadores:** Cuidados de enfermería

N.	Proposición:	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
De acuerdo a su actuación al momento de abordar al paciente psiquiátrico, durante la Contención Física:											
41	¿Valora el estado general del paciente cada 15 o 30 minutos post contención física, durante la primera hora, y ajusta las rondas según la evolución clínica?	9	45	7	35	4	20	-	-	-	-
42	¿Valora la tolerancia del paciente a la sujeción, su nivel de agitación, agresividad y ansiedad?	13	65	7	35	-	-	-	-	-	-
43	¿Mantiene la cabecera de la cama elevada a 30° o 45° para facilitar la respiración y prevenir la broncoaspiración?	10	50	5	25	5	25	-	-	-	-
44	¿Verifica el estado de hidratación del paciente de forma regular, cuando la condición clínica lo permita?	13	65	4	20	3	15	-	-	-	-
45	¿Proporciona asistencia en el momento de la alimentación del paciente?	20	100	-	-	-	-	-	-	-	-
46	¿Ofrece dispositivos (patos, pitos), facilitando la micción y promoviendo una eliminación fisiológica y regular?	16	80	2	10	2	10	-	-	-	-

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 8, Contención Física. Indicadores: Cuidados de enfermería. Se pudo evidenciar para el ítem N° 41, el 45% del personal de enfermería encuestado “siempre” valoraba el estado general del paciente cada 15 o 30 minutos post contención física, durante la primera hora, y ajustaba las rondas según la evolución clínica, a diferencia del 20% que manifestaron “a veces”. En relación al ítem 42 el 65% “siempre” valoraba la tolerancia del paciente a la sujeción, su nivel de agitación, agresividad y ansiedad. En afinidad con el ítem 43, el 50% “siempre” mantenía la cabecera de la cama elevada a 30° o 45° para facilitar la respiración y prevenir la broncoaspiración, a diferencia del 25% que señalaron que “a veces”. En el ítem 44, el 65% “siempre” verificaba el estado de hidratación del paciente de forma regular, cuando la condición clínica lo permite, a diferencia del 15% que manifestaron “a veces”. Para el ítem 45, el 100% “siempre” proporcionaba asistencia en el momento de la

alimentación del paciente. Por último, para el ítem 46, el 80% “siempre” ofrecía dispositivos (patos, pitos), facilitando la micción y promoviendo una eliminación fisiológica y regular, sin embargo, un 10% lo realizaba “a veces.

Al analizar lo expuesto, existió estrecha relación con los resultados de Pradhan et al., (2019), en donde la mayoría de las enfermeras encuestadas, afirmaron que después de la restricción física se deben evaluar y registrar periódicamente los siguientes parámetros: integridad cutánea, síntomas de circulación (brazos y piernas), color, signos vitales, estado de conciencia, comunicación. Asimismo, durante la práctica de la restricción física, para garantizar la seguridad del paciente, el 82,1% de las enfermeras manifestó que “siempre” revisa al paciente inmovilizado una vez cada 2 horas, el 84.6% “siempre” le explica al paciente las razones de la restricción, el 93.2% “siempre” se encarga de la respiración, nutrición, hidratación y necesidades de eliminación y el 65.8% “siempre” se comunica con el paciente mientras esté sujeto físicamente.

Por otra parte, en el estudio realizado por RENTAL (2019), las enfermeras informaron que el pulso y el color de la extremidad restringida (92%) fueron los factores más monitoreados durante el uso de la restricción, lo que asemeja con los resultados encontrados en esta investigación.

Tabla N° 9

Dimensión: Contención Física**Indicadores:** Procedimiento para el retiro, Retroalimentación post-contención, Registro y evolución de enfermería.

N.	Proposición:	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	Fa	%	fa	%	fa	%
	De acuerdo a su actuación al momento de abordar al paciente psiquiátrico, durante la Contención física:										
47	¿Reevalúa la necesidad de mantener la contención física antes de iniciar el retiro, asegurando alcanzar el objetivo terapéutico?	17	85	3	15	-	-	-	-	-	-
48	¿Libera las extremidades y el tórax de forma progresiva y alterna, manteniendo la contención del tronco y reevaluando la respuesta tras cada descontención?	12	60	6	30	1	5	-	-	1	5
49	¿Realiza una retroalimentación con el paciente post contención, para que exprese sus sentimientos, procese la información y mejore su comprensión en cuanto al motivo de la contención física?	12	60	6	30	2	10	-	-	-	-
50	¿Realiza una retroalimentación con el equipo de salud permitiendo identificar lecciones aprendidas, discutir errores sin juicio y proponer soluciones de mejora?	9	45	7	35	4	20	-	-	-	-
51	¿Registra en la evolución de enfermería de manera detallada el motivo que originó la contención física?	17	85	2	10	1	5	-	-	-	-
52	¿Realiza un registro narrativo incluyendo inicio, duración, cuidados de enfermería y retiro de la contención física?	12	60	7	35	-	-	1	5	-	-

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla 9, Dimensión: Contención Física. Indicadores: Procedimiento para el retiro, Retroalimentación post-contención, Registro y evolución de enfermería. Para el ítem 47, el 85% del personal de enfermería encuestado “siempre” reevaluaba la necesidad de

mantener la contención física antes de iniciar el retiro, asegurando haber alcanzado el objetivo terapéutico. En relación con el ítem 48, el 60% “siempre” liberaba las extremidades y el tórax de forma progresiva y alterna, manteniendo la contención del tronco y reevaluando la respuesta tras cada descontención.

Concerniente al ítem 49, el 60% “siempre” realizaba una retroalimentación con el paciente post contención, para que expresara sus sentimientos, procesara la información y mejorara su comprensión en cuanto al motivo de la contención física. En relación al ítem 50, el 45% “siempre” realizaba una retroalimentación con el equipo de salud permitiendo identificar lecciones aprendidas, discutir errores sin juicio y proponer soluciones de mejora, a diferencia de un 20% que indicó “a veces”. Por su parte, en el ítem 51, el 85% “siempre” registraba en la evolución de enfermería de manera detallada el motivo que originó la contención física. Referente al ítem 52, el 60% “siempre” realizaba un registro narrativo incluyendo inicio, duración, cuidados de enfermería y retiro de la contención física.

Los resultados expuestos se alinean directamente con las conclusiones de Hammervold et al., (2019), en donde se demostró que la revisión post incidente contribuyó a promover los procesos de recuperación. En este sentido, los profesionales sanitarios informaron que dicha comunicación contribuyó a una mayor reflexividad profesional, lo que a su vez resultó en una mejor atención al paciente. Además, esta intervención pareció proporcionar a los pacientes una manera de procesar y estimular la comprensión de la situación al hablar de ella, con el objetivo de promover la esperanza y la conexión.

De igual forma, existe concordancia con lo explicado por Johnston et al., (2022), quienes describen estas sesiones informativas como un sistema de apoyo crucial para que el personal procese incidentes traumáticos y, al mismo tiempo, mejore las estrategias de desescalada futuras, aunado, el personal encuestado hizo sugerencias para incluir a los pacientes en las sesiones informativas y así mejorar la comprensión de los aspectos exitosos y fallidos de las estrategias de desescalada empleadas

Tabla N° 10**Dimensión:** *Contención Física***Indicadores:** Prescripción médica, Intervenciones secuenciales.

N.	Proposición:	SI		NO	
		fa	%	Fa	%
	De acuerdo a su actuación al momento de abordar al paciente psiquiátrico, durante la Contención física:				
53	Prevía revisión de la indicación médica ¿Considera que posee autonomía para aplicar la contención física, aunque no esté presente el médico de guardia?	20	100	-	-
54	Ante la colaboración del paciente con la contención física, ¿Considera usted que dos personas es suficiente para realizar el procedimiento?	12	60	8	40
55	Ante la cooperación del paciente, ¿Usted considera que se evita primero el forcejeo y, en segundo lugar, causarle daño al paciente?	19	95	1	5
56	¿Cuándo el paciente no colabora, realiza la inmovilización física, de preferencia cuando el paciente esté distraído?	14	70	6	30
57	Si el paciente no colabora, ¿Realiza una caída controlada al suelo, en la que cada enfermero sujeta una extremidad y la cabeza para controlarlo, permitiendo así que el traslado a la habitación sea seguro?	18	90	2	10

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 10, Dimensión: Contención Física. Indicadores: Prescripción médica, Intervenciones secuenciales. Se pudo evidenciar que para el ítem N° 53, el 100% del personal de enfermería encuestado, manifestó que previa revisión de la indicación médica “si” consideraba que poseía autonomía para aplicar la contención física, aunque no esté presente el médico de guardia. Referente al ítem N° 54, el 60% “si” consideraba que dos personas son suficiente para realizar el procedimiento ante la colaboración del paciente con la contención física, sin embargo, un 40% señalaron que “no”. En relación al ítem N° 55, el 95% consideraba que ante la cooperación del paciente “si” evitaba primero el forcejeo y, en segundo lugar, causarle daño al paciente. Concerniente al ítem N° 56, el 70% manifestó que “si” realizaba la inmovilización física, de preferencia cuando el paciente estaba distraído, si este no estaba colaborador, a diferencia de un 30% que indicaron que “no”. Finalmente, para el ítem 57, el 90% “si” realizaba una caída controlada al suelo, en la que cada enfermero sujeta una extremidad y la cabeza para controlarlo, permitiendo así que el traslado a la habitación fuera seguro, si el paciente no colaboraba.

Estos resultados se asemejan con el estudio realizado por Sanjuán et al., (2023), en donde el 85% del profesional de salud mental encuestado estuvo de acuerdo o muy de acuerdo con que las sujeciones previenen riesgos y lesiones, y el 95% manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo con que las sujeciones podrían evitarse si existieran más recursos para aumentar el personal sanitario.

Por otro lado, se pudo observar que existe discrepancia con la investigación realizada por Pradhan et al., (2019), en la que señala que el 65,8% del personal de enfermería encuestado niega que “la sujeción física de los pacientes es un acto autónomo de enfermería” sin embargo, en otra de las proposiciones realizadas el 41% afirma que la restricción física es un procedimiento de Medicina y enfermería.

www.bdigital.ula.ve

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

En relación a los objetivos planteados y los resultados encontrados en el presente estudio se concluyó que el personal de Enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica De Agudos (UPA) manifestó lo siguiente:

En cuanto al primer objetivo, el cual identificó las características sociodemográficas del personal de Enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA) en el periodo marzo-septiembre 2025, los resultados demostraron que la mayoría del personal encuestados tenían entre 41 a 50 años de edad, eran de género femenino, Licenciados en Enfermería, con menos de 10 años de servicio, y laboraban en un turno de plan de contingencia (24 horas).

Referente al segundo objetivo, que diagnosticó el conocimiento sobre la contención terapéutica que posee el personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos, (UPA) periodo marzo – septiembre 2025. Mérida – Venezuela.

Para la dimensión Contención Verbal, la mayoría del personal encuestado, siempre identificaban los signos de alarma que evidencian la necesidad de realizar intervención verbal en el paciente, siempre mantenían una distancia apropiada ante un contacto amenazante del paciente, siempre adoptaban una actitud empática que transmitiera seguridad y ayuda para no provocar al paciente, siempre utilizaban un tono de voz adecuado que evitara la confrontación o intimidación, siempre comunicaban la información de forma clara, breve y precisa permitiendo que el paciente comprendiera su discurso, siempre validaba las emociones del paciente de manera que pudiera hacer catarsis y expresara lo que siente, siempre escuchaba activamente lo que expresa el paciente mostrando interés

A su vez, casi siempre identificaban emociones negativas en el paciente que favorecen un escenario de agitación, casi siempre promovían puntos de acuerdo que

permitían minimizar la confrontación directa, a veces permitían que solo una persona del equipo de salud dirigiera la intervención, a veces visualizaban la realidad del paciente a través de su narrativa, asumiendo que es real, sin embargo un porcentaje que aunque no era mayoritario pero si significativo, a veces no respetaban el espacio personal y a veces mantenían una conducta de confrontación con el paciente.

Referente a la contención farmacológica, la mayoría del personal encuestado, siempre verificaba en la hoja del tratamiento qué fármaco SOS tenia indicado el paciente cuando presenta agitación / agresividad, siempre confirmaba que el medicamento prescrito fuera el indicado para la agitación del paciente, siempre valoraban el nivel de sedación y el estado mental del paciente, posterior a la administración del fármaco SOS indicado, siempre se aseguraban que el paciente comprendiera el propósito de la contención, siempre registraba el cumplimiento del SOS indicado en la hoja de tratamiento, siempre registraba en la evolución de enfermería el motivo de la contención farmacológica, como también el estado mental del paciente, no obstante, un porcentaje minoritario pero significativo, a veces identifican la farmacocinética y farmacodinamia de los psicofármacos y casi nunca monitorizan los signos vitales luego de la administración del SOS.

En relación a la dimensión contención física, siempre se aseguraban de haber agotado todas las medidas previas, siempre preparaban previamente el entorno para garantizar la seguridad y bienestar al paciente durante la contención física, siempre orientaban al paciente sobre las medidas terapéuticas que no es un castigo, sino que se realiza para preservar la integridad física y mental del mismo, siempre ofrecían patos, pitos facilitando la micción y promoviendo una eliminación fisiológica y regular, siempre reevaluaban la necesidad de mantener la contención física antes de iniciar el retiro, asegurando alcanzar el objetivo terapéutico, siempre realizaban una retroalimentación con el paciente post contención, para que exprese sus sentimientos, procese la información y mejore su comprensión en cuanto al motivo de la contención física, y la mayoría manifestó que a veces considera que cuatro o cinco personas no serían suficientes para realizar el procedimiento si el paciente no coopera.

Asimismo, es importante señalar que, un porcentaje que aunque no es mayoritario pero si significativo, a veces verificaba que la indicación de la orden de contención física esté clara y detallada en la historia clínica del paciente, nunca realizaban la inmovilización con el cinturón abdominal, seguido de las sujeciones en extremidades y por último la sujeción en tórax, a veces valoraba el estado general cada 15 o 30 minutos post contención física, durante

la primera hora, y ajustaba las rondas según la evolución clínica , a veces realizaba una retroalimentación con el equipo de salud permitiendo identificar lecciones aprendidas, discutir errores sin juicio y proponer soluciones de mejora y casi nunca realiza el registro en la evolución de enfermería y

Por otra parte, la mayoría de la población encuestada manifestó que si poseía autonomía para aplicar la contención física, aunque no esté presente el médico de guardia, si consideraban que dos personas son suficiente para realizar el procedimiento ante la colaboración del paciente con la contención física, si evitaban primero el forcejeo y, en segundo lugar, causarle daño al paciente, asimismo, cuándo el paciente no colabora, si realizaban la inmovilización física, de preferencia cuando el paciente esté distraído, Finalmente, si realizaban una caída controlada al suelo, en la que cada enfermero sujeta una extremidad y la cabeza para controlarlo, permitiendo así que el traslado a la habitación sea seguro, si el paciente no colabora.

En cuanto al tercer objetivo, que estableció la factibilidad del protocolo de contención terapéutica, se percató describir la factibilidad institucional, técnica, social y económica del mismo.

Para el cuarto objetivo, que diseñó la propuesta del protocolo de contención terapéutica, tuvo relevancia la información y orientación de las revisiones previas, para fundamentar la propuesta del protocolo y de esta manera promover el manejo seguro y efectivo del paciente.

Referente al quinto objetivo, que validó el diseño del protocolo de contención terapéutica, se tomó en cuenta el estadio analítico para la validación de contenido, la cual fue realizada por tres expertos en el área, dos licenciadas de enfermería con maestrías y experiencia en el área de psiquiatra y un médico psiquiatría, cuyo conocimiento y experiencia fueron fundamentales en la evaluación de la propuesta. Estos especialistas respondieron a un instrumento de validación que incluyó los criterios relacionados con la identificación de la propuesta, la presentación y el desarrollo del proceso, para validar la descripción, justificación, fundamentación teórica, objetivo de la propuesta y las intervenciones. A través de este proceso los especialistas en el área realizaron observaciones precisas y pertinentes,

que contribuyeron significativamente a la revisión y modificación final, garantizando así una propuesta confiable y relevante.

Recomendaciones:

- Presentar los resultados de la investigación a la dirección del IAHULA, a las autoridades pertinentes (Jefes, Coordinadores) y al personal de Enfermería de la Unidad Psiquiátrica de Agudos, de manera que tomen en consideración la correcta aplicación del protocolo de contención terapéutica
- A los docentes de la Escuela de Enfermería y a la Unidad Docente Asistencial de Psiquiatría del IAHULA, se sugiere la realización de talleres educativos y jornadas académicas relacionados con el manejo de la agitación del paciente psiquiátrico, enfocados en fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas en cada etapa del proceso de contención terapéutica asegurando que el personal esté completamente preparado y actualizado, además de impulsar interés para investigar temas de relevancia o asociados con la misma.
- Fomentar en el personal de enfermería la adherencia de la aplicación del protocolo de contención terapéutica, con el fin promover una cultura de estandarización y cumplimiento del protocolo para garantizar una práctica segura, uniforme, así como también una atención de mayor calidad y una experiencia terapéutica más positiva para todos los involucrados
- A futuros investigadores dar continuidad a este proyecto factible, al llevar a cabo las fases de ejecución y evaluación, teniendo como propósito mejorar continuamente el protocolo existente y asegurar su correcta implementación, lo cual, no solo aporta validez y enriquecerá los hallazgos actuales, sino que también contribuirá a la evolución de las prácticas de contención terapéutica en el ámbito clínico

Capítulo VI

LA PROPUESTA

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA

Triada D “Mente Segura”

(Diálogo, Dosis, Dignidad)



“Transformando la contención de un acto de restricción a uno de cuidado y protección”

Fundamentación de la Propuesta

El diseño de un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), se fundamenta en la necesidad de estandarizar y humanizar las intervenciones de enfermería en situaciones de crisis, auto y heteroagresividad, intentos suicidas y pérdida del control de las emociones, que requieren un manejo seguro y efectivo del paciente.

De esta manera, la contención terapéutica es planteada con el fin de garantizar la seguridad tanto del paciente como del equipo de salud, y asegurar que cada intervención de enfermería se realice con un enfoque terapéutico, respetuoso y ético, teniendo en cuenta que, el componente central de esta propuesta es el trato humanitario del paciente para que éste se sienta protegido, no castigado, lo cual es fundamental para su recuperación y bienestar a largo plazo.

Por otra parte, se busca estandarizar la contención para que no sea empleada solo como una medida de seguridad, sino además como una acción terapéutica que se convierte en una herramienta consciente y controlada que permita reducir la variabilidad en la respuesta del personal, minimizando así, el riesgo de intervenciones ineficaces, excesivas o potencialmente traumáticas, lo cual, incrementa la confianza del paciente y el bienestar del personal.

En este orden de ideas, Campo y Campo (2017), mencionan desde el ámbito del cuidado enfermero que la contención o acompañamiento terapéutico se conoce como “el procedimiento realizado con la finalidad de acoger, proteger y cuidar a una persona de las lesiones autoinflingidas o dirigidas a otros” (p.5). De igual manera, dichos autores describen las etapas que fueron empleadas en este protocolo, que comprende tres: contención verbal que incluye el uso de la comunicación y el diálogo empático, contención farmacológica, la cual se trata de la administración de psicofármacos y contención física, que involucra el uso de dispositivos o técnicas manuales para restringir el movimiento del paciente, esta es usada como último recurso cuando ya se han agotado al máximo las intervenciones anteriores.

Justificación de la propuesta

El planteamiento de un protocolo estandarizado, proporciona una guía clara que promueve principalmente el uso de medidas menos coercitivas como la desescalada verbal y la contención farmacológica, dejando que la contención física sea el último recurso y que, cuando se aplique, se haga con el máximo respeto por la dignidad humana. A su vez, el uso del protocolo asegura que las intervenciones sean unificadas y apropiadas de acuerdo a la condición del paciente, minimizando el potencial de trauma físico y psicológico.

De esta manera, este enfoque, transforma la contención de un acto de coerción a uno de cuidado y protección, lo que es fundamental para la relación terapéutica, ya que, si el paciente se siente comprendido en lugar de reprimido, puede mantener una mayor confianza con el equipo de salud, lo cual puede favorecer su recuperación a largo plazo y reducir la agresividad recurrente. Este protocolo, por tanto, no solo busca la seguridad inmediata, sino que impulsa a la autonomía y el bienestar del paciente como resultado del proceso terapéutico.

En este sentido, la falta de una guía estandarizada sobre contención terapéutica puede generar incertidumbre en la toma de decisiones y actuación del personal, de esta forma, al formalizar las técnicas de contención terapéutica a través de un protocolo, se promueve una práctica basada en la evidencia científica, disminuyendo la dependencia del criterio personal o de la improvisación en los momentos de crisis del paciente. Asimismo, este protocolo actúa como un respaldo para el personal de enfermería proporcionando un marco de acción claro y validado, que reduce el estrés presente durante una agitación psicomotriz. Bajo esta perspectiva, la formación y aplicación de estas directrices, fortalece la competencia profesional, eleva la confianza del personal y fomenta un ambiente laboral más seguro y positivo, donde las acciones son predecibles y están apoyadas por la institución. A su vez, esto puede contribuir a una mayor satisfacción laboral, mejorando la calidad de los cuidados de forma sostenible.

Objetivos específicos:

- Establecer como medida primordial la contención verbal para el abordaje del paciente, con el fin de no recurrir a medidas restrictivas más invasivas.
- Cerciorar una valoración en cada paso de la administración de psicofármacos, asegurando un uso racional y seguro, que permitan la mejoría del paciente.
- Considerar la contención física, ejecutándose sólo bajo los criterios establecidos, priorizando la seguridad y dignidad humana del paciente.

Objetivo Terminal

Al Estandarizar las intervenciones de la contención terapéutica, el personal de enfermería estará en la capacidad de aplicar el conocimiento teórico/práctico para garantizar el bienestar físico, psicológico y social de los pacientes hospitalizados en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA).

Recursos necesarios para el desarrollo del Protocolo de Contención Terapéutica

Recursos Materiales

Medicamentos en ampolla y tableta, inyectoras, bandeja, algodón, alcohol, vaso para tratamiento, vaso con agua, estetoscopio con esfigmomanómetro, termómetro, reloj con segundero, porta gráfica, papelería con registros de enfermería, cama clínica, sábana, almohada, cobija, material para sujeción, pito, pato, envase con alimentos y cubiertos, habitación de aislamiento, tijeras, porta carnet, encendedor, lápices, correas, llaves, puesto de enfermería, bolígrafos, sillas, cámara fotográfica, laptop.

Recursos Humanos

Equipo de enfermería (5 personas), colaborador (1) que simula la actuación de paciente (1), Fotógrafo (1).

Factibilidad de la Propuesta

Factibilidad Técnica. La presente propuesta consolida el objetivo de esta investigación, su operatividad no requiere de equipos sofisticados, ni herramientas especiales; Sin embargo, si amerita del equipo de enfermería para ser aplicadas las técnicas y procedimientos de los cuidados de contención terapéutica.

Factibilidad institucional. Promueve el fortalecimiento de la función asistencial, el cual contribuye a la unificación de criterios, y a un funcionamiento adecuado en la asistencia del paciente psiquiátrico, para establecer procedimientos claros, seguros y menos coercitivos.

Factibilidad Social. Está reflejada en el entorno que rodea al personal de Enfermería y el respeto hacia la dignidad humana en relación a la atención en salud mental. Su implementación genera una confianza invaluable en la comunidad y en las familias de los pacientes, ya que, la existencia de una guía clara para manejar las crisis reduce la ansiedad y las preocupaciones sobre el trato recibido. Además, contribuye activamente a reducir el estigma asociado tanto a la enfermedad mental como a las prácticas de contención.

Factibilidad Económica. El protocolo de contención terapéutica se lleva a cabo con recursos económicos por parte de las investigadoras para la elaboración de un nuevo material adaptado de contención física.

Metodología de la Propuesta.

El diseño de la propuesta se realizó a través de una revisión teórica/práctica que permitió estandarizar los cuidados para realizar la contención terapéutica, lo cual va a contribuir en la habilidad y destreza del personal de enfermería a través de cada uno de los pasos, técnicas y procedimientos a ejecutar en el cuidado.

Descripción de la Propuesta.

Los protocolos son un conjunto de pasos que siguen un proceso claro y sistemático ya establecido, con el fin de asegurar el orden y la calidad en la ejecución de tareas, son cruciales para garantizar que se cumplan las prácticas adecuadas y disminuir riesgos en los pacientes y profesionales. Al respecto, la Real Academia Española (RAE, 2025) define un protocolo como una “secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc.” (p.s/p).

Por su parte, según la Consejería de Salud Junta de Galicia (2018, como se citó en Reconde y Peña, 2019), señala que los protocolos de cuidados asistenciales “permiten no solo homogeneizar la práctica de los cuidados de enfermeros, sino también la aplicación de recomendaciones basadas en las mejores evidencias científicas, que son seleccionadas e individualizadas convenientemente (acorde al conocimiento y juicio clínico del enfermero profesional)” (p.7).

En este orden de ideas, Reconde y Peña (2019), mencionan que “los protocolos de cuidados son una herramienta de la calidad de la atención de enfermería, que repercute sobre el paciente, la familia y la comunidad, de ahí la necesidad de un mayor tratamiento teórico a este resultado científico enfermero” (p.3). Ante lo descrito anteriormente, se diseña el protocolo estandarizado para la realización de la contención terapéutica del paciente psiquiátrico, siguiendo las etapas de: Contención Verbal, Contención Farmacológica y Contención Física.

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA

ETAPA N. 1: **CONTENCIÓN VERBAL**

1. Identificar signos de alarma como: elevación del tono de voz, intranquilidad, cambio súbito de conducta, labilidad emocional.

Razonamiento: La observación del comportamiento y la actividad física de los pacientes permite actuar con rapidez para mitigar la agitación cuando surgen estos signos y síntomas (Tucker, 2020).

2. Demostrar respeto por el espacio personal, descrito como dos brazos de distancia.

Razonamiento: Mantener una distancia de seguridad, permite que el paciente se sienta tranquilo y reduce el riesgo de que la cercanía se perciba como una amenaza o una invasión, especialmente en presencia de síntomas psicóticos. Al evitar la proximidad física innecesaria, se favorece un ambiente de calma, disminuyendo las posibilidades de una reacción defensiva o agresiva (Baldacara et al., 2019).

3. Mostrar una actitud abierta, firme, tranquila y comprensiva.

Razonamiento: Según el Protocolo de actuación en personas hospitalizadas con necesidades de contención (2020), es esencial evitar el lenguaje corporal cerrado como cruzar brazos o piernas, ya que esto podría transmitir falta de interés o disposición. Además, la técnica de no mirar directamente al paciente y situarse en un ángulo permite asegurar que la presencia del personal no se perciba como una confrontación o una amenaza.

4. Establecer contacto verbal.

Razonamiento: Lavelle et al. (2024), señalan que “Cuando el tono de voz es bajo y tranquilo y las palabras se dicen lentamente, los niveles de ansiedad en los demás pueden disminuir”

5. Establecer una comunicación con mensajes breves, claros y concretos con el paciente.

Razonamiento: La persona que se encuentra agitada por lo general, presenta fluctuaciones en la atención y puede presentar dificultad en asimilar los conceptos que se le transmiten, por

ello, se deben evitar términos incomprensibles o explicaciones extensas que puedan confundir o frustrar al paciente (Marín et al., 2017).

6. Identificación de necesidades y validación emocional.

Razonamiento: Para Reyes (2019), la validación emocional genera un ambiente de comprensión entre el profesional y el usuario, cubriendo la necesidad fundamental de compañía, la utilidad principal de esta práctica radica en su poder para anclar al paciente al momento presente durante una crisis. Al crear lazos de confianza, se posibilita que la persona describa sus sensaciones y emociones sin juicio, un paso que facilita la toma de perspectiva, asegurando que el apoyo brindado responda auténticamente a las necesidades reales de la persona.

7. Aplicar una escucha activa, demostrando interés y confianza.

Razonamiento: Según Cibanal y Sánchez (2002, como se citó en Trapero, 2017), la escucha activa “promueve un sentimiento de cercanía y confianza y aumenta la reciprocidad para que el paciente escuche al profesional posteriormente” (p. 26).

8. Encontrar puntos de acuerdo con la perspectiva del paciente cuando sea posible.

Razonamiento: Busca minimizar la confrontación directa, se trata de validar la emoción del paciente sin necesariamente validar la distorsión cognitiva (Richmond et al., 2012).

9. Comunicar de forma clara los límites de la institución y del personal.

Razonamiento: Según Lavelle et al. (2024), “Proporciona al paciente una mejor comprensión de las expectativas y consecuencias de no adherirse a esos límites en el comportamiento”

10. Tomar en cuenta la opinión del paciente sobre su abordaje si su condición lo permite.

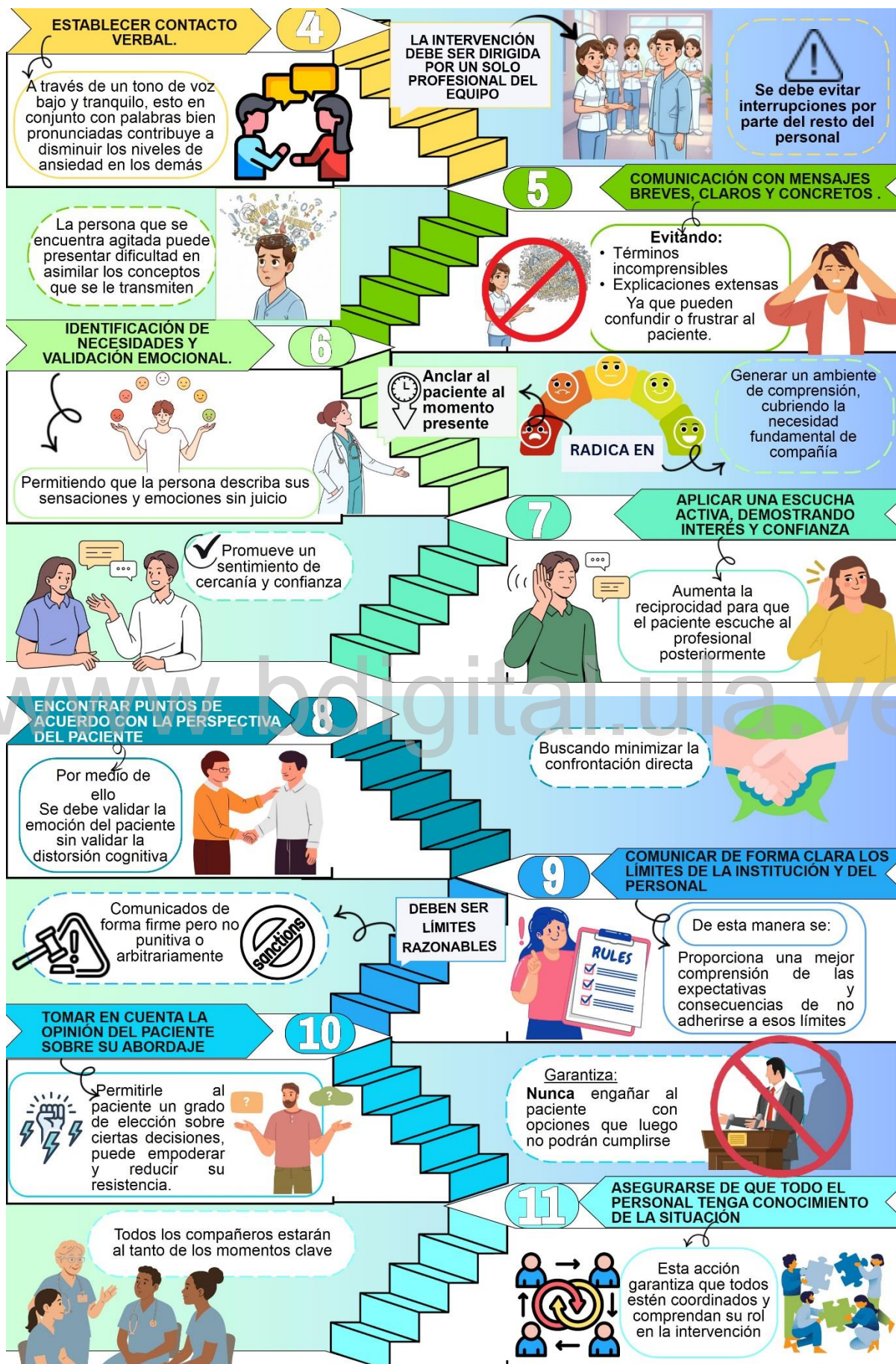
Razonamiento: Permitirle al paciente un grado de elección sobre ciertas decisiones puede empoderar y reducir su resistencia. (Richmond et al., 2012).

11. Asegurarse de que todo el personal tenga conocimiento de la situación del paciente.

Razonamiento: Los compañeros estarán al tanto de los momentos clave de la interacción de desescalada, cuando el paciente empieza a calmarse o cuando es necesario recurrir a intervenciones de crisis (Lavelle et al., 2024).

Ahora bien, para complementar la información descrita y asegurar una comprensión integral de los procedimientos de la Contención Verbal, se anexa a continuación una infografía como recurso visual, que ilustra de manera concisa y clara el flujo de acción de esta primera etapa.





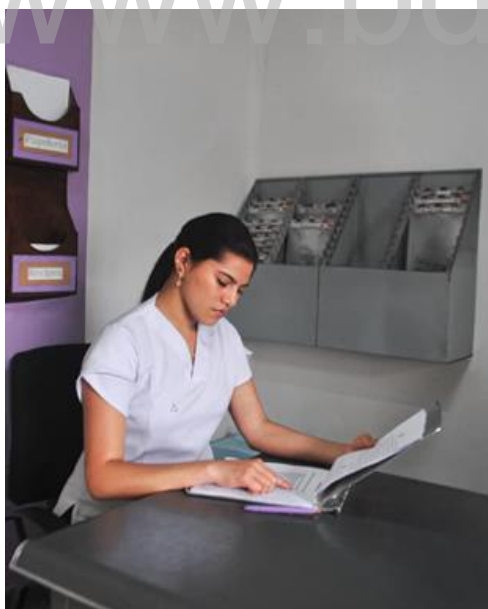
ETAPA N°2:
CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

1. Valorar la necesidad de la administración del fármaco SOS.



Razonamiento: Se emplea para abordar un episodio de agitación psicomotora con el objetivo de provocar en el paciente una sedación superficial cuando los mecanismos de contención previos fueron ineficaces o insuficientes. (Viñales et al., 2021, p. 18-19).

2. Verificar en la historia del paciente que exista la indicación médica del fármaco SOS.



Razonamiento: Toda medicación que se administre al paciente agitado debe estar prescrita por su médico. (Megias et al., 2016, p. 9).

3. Preparación del fármaco SOS indicado, utilizando los 5 correctos de enfermería.



Razonamiento: Según Tarno et al. (2014), las buenas prácticas de preparación de medicamentos son la garantía de calidad de la misma, y que esta se realiza con el fin último de proteger al paciente. Para ello, el personal de enfermería adopta las medidas necesarias para garantizar que los psicofármacos preparados son los adecuados para el uso terapéutico destinado.

4. Valorar el nivel de conciencia para confirmar la eficacia del tratamiento.



Razonamiento: Según Porto y Merino (2013, como se citó en Calero et al., 2021) los psicofármacos inciden en el Sistema Nervioso Central y pueden modificar desde la conciencia hasta la conducta, por tal motivo, la valoración de la conciencia es vital para la seguridad del paciente.

5. Monitorización de signos vitales.



Razonamiento: Bachmann (2023), establece observar y controlar los signos vitales, ya que, por medio de ellos se expresa de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, con el fin de detectar cualquier reacción adversa o efecto secundario.

6. Informar al paciente sobre el fármaco SOS administrado.



Razonamiento: “Es crucial informar y educar al paciente, familiar o acompañante sobre los medicamentos que se le administró al paciente, esta intervención es fundamental para obtener la colaboración en la administración del mismo”. (Sigüenza, 2022).

7. Registrar en la hoja de tratamiento, la dosis, vía, hora y nombre del fármaco administrado y en la evolución de enfermería colocar la justificación del mismo.



Razonamiento: Para Ruiz (2005, como se citó en Martín, 2020), los registros de enfermería proporcionan “un soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución” (p.1).

ETAPA N° 3: **CONTENCIÓN FÍSICA**

1. Agotamiento de otras medidas.



Razonamiento: Este procedimiento sólo ha de ser usado “como último recurso cuando las otras estrategias han fallado” (Osorio et al., 2022, p. 180).

2. Verificar la existencia de la indicación de contención física en la historia clínica.



Razonamiento: La decisión de este procedimiento será tomada y registrada en la historia clínica por “El psiquiatra responsable del caso o, en su defecto, por el médico general” (Osorio et al., 2022, p. 181).

3. Preparación de la habitación y material para realizar la contención física.



Razonamiento: Según Ambros et al. (2010, como se citó en Trapero, 2017), para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente se debe usar “Una habitación tranquila, con buena iluminación, buena ventilación y libre de objetos peligrosos. Ha de ser individual para preservar la intimidad del paciente y preferentemente estar próxima al control de enfermería” (p. 15).

4. Previo a la intervención el personal deberá retirarse los objetos que puedan ser peligrosos o lesionar a los involucrados.



Razonamiento: “El personal que intervendrá en la contención no llevará objetos que puedan producir daño o romperse (gafas, reloj, anillos, pulseras, cadenas, bolígrafos, etc.) y adoptará las medidas de precaución universales” (Jerez et al., 2017. p.19).

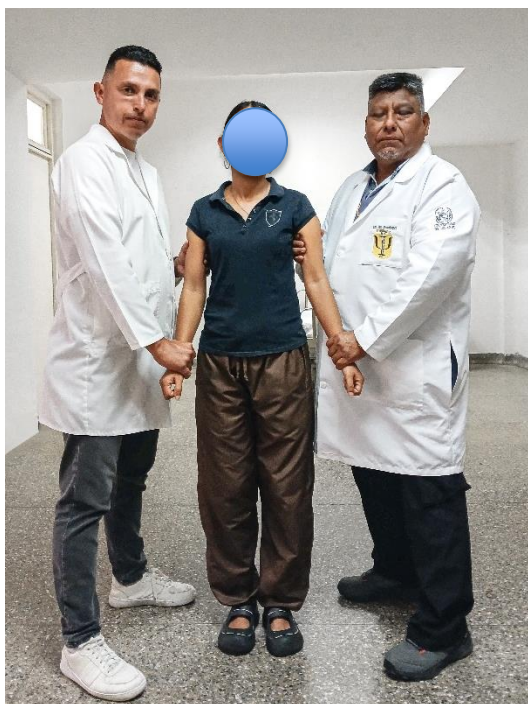
5. Explicar al paciente el motivo por el cual se llevará a cabo el procedimiento.



Razonamiento: Aunque el paciente esté agitado, esta comunicación reduce el miedo, la confusión, y la sensación de castigo. Es importante aclararle al paciente que no se trata de un castigo, sino de una medida terapéutica que, aunque es restrictiva pretende mantener en una posición de seguridad. (Vieta, 2017).

6. Secuencia de intervenciones de contención física.

- Reducción y traslado según el nivel de cooperación del paciente.



Paciente Colaborador: Dos personas del equipo lo reducen sujetándolo firmemente por las axilas (empujando hacia arriba) y por la muñeca (tirando hacia abajo) y trasladan.

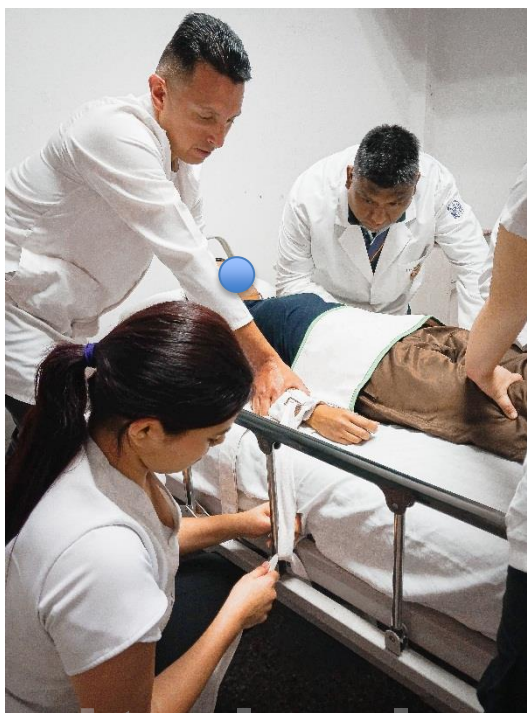
Paciente No colaborador: Se lleva a cabo en compañía de 4 o 5 personas, realizan una caída controlada al suelo, para que cada miembro del equipo pueda inmovilizar cada una de las extremidades y posteriormente sea trasladado.



- Una vez inmovilizado el paciente sobre la cama se procede a colocar el cinturón abdominal alrededor del paciente a la altura de la cintura.



- Posteriormente, se colocan las sujeciones en las cuatro extremidades de forma diagonal, sujetando cada extremidad de manera extendida y ligeramente separadas.



- Los dispositivos de sujeción deben ser asegurados al bastidor, ya que la fijación a las barandillas (elementos móviles) compromete la firmeza y la seguridad de la contención.



www.bdigital.ula.ve

- Comprobar y revisar todas las sujeciones.



- Al finalizar la contención, el personal se retirará de la habitación de forma progresiva y en silencio, siendo los últimos en salir los que están junto a las piernas.

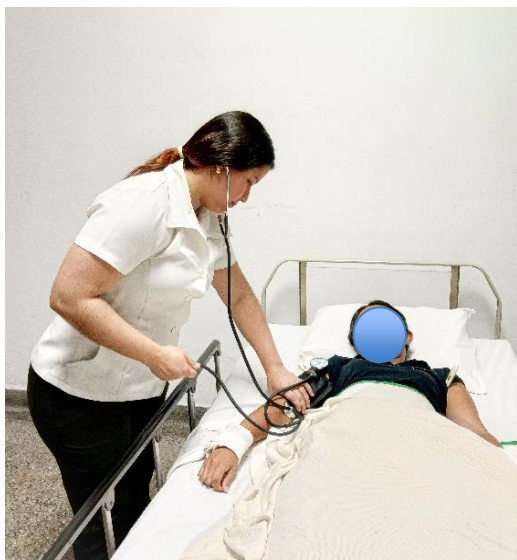


Razonamiento: El Protocolo de actuación en personas hospitalizadas con necesidades de contención (2020), establece crucial que, al iniciar una contención física, el personal actúe con firmeza y de manera protectora, evitando reaccionar de una forma autoritaria, provocativa o agresiva. Los principios de profesionalismo y respeto hacia los derechos de la persona atendida serán los que guíen la intervención del profesional.

7. Cuidados de enfermería durante la contención.



- Realizar valoración cada 15-30 minutos durante la primera hora post-contención, luego ajustar rondas según la evolución clínica y monitorizar continuamente la tensión y el estado de todas las sujeciones.



- Monitorización de signos vitales (T.A, F.C, Tª, Sat O2) y supervisión el estado general evaluando nivel de conciencia y orientación.



- Verificar continuamente el estado de hidratación del paciente y ofrecer líquidos de forma regular.



- Proporcionar asistencia para que el paciente reciba una alimentación adecuada.



- Ofrecer patos o pitos para facilitar la micción y deposición.



- Mantener al paciente con la cabecera elevada a 30°-45° para facilitar la respiración y prevenir la broncoaspiración.



- Minimizar estímulos externos (ruidos, luces) para facilitar el descanso.



- Asistir al paciente en su higiene y cuidado personal, así como examinar cuidadosamente la piel de forma regular, prestando especial atención a la búsqueda de lesiones, particularmente en las zonas de sujeción.



- Evaluar continuamente la actitud del paciente ante la sujeción, para adaptar la comunicación, los cuidados y brindar apoyo emocional.

Razonamiento: Artal et al. (2020), señalan que, desde la instauración de la contención hasta su retirada, se iniciará una serie de actividades dirigidas a monitorizar el estado del paciente, así como asegurar una serie de cuidados acordes con el proceso. Estos cuidados de enfermería son continuos y multidimensionales, enfocados en salvaguardar la integridad física y psicológica del paciente.

8. Procedimiento para el retiro de la contención física.

- Descontener una extremidad inferior más extremidad superior contralateral.



- Evaluar la respuesta del paciente.



Si evoluciona con comportamiento de riesgo para él mismo y/o su entorno: Reinstalar dispositivos de contención según necesidad.

Si no evoluciona con comportamiento de riesgo para él mismo y/o su entorno: Continúa con la descontención progresiva de las extremidades.



- Finalmente, se descontinúa el tronco del paciente solo cuando se evidencie un comportamiento ausente de riesgos reales o potenciales, tanto para él mismo como para su entorno.

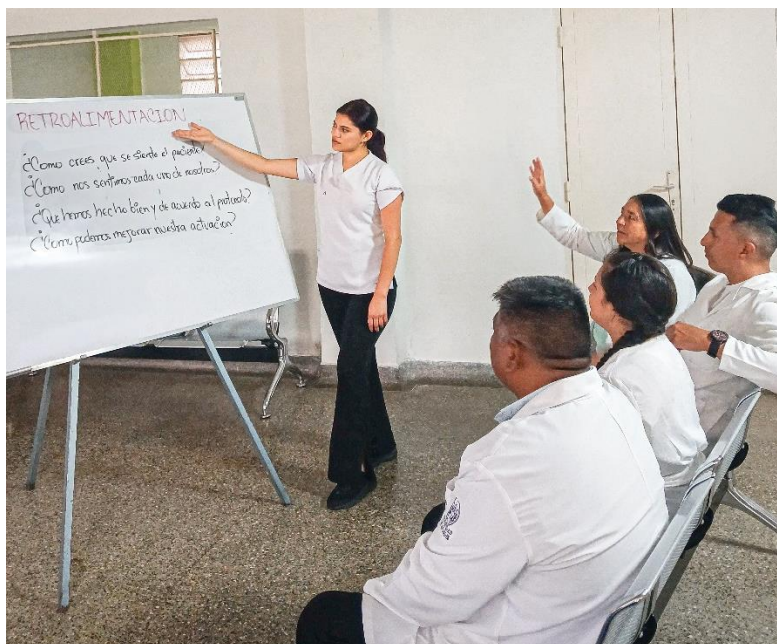
Razonamiento: El protocolo de actuación en personas hospitalizadas con necesidades de contención (2020), añade que las medidas de contención deben efectuarse hasta lograr el objetivo terapéutico (como la sedación farmacológica, el retorno a la calma o colaboración del paciente en medidas de tratamiento), asegurando así la seguridad del paciente y su entorno.

9. Registro de enfermería sobre la contención física.



Razonamiento: Jerez (2017), especifica que, a través del registro de las actuaciones asociadas a una sujeción mecánica se puede garantizar la calidad de atención en los pacientes, puesto que no solo permite dejar en evidencia lo realizado, sino que además evalúa el proceso en sí, dando la posibilidad de poder mejorarlo.

10. Retroalimentación posterior a la contención física.



Razonamiento: La validación inmediata del encuentro se proporciona en el paso final del proceso, donde todas las partes brindan retroalimentación en el paso final de informe/evaluación. Aquí es donde el personal y los pacientes procesan su experiencia y logran aprendizaje (Berring et al., 2016, como se citó en Lavelle et al., 2024).

De esta manera, una vez culminada la etapa de Contención Física, para garantizar el registro exhaustivo de la intervención, el monitoreo continuo del paciente y la seguridad legal del procedimiento, se adjunta a continuación la Hoja de Registro de enfermería sobre la Contención Física. Este instrumento permite documentar los detalles del procedimiento, las justificaciones, el tiempo de duración y el monitoreo del paciente, conforme a los estándares institucionales.

Hoja de Registro de Enfermería sobre la Contención Física

Nombres y apellidos:

Edad:

CI:

H.C:

Ubicación:

Fecha																		
Hora de Inicio																		
Hora de Finalización																		
Indicación (motivo) de la contención																		
Uso de medidas alternativas previas																		
Tipo de contención																		
Habitación de aislamiento	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐		
Paciente colabora en el procedimiento	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐		
Cuidados realizados en relación al estado del paciente durante la contención física: A continuación, marque con una (X) los cuidados realizados, correspondiente por turno																		
Turno	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Hora																		
Valora nivel de conciencia																		
Signos vitales																		
Valorar sujeciones																		
Ingesta de líquidos																		
Ingesta de alimentos																		
Eliminación vesical																		
Eliminación intestinal																		
Movilización activa																		
Movilización pasiva																		
Aseo																		
Firma del profesional																		

Indicación de la contención

1. Riesgo de autolesión
2. Riesgo de heteroagresividad
3. Agitación Psicomotriz
4. Riesgo de interrupción de catéteres, sondas, otros
5. Solicitud del paciente

Uso de medidas alternativas previas

1. Contención verbal
2. Contención Farmacológica
3. Otros

Tipo de Contención

1. Total
2. Parcial
3. Tórax (sentado)

Referencias Bibliográficas

- Acosta de Erinna, A. (2019). *Protocolo para la medición de signos vitales con monitor*. Hospital Del Niño Doctor José Renan Esquivel. <https://hn.sld.pa/wp-content/uploads/2023/09/Protocolo-Medicion-Signos-Vitales-Monitor.pdf>
- Aguilera Serrano, C., Guzmán Parra, J., García Sánchez, J., Moreno Küstner, B., y Mayoral Clerie, F. (2018) *Variables asociadas con la experiencia subjetiva de medidas coercitivas en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Una revisión sistemática*. Can J Psychiatry. 63(2):129-44. <https://doi.org/10.1177/0706743717738491>
- Aguilera Serrano, C., Goodman Casanova, J., Bordallo Aragón, A., García Sánchez, J., Mayoral Cleries, F., y Guzmán Parra, J. (2023). *Actitudes sobre el uso de contenciones mecánicas en servicios de hospitalización de salud mental: una encuesta española*. Healthcare 2023, 11(13), 1909. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131909>
- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica*. (6ta. ed.). Editorial Episteme.
- Artal Simón, J., Díaz Marsá, M., Elizagárate Zabala, E., Franco Fernández, M., Franco Martín, M., Gallego Riestra, S., Garriga Carrizosa, M., García Portilla, M., Grande i Fullana, I., Moreno Pardillo, D., Morera Pérez, B., Muñoz Sánchez, J., Palao Vidal, D., Sánchez Gómez, P., Seijo Zazo, E., Sierra San Miguel, P. (2020). *Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación*. <https://sepsm.org/wp-content/uploads/2022/02/2020-Contencion-personas-estado-de-agitacion.pdf>
- Asikainen, J., Louheranta, O., Vehviläinen Julkunen, K., y Repo Tiihonen, E. (2020). “Uso de herramientas de prevención de la coerción en pabellones psiquiátricos finlandeses”, Archivos de Enfermería Psiquiátrica, Vol. 34 No. 5 ,412-420. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.013>
- Avecillas, D., y Lozano, C. (2016). *Medición de la Confiabilidad del Aprendizaje del Programa RStudio Mediante Alfa de Cronbach*. Revista Politécnica, 37(1).

- Bachmann, L., Vatne, S., Pernille Mundal, I. (2023). *Protección de pacientes durante la implementación de contenciones mecánicas: un estudio cualitativo de las percepciones y la evaluación de enfermeras y personal de planta*. J Clin Nurs.;32 (3–4):438–451. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.16249>
- Baldacara L., Ismael, F., Leite, V., Pereira, L., Dos Santos, R., Gomes Junior, V., Calfat, E., Diaz, A., Perico, C., Porto, D., Zacharias, C., Cordeiro, Q., Geraldo da Silva, A., y Tung T. (2019). *Guías brasileñas para el manejo de la agitación psicomotora. Parte 1. Enfoque no farmacológico*. Braz. J. Psychiatry. 2019; 41:153–167. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30540028/>
- Bautista Rodríguez, L. (2015) *Registros de Enfermería*. Revista ciencia y cuidado Cúcuta, Colombia. Vol. 12 N° 2 5-10. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7490903.pdf>
- Benedicto Martí, C., Bustos Martínez, J., Cozar López, G., Díaz Martínez, M., García Vega, A., Gil Cidoncha, N., Gil Lázaro, M., Gil López, C., González Cordón, L., Hernández Álvarez, M., Hernández Martín, F., Lillo Pérez, T., Loro Mora, M., López Dóriga, B., Moreno Esgueva, M., Reneses Prieto, B., Río Vega, J., Sánchez Losada, J., Santiago Sáez, A., y Verdejo Bravo, C. (2010). *Protocolo de Contención de Movimientos en Pacientes*. Hospital Clínico San Carlos, Hospital de La Fuenfría Madrid. <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Protocolo-Contenci%C3%B3n-de-movimientos-de-pacientes-Hospital-cl%C3%ADnico-San-Carlos.Madrid.pdf>
- Bové, J., Cardona, X., Rodríguez, J., Segura, A., Vergués, L., & Vidal, M. (2015). *Documento de reflexión sobre contenciones*. Comité de ética de los Servicios Sociales de Cataluña. [Archivo PDF]. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/RefelxionesContencionesCEticaCatalunya.pdf>
- Butterworth, H., Wood, L., Rowe, S. (2022). *Experiencias de pacientes y personal con prácticas restrictivas en entornos hospitalarios de salud mental aguda: revisión sistemática y síntesis temática*. BJPsych Open. 8(6): e178. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9634587/>
- Calero Quintero, M., Rodríguez Herrera, D., Esteban Cerda, K. (2021) *Los Psicofármacos*. [Informe Final De Seminario De Graduación Para Optar Al Título De: Licenciado/A

En Psicología. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua, Managua]
<https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/17485/1/Cal%202021.pdf>

Campo Torregroza, E., y Campo Torregrosa, Y. (2017). *Cuidados de enfermería al paciente con agitación psicomotriz. Contención o inmovilización*. (Documento de docencia N° 4). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia, 2017.
<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/640850da-7590-4b6d-a666-9ceade2d6b88/content>

Carmona, G. (2021). *Protocolo de Contención de usuario con agitación psicomotora*. [Archivo PDF]. <https://www.hospitalcoquimbo.cl/wp-content/uploads/2021/12/Protocolo-contencion-a-usuario-con-agitacion-psicomotora-version-0.5.pdf>

Carrasco Gómez, J. (2025) *Enfermedad mental (ético)*. Enciclopedia de bioderecho y bioética. <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/139>

Casaus Lara, M. (2014). *Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria*. [Archivo PDF]. https://www.sefh.es/sefhpdfs/GuiaBPP_JUNIO_2014_VF.pdf

Cazares Sanchez, J., Pede, V., Pico Guadamud, J., Correa Escobar, S., Duque Moya, A., Torres Ajila, D., Quiñonez Freire, C., Cabezas, B., Torres Chinin, G., y Rivadeneira Vasquez, C. (2024). *Protocolo de atención a pacientes con agitación psicomotriz*. [Archivo PDF]. <https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/2024/11/protoc10289104001731355020-2.pdf>

Celina Oviedo, H., y Campo Arias, A. (2005). *Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach*. *Revista colombiana de psiquiatría*, Vol. XXXIV (4), 572 – 580.
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>

Celofiga, A., Kores Plesnicar, B., Koprivsek, J., Moskon, M., Benkovic, D., y Gregoric Kumperscak, H. (2022) *Efectividad de la desescalada en la reducción de la agresión y la coerción en las unidades psiquiátricas agudas. Un estudio aleatorizado por conglomerados*. *Front Psychiatry*. 2022 Apr 7;13:856153.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35463507/>

Chávez Guerrero, B., Martínez Salinas, Y., Contreras Juárez, M., González, M., Muñoz Livas, J. (2018). *Enfermería Psiquiátrica: Un pilar en la salud mental*. Cult. Científ. y Tecnol., Núm. 65 (15): Mayo-Agosto, 2018. <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/2666>

Código Deontológico de los profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008). Caracas Venezuela. <https://licdojesusurbina.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/05/codigo-deontologico.pdf>

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela Publicada en Gaceta Oficial del jueves 30 de diciembre de 1999, N° 36.860 <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/botones/constitucion-nacional-20191205135853.PDF>

Corporación de Salud del Estado Mérida. (2023). *Estadísticas Mensuales año 2023 Salud mental. Informe estadístico solicitado por escrito y suministrado por el personal. Mérida. Venezuela.*

Cozby, P. (2005). *Métodos de Investigación del Comportamiento*. McGraw Hill. México.

Danda, M. (2020). *Poniendo freno a la restricción química: Explorando la complejidad de la experiencia de las enfermeras de salud mental en pacientes hospitalizados agudos con intervenciones de restricción química*. Revista Canadiense del Discurso Crítico de Enfermería, 2(2) 29–53. <https://witness.journals.yorku.ca/index.php/default/article/view/75>

Del Olmo Medina, A. (2013). *Contención terapéutica en psiquiatría*. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/contencion-terapeutica-en-psiquiatria>

Engström, I., Engström, K., y Sellin, T. (2020). *Experiencias de adolescentes sobre los diferentes estilos de interacción del personal en la atención coercitiva a jóvenes en Suecia: un estudio cualitativo*. Cuestiones de enfermería en salud mental, 41(11), 1027–1037. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1757794>

Fernández Costa, D., Gómez Salgado, J., Fagundo Rivera, J., Martín Pereira, J., Prieto Callejero, B., García Iglesias, J. (2020). *Alternativas al uso de restricciones mecánicas en el manejo de la agitación o las agresiones en pacientes psiquiátricos:*

una revisión exploratoria. J Clin Med. 29;9(9):2791
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7565407/#B29-jcm-09-02791>

Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador [FEDUPEL]. (2016). *Manual de trabajos de grado de Especialización, Maestría y tesis doctorales.* [Archivo PDF]. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3993.pdf>

Galvis Lopez, M. (2015). *Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica.* Revista Cuidarte. 2015; 6(2): 1107-1019.
<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/172/454>

Guía de procedimientos para la Contención Física de Usuarios en Salud Mental en situaciones de Urgencia y/o Emergencias. (2021). [Archivo PDF].
<https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/pe-res-msgc-ssah-165-23-anx.pdf>

Hammervold, U., Norvoll, R., Aas, R., Sagvaag, H. (2019). *Revisión post-incidente tras la contención en la atención de salud mental: un potencial para el desarrollo del conocimiento, la promoción de la recuperación y la prevención de la contención. Una revisión exploratoria.* BMC Health Services Research 19,235.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4060-y>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación.* (6ta ed.). Mc Graw Hill Education.
<https://www.esup.edu.pe/wpcontent/uploads/2020/12/2.%20hernandez,%20fernandez%20y%20baptistametodolog%c3%ada%20investigacion%20cientifica%206ta%20ed.pdf>

Hernández Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* McGraw-Hill interamericana.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf

Hurtado, J. (2000). *Metodología de la Investigación Holística.* Fundación Sypal.
<https://ayudacontextos.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/04/jacqueline-hurtado-de-barrera-metodologia-de-investigacion-holistica.pdf>

Jérez Barroso, F., Bermejo Serradilla, B., Rodríguez Pérez, B., López González, M., Acedo Gallego, P., Leonés Gil, E., García White, J., Molina Castillo, J., Rebollo Ambrosio, M., Martín Morgado, B., Torres Solís, I., López Rodríguez, M., Casado Rabasot, M., Barrera, A., García Sanguino, N. (2017). *Protocolo de contención mecánica de las unidades de Hospitalización De Psiquiatría De La Red De Salud Mental De Extremadura*. [Archivo PDF]. https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/Protocolo_Contencion_Mec%C3%A1nica._Aprob_19-06-17.pdf

Johnston, I., Price, O., McPherson, P., Armitage, C., Brooks, H., Bee, P., Lovell, K., y Brooks, C. (2022). *Desescalada de conflictos en entornos hospitalarios de salud mental forense: una investigación cualitativa basada en el Marco de Dominios Teóricos sobre las perspectivas del personal y los pacientes*. BMC Psychology 10(30). <https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-022-00735-6>

Lavelle, M., Ferreira, A., Dixen, S., y Berring, L. (2024). *Desescalada en entornos de atención de salud mental*. En: Hallett, N., Whittington, R., Richter, D., Eneje, E. (eds.) *Coerción y violencia en entornos de salud mental*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-61224-4_15

Ley de salud mental comunitaria del estado Lara (2023) Año 213° de la Independencia y 164° de la Federación <https://consejolegislativolara.gob.ve/wp-content/uploads/2025/05/Ley-De-Salud-Mental-Comunitaria.pdf>

Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2005). Gaceta Oficial Número: N° 38.263 del 01-09-05 Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. <https://docs.venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-del-ejercicio-profesional-de-la-enfermeria.pdf>

López López, M., De Montalvo Jääskeläinen, F., Alonso Bedate, C., Bellver Capella, V., Cadena Serrano, F., De los Reyes López, M., Fernández Muñiz, P., Jouve de la Barreda, N., López Moratalla, N., Nombela Cano, C., Romeo Casabona, C., y Serrano Ruiz, J. (2016). *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Comité de Bioética de España*. [Archivo PDF].

https://www.comunidad.madrid/hospital/principeasturias/sites/principeasturias/files/2019-07/informe_cbe.pdf

López Roldan, P., y Fachelli, S. (2017). *Metodología de la Investigación Social y Cuantitativa*. (1er ed.). Universidad Autónoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2017/185163/metinvsoccua_cap2-4a2017.pdf

López Sánchez, O., Caballero Guerrero, M., Jiménez León, I., Sánchez Lima, F. (2011) *Actuación enfermera ante el paciente con agitación psicomotriz*. Hygia de enfermería.; (76): 47-53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3498405>

Luchowski, P., Sojka, M., Oleksak, I., Jartych, A., Piwoński, M., y Rejdak, K. (2022). *Agitación psicomotora aguda: retos para psiquiatras y neurólogos: un estudio de caso*. Postepy Psychiatrii Neurologii. 2022; 31:38–42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37082414>

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5a Ed. (DSM-5®) (2014). Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3a Ed. (1980). Asociación Americana de Psiquiatría.

Marco Marco, J., Vicente Edo, M., Planas Pamplona, M., Mesa Raya, C., Aliaga Nueno, M., Sanjuán Cuartero, R., Magdalena Belio, J., y Hernández Bernal, P. (2019), *Protocolo de buenas prácticas en el uso de medidas de sujeción en el ámbito domiciliario y centros asistenciales: sociales y sanitarios*. [Archivo PDF]. <https://www.aragon.es/documents/20127/2523242/Protocolo+BBPP+Uso+Sujeciones+2019+v.+definitiva+con+ISBN.pdf/a66a8338-1359-dc00-7230-5cd7211e60c1?t=1666074900372>

Marín Rodríguez, J., Román Rodríguez de Tudanca, N., García Sastre, M., González Alegre, P. (2017). *Prevención de la Contención Mecánica: Desescalada verbal desde la perspectiva enfermera*. Revista científica de Codem. <https://www.codem.es/ponencias/prevencion-contencion-mecanica-desescalada-verbal-desde-perspectiva-enfermera>

Martín Herrero, L. (2020) *Utilidad de los registros de enfermería en la calidad de los cuidados enfermeros*. [Trabajo de Fin de Grado Universidad de Valladolid]
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42013/TFG-H1928.pdf>

Martínez Fuentes, M., y Vivas Escalante, A. (2022). *Guía Modalidad de Proyecto Factible, Programa de Licenciatura en Educación: Etapas, Propuesta, Evaluación y Ejecución*. Universidad Miguel Cervantes (UMC). Santiago de Chile. Chile.
http://estudios.umc.cl/wp-content/uploads/2023/01/Gu%C3%ADa-de-Modalidad-de-Proyecto-Factible_-Mart%C3%ADnez-Vivas_-2022_LED-UMC_compressed.pdf

Martínez, M., Vivas, A., Solís, D., y Bastidas, C. (2020). *Estudio de factibilidad en el desarrollo de estrategias socioeducativas para la gestión escolar en educación. Docentes Escuela Básica Talca, Región del Maule-Chile*. Revista Estudios en Educación 3(5), 26 -47.
<http://ojs.umc.cl/index.php/estudioseneducacion/article/view/138/87>

Megías Lizancos, F., Vila Gimeno, C., Carretero Román, J., Rodríguez Monge, M., Salas Rubio, J., y Sánchez Alfonso, J. (2016). *Abordaje y cuidados del paciente agitado Documento de Consenso*. Revista Española de Enfermería de Salud Mental. Año 1. Vol. 1 Nº.1. https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2016/01/documento-de-consenso-anesm_seeue-paciente-agitado.pdf

Missouridou, E., Fradelos, E., Kritsiotakis, E., Mangoulia, P., Segredou, E., Papathanasiou, I. (2022). *Contención y relaciones terapéuticas en espacios de atención psiquiátrica aguda: las dimensiones simbólicas de las puertas*. BMC Psychiatry; 22(1):2.
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03607-2>

Molina, M., Aranda, M., Flores, M., y López, M. (2013). *Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab*. 11th Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology (págs. 1-9). Cancun, Mexico: LACCEI.

Nueno, M., Sanjuán Cuartero, R., Magdalena Belio, J., Bernal, P. (2019) *Protocolo de buenas prácticas en el uso de medidas de sujeción en el ámbito domiciliario y centros asistenciales: sociales y sanitarios*.
<https://www.aragon.es/documents/20127/2523242/Protocolo+BBPP+Uso+Sujeciones>

+2019+v.+definitiva+con+ISBN.pdf/a66a8338-1359-dc00-7230-5cd7211e60c1?t=1666074900372

Ordenanza mediante la cual se establece la salud mental integral comunitaria como política obligatoria de salud pública en jurisdicción del municipio Libertador del estado Bolivariano de Mérida. 01 de abril de 2024. año 214° de la independencia y 165° de la federación [Archivo PDF] ordenanza dic 2024 municipio libertador Mérida vzla.pdf

Organización Mundial de la Salud (2023). *La OMS y el ACNUDH publican nuevas directrices para mejorar las leyes que abordan los abusos de los derechos humanos en la atención de la salud mental*. <https://www.who.int/news/item/09-10-2023-who-ohchr-launch-new-guidance-to-improve-laws-addressing-human-rights-abuses-in-mental-health-care>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Panamericana de la Salud. (2023) *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf

Organización Panamericana de Salud (2018). *Salud Mental para Venezuela*. https://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=304:ops-oms-colabora-en-la-propuesta-de-una-ley-de-salud-mental-paravenezuela&Itemid=215

Osorio Sabogal., Martínez Flórez, J., y Arroyave, M. (2022). *Protocolos de urgencias para agitación psicomotriz en atención primaria*. En: Flórez Martínez, J. F. (ed. científico). Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca. (pp. 165-197). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Palella, S., y Martins, F. (2003). *“Metodología de la Investigación Cuantitativa”*. (2da. edición). Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Experimental Libertador FEDEUPEL.

Palella, S., y Martins, F. (2017). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. (6ta Ed.) Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador – FEDUPEL editores.

Pérez, A., Moreno, A., Lluch, T., Molina, L., Bastidas, A., Puig, M., y Roldán, J. (2022). *Relación entre el uso de la desescalada verbal y la restricción mecánica por parte de las enfermeras en la atención de salud mental aguda para pacientes hospitalizados: un estudio retrospectivo*. Int J Enfermería de salud mental, 31: 339-347. <https://doi.org/10.1111/inm.12961>

Pompili, M., Ducci, G., Galluzzo, A., Rosso, G., Palumbo, C., De Berardis D. (2021). *El manejo de la agitación psicomotora asociada con la esquizofrenia o el trastorno bipolar: una breve revisión*. Int J Environ Res Salud Pública. 20 de abril de 2021; 18 (8): 4368. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8074323/#B6-ijerph-18-04368>

Porcar Serrador, R., Zanón Montesinos, I., Vidal Mateu, Y. (2024). *Actualización en contención mecánica: hacia un cuidado holístico*. <https://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e15630>

Pradhan, N., Lama, S., Mandal, G., Shrestha, E. (2019). *Restricción física: conocimientos y prácticas de enfermería en hospitales de atención terciaria del este de Nepal*. Enfermería Abierta 12;6(3):1029-1037. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6650657/>

Pratt, H., Moroney, T., y Middleton R. (2021). *La influencia de la participación auténtica en las relaciones enfermera-paciente: una revisión exploratoria*. Nursing Inquiry 28, n.º 2 : e12388. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nin.12388>

Price, O., y Baker, J. (2012). *Componentes clave de las técnicas de desescalada: una síntesis temática*. Revista Internacional de Enfermería en Salud Mental, 21, 310-319. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x>

Price, O., Baker, J., Bee, P., y Lovell, K. (2018). *El continuo de apoyo-control: Una investigación de las perspectivas del personal sobre los factores que influyen en el éxito o el fracaso de las técnicas de desescalada para el manejo de la violencia y la*

agresión en entornos de salud mental. Revista Internacional de Estudios de Enfermería, 77, 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002>

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. (1991). Asamblea General de la ONU Resolución 46/119, 17 <https://ppn.gov.ar/pdf/legislacion/Principios%20para%20la%20protecci%C3%B3n%20de%20los%20enfermos%20mentales.pdf>

Protocolo de actuación en personas hospitalizadas con necesidades de contención (2020) [Archivo PDF]. <https://osaraba.eus/infoberriak/wp-content/uploads/2021/02/Protocolo-contenci%C3%B3n.pdf>

Protocolo de Contención Mecánica. (2018) Sevilla: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Hospital Universitario Virgen del Rocío. <https://hospitaluvrocio.es/wp-content/uploads/2019/01/Protocolo-contencion-mecanica-COMPLETO-27-junio.pdf>

Psicodata Venezuela. (2024). *Retrato de la situación psicosocial del Venezolano 2024*. Escuela De Psicología, Universidad Católica Andrés Bello. https://psicologia.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/2024/07/psicodata_2024_presentacion-de-resultados_final.pdf

Quero Virla, M. (2010). *Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach*. Telos, 12(2), 248-252.

Ramírez, D. (2024). *Prescripción y receta médica: una mirada a sus requisitos legales en México. Perinatología y reproducción humana*. vol.38 no.2 https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372024000200005&lng=es&nrm=iso

Real Academia Española, (2019). *Contener. Sujetar. Restricción en Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.8 en línea]. Recuperado el 18-07-2025. <https://dle.rae.es>

Real Academia Española, (2025). *Protocolo*. En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 17 de octubre de 2025. <https://dle.rae.es/protocolo>

Reconde, D., y Peña, M. (2019). *Las Regularidades Teóricas de los Protocolos de Actuación de Enfermería como Resultado Científico Enfermero*. ENE vol13n2 <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n2/1988-348X-ene-13-02-e1326.pdf>

Rentala, S., Thimmajja, S., Bevoor, P. y Nanjegowda, R. (2021). *Conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras sobre el uso de restricciones en centros de atención de salud mental estatales: un impacto del programa de educación en servicio*. Invest Educ Enferm. 2021 Feb;39(1): e12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33687816/>

Rentala, S., Thimmajja, S., Nanjegowda, R., Bevoor, P. (2019). *Prácticas de restricción entre enfermeras psiquiátricas en centros de salud mental estatales, Karnataka, India*. Revista India de Enfermería Psiquiátrica 16(2): p 98-104. https://journals.lww.com/iopn/fulltext/2019/16020/restraints_practices_among_psychiatric_nurses_in.9.aspx

Reyes Cortes, M. (2019). *Estrategias de Validación Emocional, Repertorio Conductual Indispensable en el Apoyo del Duelo*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 27(1):42-45. <http://revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/103/65>

Richmond, J., Berlín, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M., Rifai, M., y T Ng A. (2012). *Desescalada verbal del paciente agitado: declaración de consenso del grupo de trabajo de desescalada BETA del proyecto de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría de Emergencia*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298202/>

Rioseco, B., Aravena, S. (2021). *Protocolo De Contención Física De Pacientes Con Agitación Psicomotora*. Hospital San Francisco Pucón. [Archivo PDF]. <https://www.hospitalsanfranciscodepucon.cl/wp-content/uploads/2022/07/GCL-1.9-Contencion-Fisica-Pacientes-con-Agitacio%CC%81n-Motora-3-edicio%CC%81n.pdf>

Rocco, L. (2012). *Metodología de la investigación*. Barcelona. España. Editorial Humanit

Roppolo, L., Morris, D., Khan, F., Downs Pharm, R., Metzger, J., Carder, T., Wong, A., y Wilson, M. (2020). *Mejora del manejo de pacientes con agitación aguda en*

urgencias mediante la implementación del Proyecto BETA (Mejores Prácticas en la Evaluación y el Tratamiento de la Agitación). *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 1, 898-907. [https://www.jacepopen.com/article/S2688-1152\(24\)00609-X/fulltext](https://www.jacepopen.com/article/S2688-1152(24)00609-X/fulltext)

Sadock, B., Sadock, V. (2011). *Kaplan y Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría clínica* 5ta edición https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/06/Kaplan_sadock-manual-de-psiquiatria.pdf

Sanjuán, L., Pérez, N., y Garcés, E. (2023) *Medidas de contención y Derechos Humanos en el ámbito de la Salud Mental: una mirada desde el Trabajo Social*. [Trabajo fin de grado, Universidad Zaragoza] <https://zaguan.unizar.es/record/154786/files/TAZ-TFG-2023-2573.pdf>

Serrano Urdi, U. (2023). *Desescalada verbal como método de prevención de la contención mecánica ante pacientes agitados psiquiátricos*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad Pública de Navarra]. <https://academica-e.unavarra.es/server/api/core/bitstreams/b52b75e8-8549-4593-8922-ffbfcf287466/content>

Shidhaye, R. (2023). *Prioridades globales para mejorar el acceso a los servicios de salud mental para adolescentes en el mundo pospandémico*. *Opinión actual en psicología*. Volumen 53. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X23001069>

Siguenza Merchán, B. (2022). *Protocolo administración correcta de medicamentos*. Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador. <https://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2022/12/7.-Protocolo-de-Administracion-correcta-de-medicam.pdf>

Stewart, D., Naegle, M., Gade Rolland, E., Hughes, F., y Ryan, K. (2024). *Directrices sobre la enfermería de salud mental*. Consejo Internacional de Enfermeras. https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-07/ICN_MentalHealthNursingGuidelines-2024_SP_web_0.pdf

Sutton, D., Webster, S., y Wilson, M. (2014), *Informe posterior al aislamiento y la restricción*. <https://openrepository.aut.ac.nz/bitstreams/ebe73899-4071-4ca4-a43c-6f6ac878de58/download>

Tarno Fernández, M., Martín de Rosales Cabrera, A., García Salom, P. (2014) *Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria* https://www.sefh.es/sefhpdfs/guiabpp_junio_2014_vf.pdf

Trapero Pons, S. (2017). *La humanización en la atención del paciente agitado con esquizofrenia*. [Trabajo Fin De Grado En Enfermería, Universidad De Cantabria].[https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11766/Trapero %20Pons%20Sara.pdf](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11766/Trapero%20Pons%20Sara.pdf)

Tristán, A. (2008). *Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo*. Avances en medición. vol. 6(1), pp.37-48.

Tucker, J., Whitehead, L., Palamara, P., Rosman, J., y Seaman, K. (2020). *Reconocimiento y manejo de la agitación en servicios de salud mental agudos: una evaluación cualitativa de las percepciones del personal*. BMC Nurs. 2020 Nov 10;19(1):106. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-020-00495-x>

Unidad Psiquiátrica de Agudos (2025). *Registro de morbilidad de ingresos y egresos, primer semestre del año 2025. Informe estadístico solicitado por escrito y suministrado por el personal*. Mérida. Venezuela.

Vaca, D. (2024) *Contención mecánica desde el cuidado ético del paciente. Revisión sistemática* [Artículo científico previo a la obtención del grado académico de magíster en enfermería con mención en enfermería quirúrgica, universidad regional autónoma de los andes “Uniandes”] Ambato Ecuador. <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/18634/1/ua-mqi-eac-129-2024.pdf>

Valverde Eizaguirrea, M., Inchauspe Arósteguib, J. (2017). *El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37(132), 529-552. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000200529

Vásquez, M. (2011). *Trabajo de investigación tercera parte*.
http://mireyavasquez.blogspot.com/2011/08/trabajo-de-investigacion-tercera-parte_31.html

Velázquez, N. (2017). *Investigación Científica*. (3era. Ed). Mc Graw Hill

Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., Catalán, R., Vázquez, M., Soler, V., Ortuño, N., y Martínez, A. (2017). *Protocolo para el manejo de pacientes psiquiátricos con agitación psicomotora*. BMC Psychiatry. 8 de septiembre;17(1):328. https://bmcp psychiatry-biomedcentral-com.translate.goog/articles/10.1186/s12888-017-1490-0?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc

Villasís, M., y Miranda, M. (2016) *El protocolo de investigación IV: Las variables de estudio*. Revista Alergia México, 63(3). 303-310.
<https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755025003.pdf>

Viñales Devoto, P., Pizarro Villalobos, C., Allard Pincheira, M., Aranda Tapia, J., Carmona Molina, G. (2021). *Protocolo De Contención De Usuario Con Agitación Psicomotora* Hospital San Pablo Coquimbo. <https://www.hospitalcoquimbo.cl/wp-content/uploads/2021/12/Protocolo-contencion-a-usuario-con-agitacion-psicomotora-version-0.5.pdf>

Washington Pinheiro, C., Marques Araújo, M., Carneiro Rolim, K., Moreira de Oliveira, C., y Batista de Alencar, A. (2019). *Teoría de las relaciones interpersonales: Reflexiones acerca de la función terapéutica del enfermero en salud mental*. Enfermería en foco 10(3), 64 – 69. 10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2291

[ANEXO A.]

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO “PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIÓN TERAPÉUTICA DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS (UPA), MARZO-SEPTIEMBRE 2025, MÉRIDA – VENEZUELA”.

Dimensiones	Ítems	Coeficiente de razón de validez ajustada (CVR')			Observación
		Coherencia	Claridad	Pertinencia	
Contención verbal	2, 9	1	0	1	Eliminar los ítems
	12, 15	1	1	1	Aprobados
	1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 18	1	0,33	1	Se requiere revisar los ítems.
	8, 14, 16, 17, 19, 20, 21	1	0,67	1	Se requiere revisar los Ítems según el criterio.
Contención farmacológica	24	1	0	1	Eliminar los ítems
	29, 31	1	1	1	Aprobados
	22, 23, 26, 27, 28	1	0,33	1	Se requiere revisar los ítems
	30	1	0,67	1	Revisar el ítem
Contención física	49, 53, 55	1	1	1	Aprobados
	32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 62	1	0,33	1	Se requiere revisar los ítems
	35, 42, 50, 51, 52, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61	1	0,67	1	Se requiere revisar los ítems

Fuente: Cálculos propios.

[ANEXO B.]

CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA A TRAVES DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,824	51

Estadísticos de los Elementos

Nº	Ítems	Media	Desviación Estándar	Correlación del elemento con otros	n
1	¿Identifica los signos de alarma (elevación del tono de voz, intranquilidad, cambio súbito de conducta, labilidad emocional) que evidencia la necesidad de realizar intervención verbal en el paciente?	4,3000	1,05935	0.3834	10
2	¿Mantiene una distancia apropiada ante un contacto amenazante del paciente?	3,7000	1,25167	0.3601	10
3	¿Demuestra una posición frontal con el paciente que evita una actitud de confrontación?	3,5000	1,77951	0.4762	10
4	¿Muestra un lenguaje corporal cerrado como cruzar los brazos o darse la vuelta para evitar provocar la agresividad y desinterés de lo que le pasa al paciente?	2,4000	1,71270	-0.1659	10
5	¿Adopta una actitud empática que transmita seguridad y ayuda para no provocar al paciente?	4,6000	0,51640	0.7188	10
6	¿Utiliza un tono de voz adecuado que evite la confrontación o intimidación?	4,5000	1,26930	0.3393	10
7	¿Permite que solo una persona del equipo de salud dirija la intervención?	2,9000	1,44914	0.3547	10
8	¿Comunica la información de forma clara, breve y precisa permitiendo que el paciente comprenda su discurso?	4,6000	0,51640	0.7460	10
9	¿Identifica emociones negativas en el paciente que favorezcan un escenario de agitación?	4,0000	1,05409	0.6815	10
10	¿Valida las emociones del paciente de manera que pueda hacer catarsis y expresar lo que siente?	4,0000	1,05409	0.7255	10
11	¿Escucha activamente lo que expresa el paciente mostrando interés?	4,6000	0,69921	0.5519	10
12	¿Visualiza la realidad del paciente a través de su narrativa, asumiendo que es real?	4,1000	0,87560	0.4335	10
13	¿Promueve puntos de acuerdo que permitan minimizar la confrontación directa?	4,3000	0,67495	0.3113	10
14	¿Entiende el estado psicótico del paciente, respetando los comportamientos y conductas producto de ello?	4,0000	0,81650	0.8023	10
15	¿Promueve los límites que garanticen la seguridad del paciente y del entorno, sin caer en la arbitrariedad?	4,4000	0,69921	0.5116	10

16	¿Comunica las normativas de la institución, fomentando el respeto y la cooperación durante la estadía hospitalaria?	4,6000	0,51640	0.6916	10
----	---	--------	---------	--------	----

Fuente: Cálculos propios

Nº	Ítems	Media	Desviación Estándar	Correlación del elemento con otros	n
17	¿Le permite al paciente que tome opciones sobre el tratamiento terapéutico a seguir cuando presente agitación?	3,4000	1,77639	-0.0177	10
18 ^a	¿Promete al paciente alternativas que luego no podrá cumplir?	1,7000	1,25167	0.2415	10
19	¿Comunica al resto del equipo de salud lo que está ocurriendo para coordinar la situación en caso de una agitación fuerte en el paciente?	5	0	-	10
20	¿Cuándo un paciente presenta agitación / agresividad verifica en la hoja del tratamiento que fármaco SOS tiene indicado?	5	0	-	10
21	¿Confirma que el medicamento prescrito sea el indicado para la agitación del paciente?	5	0	-	10
22	¿Identifica la farmacocinética (absorción, distribución, metabolismo y eliminación) del medicamento indicado?	4,6000	0,69921	0.614	10
23	¿Reconoce la farmacodinamia (efectos bioquímicos y fisiológicos) del medicamento en el organismo del paciente?	4,7000	0,67495	0.680	10
24	¿Valora el nivel de sedación del paciente, posterior a la administración del fármaco SOS indicado?	4,4000	0,69921	0.464	10
25	¿Valora el estado mental del paciente e identifica posibles riesgos tras el cumplimiento del fármaco SOS indicado?	4,2000	0,78881	0.317	10
26	¿Monitoriza constantes vitales cada hora, luego de la administración del fármaco SOS?	3,7000	1,15950	0.441	10
27	¿Comunica al paciente el motivo de la contención farmacológica?	4,1000	1,10050	-0.106	10
28	¿Se asegura que el paciente comprenda el propósito de la contención?	4,4000	0,69921	0.119	10
29	¿Registra el cumplimiento del SOS indicado en la hoja de tratamiento?	4,9000	0,31623	0.672	10
30	¿Registra en la evolución de enfermería el motivo de la contención farmacológica, como también el estado mental del paciente?	3,8000	1,13529	0.242	10
31	¿Se asegura de haber agotado todas las medidas previas (verbales y farmacológicas) antes de aplicar la contención física?	4,7000	0,48305	0.295	10
32	¿Confirma que la contención física se aplica al	4,9000	0,31623	0.672	10

	paciente cuando exista un riesgo de daño para sí mismo, para terceros y para su entorno, y que dicho riesgo sea inminente e incontrolable por otros medios?				
33	¿Verifica que la indicación de la orden de contención física esté clara y detallada en la historia clínica del paciente?	4,5000	0,84984	0.5774	10
34	¿Prepara previamente el entorno (habitación) para garantizar la seguridad y bienestar al paciente durante la contención física?	3,9000	1,28668	0.7657	10
35	¿Verifica que el material de contención física esté completo y en buen estado?	4,8000	0,42164	0.3556	10
36	¿Revisa al paciente observando que no tenga objetos punzo-cortantes y encendedores al momento de aplicar la contención física?	4,3000	1,05935	0.7194	10
37	¿Se desprende como personal de enfermería de objetos que pueden causar daño o representen un riesgo para el paciente como (tijeras, inyectoras, pinzas, estetoscopios, porta carnet), al momento de aplicar la contención física?	4,2000	1,22927	0.7749	10
Nº	Ítems	Media	Desviación Estándar	Correlación del elemento con otros	n
38	¿Orienta al paciente sobre las medidas terapéuticas que no es un castigo, sino que se realiza para preservar la integridad física y mental del mismo?	4,8000	0,42164	0.2965	10
39	¿Le explica el motivo de la contención física, sus opciones terapéuticas para que el paciente colabore con el procedimiento?	4,6000	0,51640	0.1620	10
40 ^a	¿Considera que cuatro o cinco personas son suficientes para realizar el procedimiento en caso de que el paciente no coopere?	4,3000	0,82327	0.1158	10
41	¿Una vez en la habitación, posiciona al paciente sobre la cama en decúbito supino, iniciando la inmovilización con los dispositivos de contención?	4,0000	1,24722	0.6546	10
42	¿Realiza la inmovilización con el cinturón abdominal, seguido de las sujeciones en extremidades y por último la sujeción en tórax?	3,1000	1,19722	0.5011	10
43	¿Valora el estado general del paciente cada 15 o 30 minutos post contención física, durante la primera hora, y ajusta las rondas según la evolución clínica?	3,4000	1,26491	0.8390	10
44	¿Valora la tolerancia del paciente a la sujeción, su nivel de agitación, agresividad y ansiedad?	3,6000	1,34990	0.8743	10

Nº	Ítems	Media	Desviación Estándar	Correlación del elemento con otros	n
45	¿Mantiene la cabecera de la cama elevada a 30° o 45° para facilitar la respiración y prevenir la broncoaspiración?	3,9000	1,28668	0.8474	10
46	¿Verifica el estado de hidratación del paciente de forma regular, cuando la condición clínica lo permita?	4,6000	0,84327	0.5528	10
47	¿Proporciona asistencia en el momento de la alimentación del paciente?	3,9000	0,73786	0.6172	10
48	¿Ofrece patos, pitos, facilitando la micción y promoviendo una eliminación fisiológica y regular?	4,1000	0,99443	0.1009	10
49	¿Reevalúa la necesidad de mantener la contención física antes de iniciar el retiro, asegurando alcanzar el objetivo terapéutico?	4,6000	0,51640	0.0665	10
50	¿Libera las extremidades y el tórax de forma progresiva y alterna, manteniendo la contención del tronco y reevaluando la respuesta tras cada descontención?	4,3000	1,25167	0.1605	10
51	¿Realiza una retroalimentación con el paciente post contención, para que exprese sus sentimientos, procese la información y mejore su comprensión en cuanto al motivo de la contención física?	3,6000	1,50555	0.7526	10
52	¿Realiza una retroalimentación con el equipo de salud permitiendo identificar lecciones aprendidas, discutir errores sin juicio y proponer soluciones de mejora?	3,6000	1,17379	0.1139	10
53	¿Registra en la evolución de enfermería de manera detallada el motivo que originó la contención física?	3,9000	1,28668	0.6708	10
54	¿Realiza un registro narrativo incluyendo inicio, duración, cuidados de enfermería y retiro de la contención física?	3,5000	1,26930	0.6361	10

Fuente: Cálculos propios. Nota: ^a elemento de escala inversa

[ANEXO C]

CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA A TRAVES DEL COEFICIENTE KUDER-RICHARDSON (KR-20)

Durante la Contención Física:

Nº	Ítems	p	q = (1-p)	p*(1-p)
56	Previa revisión de la indicación médica ¿Considera que posee autonomía para aplicar la contención física, aunque no esté presente el médico de guardia?	1	0	0
57	Ante la colaboración del paciente con la contención física, ¿Considera usted que dos personas es suficiente para realizar el procedimiento?	0,9	0,1	0,09
58	Ante la cooperación del paciente, ¿Usted considera que se evita primero el forcejeo y, en segundo lugar, causarle daño al paciente?	0,9	0,1	0,09
59	¿Cuándo el paciente no colabora, realiza la inmovilización física, de preferencia cuando el paciente este distraído?	0,7	0,3	0,21
60	Si el paciente no colabora, ¿Realiza una caída controlada al suelo, en la que cada enfermero sujeta una extremidad y la cabeza para controlarlo, permitiendo así que el traslado a la habitación sea seguro?	0,7	0,3	0,21

Fuente: Cálculos propio.

El valor de la $\sigma^2 = 1,28$; $\Sigma p*q = 0,6$ y el $Kr (20) = 0,668$

Debido que con el ítem 55 el valor del $Kr (20) = 0,112$, corresponde en ese caso eliminarlo para que finalmente resultara el $Kr (20) = 0,668$

[ANEXO D.]

CARTA DE ACEPTACION DEL TUTOR ACADEMICO



Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería
Mérida estado Mérida

Carta de Aceptación del Tutor Académico

Yo, Jackson Lenno Rojas Rangel, titular de la Cédula de Identidad N° V- 19647204, profesor(a) de la Escuela de Enfermería, por medio de la presente, certifico mi compromiso y disposición a ser Tutor(a) durante la etapa de desarrollo y presentación del Trabajo de Grado Titulado: Propuesta de un protocolo de contención terapéutica dirigido a profesionales de Enfermería que laboran en los servicios Salud Mental a ser desarrollado por las bachilleres Bolaños Delgado Hilary Esther C.I: V-27.229.656 y Molina Ramírez Nelmary Elizabeth C.I: V-26.760.192, para optar al Grado de Licenciado(a) en Enfermería y acepto asesorar a las participantes en calidad de tutor, del Trabajo de Grado.

Jackson Rojas R.
Firma del Profesor Tutor

En Mérida a los 16 días del mes de Junio del año 2025.

[ANEXO E.]

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Rosalía Uzcátegui titular de la Cédula de Identidad N° 8048995, de profesión Licenciada en Enfermería, ejerciendo actualmente como Profesora en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: **"Propuesta de un Protocolo de Contención Terapéutica dirigido a Personal de Enfermería que laboran en la Unidad Psiquiátrica de Agudos, Período Marzo-Septiembre 2025. Mérida estado Mérida"**. A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems			X	
Coherencia entre variables, objetivos, indicadores e ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia				X

En Mérida, a los 13 días del mes de Agosto del 2025

Nombre y apellido: Rosalía Uzcátegui

CI: 8048995 0

Firma

Uzcátegui Rosalía



[ANEXO F.]

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

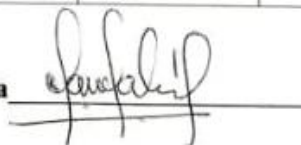
Yo, Flor Parra titular de la Cédula de Identidad N° 11.404.116, de profesión Lic. en Enfermería, ejerciendo actualmente como Profesor Jubilado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: **Propuesta De Un Protocolo De Contención Terapéutica Dirigido A Los Profesionales De Enfermería Que Laboran En Los Servicios De Salud Mental, Periodo Marzo – Septiembre 2025. Mérida – Venezuela, durante el periodo Marzo – Septiembre 2025”.**

A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems			X	
Coherencia entre variables, objetivos, indicadores e ítems				X
Claridad y precisión			X	
Pertinencia				X

En Mérida, a los 12 días del mes de Agosto del 2025

Nombre y apellido, CI. Flor Parra 11.404.116. Firma



[ANEXO G.]

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

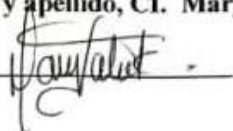
Yo, Mary Valiente titular de la Cédula de Identidad N°, 17.094.026 de profesión Licenciada en Enfermería, ejerciendo actualmente como Enfermera y Profesor en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: **“Propuesta de un protocolo de contención terapéutica dirigido a los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de salud mental, durante el periodo marzo – septiembre 2025”**

A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los ítems			X	
Coherencia entre variables, objetivos, indicadores e ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Mérida, a los 13 días del mes de Agosto del 2025

Nombre y apellido, CI. Mary Valiente 17.094.026

Firma 

[ANEXO H.]

SOLICITUD PARA LA APLICACIÓN DE PRUEBA PILOTO

Mérida, 26 de Agosto de 2025

Dirección de Docencia e Investigación IAHULA

Presente. -

Con Atención: Mgtr. Zulayma Peña de Marquina, Jefe de Enfermería.

Esp. Yimi Pabón, Adjunto Docente.

La presente, es para solicitar la autorización para la aplicación de la prueba piloto, que garantiza la confiabilidad del instrumento del Trabajo Especial De Grado titulado: "Propuesta de un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de Enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos del IAHULA, Periodo Marzo – Septiembre 2025", bajo la autoría de las estudiantes: Molina Nelmary y Bolaños Hilary y la tutoría del profesor Lenno Rojas.

En este sentido, para la aplicación de la misma, se necesita de la colaboración de 10 profesionales de Enfermería que laboran en la Emergencia Adulto y proporcionan atención al paciente psiquiátrico en esta institución.

Sin otro particular, queda de ustedes, en espera de su colaboración.

Atentamente,

Nelmary Molina

C.I. 26.760.192

Hilary Bolaños

C.I. 27.229.656

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
COORD. ENFERMERÍA
Recibido por: YIMI PABÓN
FECHA: 26/08/25 HORA: 01:30 p.m.
Nota: La Recepción de la presente no implica la aceptación de la misma.



Dirección General IAHULA
Correspondencia Recibida
Recibida por: YIMI PABÓN
Fecha: 26/08/25
1:30 pm

[ANEXO I.]

SOLICITUD PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

Mérida, 05 de Septiembre de 2025

Dirección de Docencia e Investigación IAHULA

Presente. -

Con Atención: Mgtr. Zulayma Peña de Marquina, Jefe de Enfermería.

Esp. Yimi Pabón, Adjunto Docente.

Lcdo. Luis Molina, Coordinador de la Unidad Psiquiátrica de Agudos.

La presente, es para solicitar la autorización para la aplicación del instrumento, del Trabajo Especial De Grado titulado: "Propuesta de un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de Enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica de Agudos del IAHULA, Periodo Marzo – Septiembre 2025", bajo la autoría de las estudiantes: Molina Nelmary y Bolaños Hilary y la tutoría del profesor Lenno Rojas.

En este sentido, para la aplicación de la misma, se necesita de la colaboración del personal de Enfermería que laboran en la Unidad Psiquiátrica de Agudos y proporcionan atención al paciente psiquiátrico en esta institución.

Sin otro particular, queda de ustedes, en espera de su colaboración.

Atentamente,

Nelmary Molina

C.I. 26.760.192

Hilary Bolaños

C.I. 27.229.656



Recibido por: *[Signature]*
 Fecha: 09/09/25
 Hora: 11:30

Dirección General IA:
 Correspondencia Recibida
 Recibida por: *[Signature]*
 Fecha: 05/09/25/8:28

[ANEXO J.]**INSTRUMENTO****Consentimiento informado**

Usted ha sido seleccionado para colaborar en un trabajo de investigación que lleva por título: Propuesta de un protocolo de contención terapéutica dirigido al personal de Enfermería que labora en la Unidad Psiquiátrica De Agudos (UPA), periodo Marzo-Septiembre 2025 Mérida, Venezuela, a cargo de estudiantes: Hilary Bolaños y Nelmary Molina de la Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes

Su participación en esta encuesta será completamente voluntaria ya que tiene el derecho de abstenerse de participar si así lo desea. Se le solicita su sincera colaboración al dar respuesta a este cuestionario. La información obtenida será absolutamente confidencial ya que su nombre no aparecerá en ninguno de los resultados publicados y esta información se utilizará única y exclusivamente con fines académicos y científicos de manera ética por parte de las autoras.

Durante el proceso, si tiene alguna duda, siéntase libre de preguntar en cualquier momento y, de igual forma, puede retirarse de la misma si así lo desea. Finalmente, si usted está de acuerdo con lo expuesto y desea participar de manera voluntaria, por favor firme su consentimiento para dar inicio a la encuesta.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Instrucciones:

Para dar respuesta al cuestionario que a continuación se presenta, debe cumplir con las siguientes instrucciones: 1. Leer cuidadosamente cada pregunta. 2. Responder a todas las preguntas. 3. Responder el cuestionario individualmente. 4. Ser sincero en sus respuestas.

Parte I Características Sociodemográficos.

Marque con una X su situación particular:

A. Edad		B. Género		C. Cargo	
21-30 años		Femenino		Asistente de terapia	
31-40 años		Masculino		Enfermero I	
41-50 años				Enfermero II	
Mayor de 50 años				Magister	

D. Años de servicio en esta institución		E. Turno de trabajo	
1-5 años		Mañana 7am-1pm	
6-10 años		Tarde 1pm-7pm	
11-15 años		Noche 7pm-7am	
16-20 años		Diurno 7am-7pm	
Mayor de 20 años		Plan de Contingencia 7am-7am	

Parte II: Contención Terapéutica

A continuación, se presentan una serie de proposiciones que debe responder, de acuerdo a su actuación al momento de abordar al paciente psiquiátrico, teniendo en cuenta las opciones de respuestas establecidas. Siempre (S), Casi Siempre (CS), A Veces, (AV), Casi Nunca (CN), Nunca (N).

Items	Durante la Contención Verbal:	S	CS	AV	CN	N
1	¿Identifica los signos de alarma (elevación del tono de voz, inquietud, cambio súbito de conducta, labilidad emocional) que evidencia la necesidad de realizar intervención verbal en el paciente?					
2	¿Mantiene una distancia apropiada ante un contacto amenazante del paciente?					
3	¿Demuestra una posición frontal con el paciente que evita una actitud de confrontación?					
4	¿Muestra un lenguaje corporal cerrado como cruzar los brazos o darse la vuelta para evitar provocar la agresividad y desinterés de lo que le pasa al paciente?					
5	¿Adopta una actitud empática que transmita seguridad y ayuda para no provocar al paciente?					
6	¿Utiliza un tono de voz adecuado que evite la confrontación o intimidación?					
7	¿Permite que solo una persona del equipo de salud dirija la intervención?					
8	¿Comunica la información de forma clara, breve y precisa permitiendo que el paciente comprenda su discurso?					
9	¿Identifica emociones negativas en el paciente que favorezcan un escenario de agitación?					
10	¿Valida las emociones del paciente de manera que pueda hacer catarsis y expresar lo que siente?					
11	¿Escucha activamente lo que expresa el paciente mostrando interés?					
12	¿Visualiza la realidad del paciente a través de su narrativa, asumiendo que es real?					
13	¿Promueve puntos de acuerdo que permitan minimizar la confrontación directa?					
14	¿Entiende el estado psicótico del paciente, respetando los comportamientos y conductas producto de ello?					
15	¿Promueve los límites que garanticen la seguridad del paciente y del entorno, sin caer en la arbitrariedad?					
16	¿Comunica las normativas de la institución, fomentando el respeto y la cooperación durante la estadía hospitalaria?					
17	¿Evita prometer al paciente opciones que no pueda cumplir luego?					
18	¿Comunica al resto del equipo de salud lo que está ocurriendo para coordinar la situación en caso de una agitación fuerte en el paciente?					

Items	Durante la Contención Farmacológica:	S	CS	AV	CN	N
19	¿Cuando un paciente presenta agitación / agresividad verifica en la hoja del tratamiento que fármaco SOS tiene indicado?					
20	¿Confirma que el medicamento prescrito sea el indicado para la agitación del paciente?					
21	¿Identifica la farmacocinética (absorción, distribución, metabolismo y eliminación) del medicamento indicado?					
22	¿Reconoce la farmacodinamia (efectos bioquímicos y fisiológicos) del medicamento en el organismo del paciente?					
23	¿Valora el nivel de sedación del paciente, posterior a la administración del fármaco SOS indicado?					
24	¿Valora el estado mental del paciente e identifica posibles riesgos tras el cumplimiento del fármaco SOS indicado?					
25	¿Monitoriza constantes vitales cada hora, luego de la administración del fármaco SOS?					
26	¿Se asegura que el paciente comprenda el propósito de la contención?					
27	¿Registra el cumplimiento del SOS indicado en la hoja de tratamiento?					
28	¿Registra en la evolución de enfermería el motivo de la contención farmacológica, como también el estado mental del paciente?					

www.bdigital.ula.ve

Items	Durante la Contención Física:	S	CS	AV	CN	N
29	¿Se asegura de haber agotado todas las medidas previas (verbales y farmacológicas) antes de aplicar la contención física?					
30	¿Confirma que la contención física se aplica al paciente cuando exista un riesgo de daño para sí mismo, para terceros y para su entorno, y que dicho riesgo sea inminente e incontrolable por otros medios?					
31	¿Verifica que la indicación de la orden de contención física esté clara y detallada en la historia clínica del paciente?					
32	¿Prepara previamente el entorno (habitación) para garantizar la seguridad y bienestar al paciente durante la contención física?					
33	¿Verifica que el material de contención física esté completo y en buen estado?					
34	¿Revisa al paciente observando que no tenga objetos punzo-cortantes y encendedores al momento de aplicar la contención física?					
35	¿Se desprende como personal de enfermería de objetos que pueden causar daño o representen un riesgo para el paciente como (tijeras, inyectadoras, pinzas, estetoscopios, porta carnet), al momento de aplicar la contención física?					

	Durante la Contention Física:	S	CS	AV	CN	N
36	¿Orienta al paciente sobre las medidas terapéuticas que no es un castigo, sino que se realiza para preservar la integridad física y mental del mismo?					
37	¿Le explica el motivo de la contención física, sus opciones terapéuticas para que el paciente colabore con el procedimiento?					
38	¿Considera que cuatro o cinco personas no serían suficientes para realizar el procedimiento si el paciente no coopera?					
39	¿Una vez en la habitación, posiciona al paciente sobre la cama en decúbito supino, iniciando la inmovilización con los dispositivos de contención?					
40	¿Realiza la inmovilización con el cinturón abdominal, seguido de las sujeciones en extremidades y por último la sujeción en tórax?					
41	¿Valora el estado general del paciente cada 15 o 30 minutos post contención física, durante la primera hora, y ajusta las rondas según la evolución clínica?					
42	¿Valora la tolerancia del paciente a la sujeción, su nivel de agitación, agresividad y ansiedad?					
43	¿Mantiene la cabecera de la cama elevada a 30° o 45° para facilitar la respiración y prevenir la broncoaspiración?					
44	¿Verifica el estado de hidratación del paciente de forma regular, cuando la condición clínica lo permita?					
45	¿Proporciona asistencia en el momento de la alimentación del paciente?					
46	¿Ofrece patos, pitos, facilitando la micción y promoviendo una eliminación fisiológica y regular?					
47	¿Reevalúa la necesidad de mantener la contención física antes de iniciar el retiro, asegurando alcanzar el objetivo terapéutico?					
48	¿Libera las extremidades y el tórax de forma progresiva y alterna, manteniendo la contención del tronco y reevaluando la respuesta tras cada descontentión?					
49	¿Realiza una retroalimentación con el paciente post contención, para que exprese sus sentimientos, procese la información y mejore su comprensión en cuanto al motivo de la contención física?					
50	¿Realiza una retroalimentación con el equipo de salud permitiendo identificar lecciones aprendidas, discutir errores sin juicio y proponer soluciones de mejora?					
51	¿Registra en la evolución de enfermería de manera detallada el motivo que originó la contención física?					
52	¿Realiza un registro narrativo incluyendo inicio, duración, cuidados de enfermería y retiro de la contención física?					

A continuación, se presentan una serie de proposiciones que debe responder, de acuerdo a su actuación al momento de abordar al paciente psiquiátrico, teniendo en cuenta las opciones de respuestas establecidas: **Sí y No.**

Ítem	Durante la Contención:	Si	No
53	Prevía revisión de la indicación médica ¿Considera que posee autonomía para aplicar la contención física, aunque no esté presente el médico de guardia?		
54	Ante la colaboración del paciente con la contención física, ¿Considera usted que dos personas es suficiente para realizar el procedimiento?		
55	Ante la cooperación del paciente, ¿Usted considera que se evita primero el forcejeo y, en segundo lugar, causarle daño al paciente?		
56	¿Cuándo el paciente no colabora, realiza la inmovilización física, de preferencia cuando el paciente este distraído?		
57	Si el paciente no colabora, ¿Realiza una caída controlada al suelo, en la que cada enfermero sujeta una extremidad y la cabeza para controlarlo, permitiendo así que el traslado a la habitación sea seguro?		

Fuente: Bolaños y Molina (2025).

www.bdigital.ula.ve

[ANEXO K.]

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE PROTOCOLO

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Luis Javier Rivera Leal, titular de la Cédula de Identidad N° 19.894.178, de profesión Médico Especialista en Psiquiatría, ejerciendo actualmente como Coordinador Médico de la Unidad Psiquiátrica de Agudos del IAHULA y Profesor invitado del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación de contenido del protocolo titulado: Protocolo de Contención Terapéutica de Enfermería: Triada D "Mente Segura" (Diálogo, Dosis, Dignidad). Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, fueron realizadas las sugerencias y cambios necesarios para su realización final

En Mérida, a los 13 días del mes de Noviembre del 2025

Nombre y apellido Luis Javier Rivera Leal

Firma



[ANEXO L.]

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE PROTOCOLO

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Rosalía Uzcátegui titular de la Cédula de Identidad N° 8.048.995, de profesión Licenciada en Enfermería, ejerciendo actualmente como Profesora en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación de contenido del protocolo titulado: **Protocolo de Contención Terapéutica de Enfermería: Triada D “Mente Segura” (Diálogo, Dosis, Dignidad)**. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, fueron realizadas las sugerencias y cambios necesarios para su realización final

En Mérida, a los 12 días del mes de noviembre del 2025

Nombre y apellido: Rosalía Uzcátegui

Firma

Uzcátegui Rosalía



[ANEXO M.]

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE PROTOCOLO

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Mary Valiente titular de la Cédula de Identidad N° 17.094.026, de profesión Licenciada en Enfermería, ejerciendo actualmente como Profesora en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación de contenido el protocolo titulado: **Protocolo de Contención Terapéutica de Enfermería: Triada D “Mente Segura” (Diálogo, Dosis, Dignidad)**. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, fueron realizadas las sugerencias y cambios necesarios para su realización final

En Mérida, a los 12 días del mes de noviembre del 2025

Nombre y apellido: Mary Valiente

Firma



[ANEXO N.]

**LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN
TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA: TRIADA D “MENTE SEGURA” (DIÁLOGO,
DOSIS, DIGNIDAD)**

ETAPA N. 1: CONTENCIÓN VERBAL			
Intervenciones de enfermería	Sí	No	Observaciones
1. Identificar signos de alarma, como: elevación del tono de voz, intranquilidad, cambio súbito de conducta, labilidad emocional.			
2. Demostrar respeto por el espacio personal, descrito como dos brazos de distancia			
3. Mostrar una actitud abierta, firme, tranquila y comprensiva.			
4. Establecer contacto verbal.			
5. Establecer una comunicación con mensajes breves, claros y concretos con el paciente.			
6. Identificación de necesidades y validación emocional.			
7. Aplicar una escucha activa, demostrando interés y confianza.			
8. Encontrar puntos de acuerdo con la perspectiva del paciente cuando sea posible.			
9. Comunicar de forma clara los límites de la institución y del personal.			
10. Tomar en cuenta la opinión del paciente sobre su abordaje si su condición lo permite.			
11. Asegurarse de que todo el personal tenga conocimiento de la situación del paciente.			
ETAPA N°2: CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA			
Intervenciones de enfermería	Sí	No	Observaciones
1. Valorar la necesidad de la administración del fármaco SOS			
2. Verificar en la historia del paciente que exista la indicación médica del fármaco SOS			
3. Preparación del fármaco SOS indicado, utilizando los 5 correctos de enfermería			
4. Valorar el nivel de conciencia para confirmar la eficacia del tratamiento			
5. Monitorización de signos vitales			
6. Informar al paciente sobre el fármaco SOS administrado			
7. Registrar en la hoja de tratamiento, la dosis, vía, hora y nombre del fármaco administrado y en la evolución de enfermería colocar la justificación del mismo.			
ETAPA N° 3: CONTENCIÓN FÍSICA			
Intervenciones de enfermería	Sí	No	Observaciones
1. Agotamiento de otras medidas.			
2. Verificar la existencia de la indicación de contención física en la historia clínica			
3. Preparación de la habitación y material para realzar la contención física.			

4. Previo a la intervención el personal deberá retirarse los objetos que puedan ser peligrosos o lesionar a los involucrados.			
5. Explicar al paciente el motivo por el cual se llevará a cabo el procedimiento.			
6. Secuencia de intervenciones de contención física • Reducción y traslado según el nivel de cooperación del paciente. (paciente colaborador o paciente no colaborador) • Colocar el cinturón abdominal alrededor del paciente a la altura de la cintura. • Se colocan las sujeciones en las cuatro extremidades de forma diagonal, sujetando cada extremidad de manera extendida y ligeramente separadas • Los dispositivos de sujeción deben ser asegurados al bastidor. • Comprobar y revisar todas las sujeciones • El personal se retira de la habitación de forma progresiva y en silencio, siendo los últimos en salir los que están junto a las piernas.			
7. Cuidados de enfermería durante la contención. • Realizar valoración cada 15-30 minutos durante la primera hora post-contención, luego ajustar rondas según la evolución clínica • Monitorización de signos vitales (T.A, F.C, Tª, Sat O2) y supervisión el estado general. • Verificar continuamente el estado de hidratación del paciente y ofrecer líquidos de forma regular • Proporcionar asistencia para que el paciente reciba una alimentación adecuada • Ofrecer patos o pitos para facilitar la micción y deposición • Mantener al paciente con la cabecera elevada a 30°-45° • Minimizar estímulos externos (ruidos, luces) para facilitar el descanso. • Asistir al paciente en su higiene y cuidado personal • Evaluar continuamente la actitud del paciente ante la sujeción.			
8. Procedimiento para el retiro de la contención física. • Descontener una extremidad inferior más extremidad superior contralateral. • Evaluar la respuesta del paciente • Se descontiene el tronco del paciente solo cuando se evidencie un comportamiento ausente de riesgos reales o potenciales			
9. Registro de Enfermería sobre la Contención Física			
10. Retroalimentación posterior a la contención física			