

Tema de Interés**Desescalada Verbal en Atención de Urgencias Psiquiátricas para Pacientes No Colaboradores****ID** Enriquez Garrido, Ibrahim¹; **ID** Barrios Coronel, Iván^{2,3}; **ID** Torales, Julio César^{1,3,4}¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay.²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Filial Santa Rosa del Aguaray. Santa Rosa del Aguaray, Paraguay.³Universidad Sudamericana, Facultad de Ciencias de la Salud. Pedro Juan Caballero, Paraguay.⁴Universidad Nacional de Caaguazú, Instituto Regional de Investigación en Salud. Coronel Oviedo, Paraguay.**Como referenciar éste artículo | How to reference this article:****Enriquez Garrido I, Barrios Coronel I, Torales J.** Verbal De-escalation in Psychiatric Emergency Care for Non-Cooperative Patients. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, Diciembre - 2024; 57(3): 110-114.

El conocimiento general sobre la atención en emergencias psiquiátricas es crucial para todos los profesionales de la salud involucrados en los servicios de emergencia, no solo para aquellos que se especializan en psiquiatría. Esto se debe a que frecuentemente se encuentran con pacientes que presentan condiciones conductuales que pueden afectar directa o indirectamente el contexto clínico. Seguir las mejores prácticas y guías para la atención en emergencias psiquiátricas no solo conduce a un mejor diagnóstico y planificación del tratamiento, sino que también mejora la atención integral del paciente ^(1,2).

Una de las dificultades en este contexto es el manejo de pacientes no cooperativos, aquellos que, debido a una variedad de factores (no todos psiquiátricos; algunos pueden ser sociales, legales u otros), exhiben comportamientos que complican la relación médico-paciente. Estos comportamientos pueden variar

desde dificultades en la comunicación (como sarcasmo, retener información o comentarios despectivos) hasta agresión verbal abierta e incluso agresión física hacia personas y objetos, incluidos el personal médico y otros. En tales escenarios, muchos proveedores de atención médica se encuentran desprevenidos ⁽³⁾ y a menudo dependen de la intuición o de hábitos previos, lo que puede afectar negativamente su desempeño (en términos de la formación de residentes, por ejemplo) y su bienestar emocional ⁽⁴⁾.

El enfoque más efectivo en estas situaciones es la desescalada verbal, que comprende un conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas destinadas a prevenir la escalada de problemas verbales o conductuales por parte del paciente. Este método no coercitivo y colaborativo ayuda al paciente a "calmarse a sí mismo" antes de intentar "calmar al paciente" ⁽⁵⁾. Este enfoque tiene el beneficio adicional de desafiar creencias convencionales, como la noción de que la violencia es siempre necesaria

Autor correspondiente: Prof. Dr. Julio César Torales. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay. E-mail: jttorales@fcmuna.edu.py.**Editor responsable:** **ID** Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez*, **ID** Dra. Lourdes Talavera*.

*Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay.

Fecha de recepción el 15 de junio del 2024; aceptado el 11 de noviembre del 2024.

para controlar tales situaciones. Esto reduce la probabilidad de hospitalización ⁽⁶⁾ y aumenta la seguridad de todos los involucrados.

Aunque la capacidad para desescalar verbalmente varía entre las personas, cualquiera puede adquirir y aplicar las técnicas fundamentales de la desescalada verbal de manera efectiva. La característica esencial de este escenario es una actitud positiva, que incluya respeto hacia el paciente y la capacidad de empatizar. El personal debe reconocer que los pacientes están haciendo lo mejor que pueden dadas sus circunstancias. Además, hay diez dominios ⁽⁵⁾ que aumentan la probabilidad de una resolución no violenta al tratar con un paciente no cooperativo.

1. Respetar el espacio personal.
2. No ser provocador.
3. Establecer contacto verbal.
4. Ser conciso.
5. Identificar necesidades y sentimientos.
6. Escuchar atentamente lo que dice el paciente.
7. Estar de acuerdo o aceptar no estar de acuerdo.
8. Establecer reglas y límites claros.
9. Ofrecer opciones y optimismo.
10. Realizar una sesión de retroalimentación con el paciente y el personal después del evento.

Cada uno de estos dominios se explica brevemente a continuación.

1. Respetar el espacio personal: mantener una distancia de al menos un brazo de longitud respecto al paciente. Esto no solo le proporciona al paciente el espacio necesario, sino que también permite que el médico se retire si el paciente se vuelve físicamente agresivo. No se recomienda obstruir el camino del paciente a menos

que sea necesario para un procedimiento médico, ya que hacerlo puede aumentar la probabilidad de una confrontación física ⁽⁵⁾.

2. No ser provocador: asegúrese de transmitir su intención de no causar daño mediante la comunicación verbal y no verbal, mientras demuestra un lenguaje corporal genuino. Sus manos deben ser visibles y relajadas, ya que ocultarlas podría interpretarse como un signo de que está escondiendo armas. Evite el lenguaje corporal cerrado, como cruzar los brazos o darse la vuelta, ya que podría transmitir desinterés ⁽⁷⁾. Mantener una postura abierta y mostrar una actitud tranquila puede tranquilizar al paciente de que está allí para escuchar y crear un ambiente seguro para todos.

3. Establecer contacto verbal: al comunicarse con un paciente, se recomienda que solo una persona hable con él, generalmente el primer punto de contacto. Si el contacto inicial no está disponible, otra persona debe ser designada de inmediato. Durante la interacción, un miembro del equipo debe informar al resto del personal sobre la situación y mantener a otras personas alejadas del paciente. Además, es esencial presentarse al paciente y proporcionar orientación y seguridad respetuosas sobre sus circunstancias actuales y expectativas ⁽⁵⁾.

4. Ser conciso: use oraciones simples y lenguaje sencillo para comunicarse con pacientes agitados, que pueden tener dificultades para comprender información complicada ⁽⁸⁾. Dele al paciente el tiempo suficiente para procesar la información antes de proporcionar más detalles. Repita los puntos importantes para asegurar una desescalada exitosa, dada la capacidad limitada para procesar la información mencionada anteriormente.

5. Identificar necesidades y sentimientos:

especule razonablemente la causa del trastorno conductual observado durante la consulta inicial. Es importante preguntar a todos los pacientes acerca de sus preferencias y si pueden cumplir con ellas. Frases como, "Me gustaría entender qué esperabas cuando viniste aquí", junto con la seguridad de que "Incluso si no puedo cumplir tu solicitud, me gustaría saberlo para que podamos explorar otras formas de apoyarte", pueden ser útiles. Además, la información disponible, incluyendo el habla no relacionada, el lenguaje corporal ⁽⁹⁾ y los encuentros previos con el paciente, pueden ser utilizados. Esta conexión rápida permite al personal de salud responder con empatía y comunicar su disposición para ayudar a los pacientes.

6. Escuchar atentamente lo que dice el paciente:

utilice la escucha activa y transmita mediante reconocimiento verbal, conversación y lenguaje corporal que realmente está prestando atención a lo que el paciente dice y siente. Declaraciones aclaratorias como "Déjame asegurarme de que te entiendo correctamente..." o "para reiterar, mencionaste que..." son técnicas útiles, ya que enfatizan que comprender no implica necesariamente estar de acuerdo. En el contexto de la atención centrada en el paciente, alentar la participación verbal y la escucha activa puede mejorar los resultados y la satisfacción del paciente con los servicios de salud. Los estudios sobre el desarrollo de comportamientos de cuidado destacan la importancia de la empatía y la comunicación efectiva en las interacciones con los pacientes, subrayando el papel de las señales verbales y no verbales en la demostración de comportamientos de cuidado ⁽¹⁰⁾.

7. Estar de acuerdo o aceptar no estar de acuerdo:

los estudios han demostrado que las alianzas entre paciente y proveedor mejoran significativamente la activación del paciente, particularmente

en entornos de salud mental ⁽¹¹⁾. La alianza terapéutica, caracterizada por el acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y un fuerte vínculo entre el proveedor y el paciente, es un factor crítico para promover la participación del paciente y el autocuidado. Al interactuar con los pacientes, es importante encontrar algún terreno común con lo que el paciente está diciendo: a los pacientes les resultará difícil ver a alguien que está de acuerdo con ellos como una amenaza potencial. Para lograrlo, se pueden considerar tres enfoques: aceptar información fáctica, estar de acuerdo en principio y reconocer la probabilidad de una situación. Si no es posible un acuerdo honesto, expresar comprensión de la perspectiva del paciente mediante frases como "Entiendo que te parezca de esa manera desde tu punto de vista" puede ser beneficioso.

8. Establecer reglas y límites claros:

es crucial que el paciente esté completamente informado sobre la conducta aceptable e inaceptable (daño a uno mismo y a los demás). Esta información debe transmitirse no como una amenaza, sino como un asunto procedimental de manera justa y cortés. Es importante establecer límites que transmitan la intención y el deseo de ayudar sin proporcionar oportunidades para que el paciente explote estos límites. Se debe mantener el respeto mutuo y la dignidad al tratarse entre sí ⁽⁵⁾.

9. Ofrecer opciones y optimismo:

proporcionar opciones es el único medio para empoderar a un paciente que cree que la violencia verbal o física es la única o la necesaria respuesta. Para evitar que la situación escale a una agresión, se deben sugerir alternativas a la violencia. Por lo tanto, estas alternativas se consideran prácticas. Se debe evitar engañar a los pacientes prometiendo algo que no se puede proporcionar debido a restricciones éticas o políticas de servicio ⁽⁵⁾.

10. Realizar una sesión de retroalimentación con el paciente y el personal después del evento: Al trabajar con un paciente agitado, recae bajo la responsabilidad del personal de salud restaurar la relación terapéutica para mitigar la naturaleza traumática de cualquier intervención coercitiva y disminuir la probabilidad de más violencia. Es necesaria una comunicación efectiva entre todas las partes involucradas para explorar posibles alternativas para el manejo de la agresión en el futuro. Se debe enseñar a los pacientes cómo solicitar un "tiempo fuera" y cómo expresar adecuadamente su enojo. Explicar el papel de la medicación en la prevención de actos violentos y buscar la opinión del paciente sobre si sus preocupaciones han sido abordadas adecuadamente también es importante. Además, el personal de salud debe comunicarse con la familia del paciente que ha presenciado el evento. También deben sentirse en libertad de discutir lo que salió bien durante el episodio y lo que podría mejorarse para futuros encuentros, mientras recomiendan posibles cambios. En línea con el proceso de retroalimentación posterior al evento, es crucial considerar estrategias para mejorar la comunicación con los pacientes con bajos niveles de alfabetización en salud. Los proveedores de atención médica deben estar equipados con el apoyo necesario para reconocer y abordar la baja alfabetización en salud, adaptar sus estilos de comunicación y garantizar que los pacientes comprendan la información transmitida. Al adaptar la comunicación para satisfacer las necesidades de los pacientes con diferentes niveles de alfabetización en salud, los profesionales de la salud pueden mejorar la comprensión, el compromiso y los resultados generales de los pacientes ⁽¹²⁾.

Al incorporar estas recomendaciones, los profesionales de la salud pueden mejorar su enfoque para manejar a los pacientes

no cooperativos en entornos de atención de emergencias. Los programas de capacitación que se centran en la gestión de crisis pueden cambiar la perspectiva de una de desesperanza a una que ofrezca soluciones viables. Estos programas deben incluir estrategias para lidiar con situaciones de crisis, como proporcionar a los trabajadores de la salud las habilidades necesarias para navegar de manera efectiva en escenarios desafiantes. Además, la formación debe abarcar habilidades no técnicas, como la gestión de crisis, la toma de decisiones, el liderazgo y la comunicación, que son esenciales para manejar emergencias.

Contribución de los autores: Ibrahimn Enriquez Garrido, Iván Barrios Coronel y Julio César Torales: concepción y diseño del estudio, análisis e interpretación de los resultados y conclusiones, revisión crítica del manuscrito y aprobación final del manuscrito.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento: ninguno.

Referencias Bibliográficas

1. Addington D, Abidi S, Garcia-Ortega I, Honer WG, Ismail Z. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9):594-603. <https://doi.org/10.1177/0706743717719899>.
2. Nadkarni A, Hanlon C, Bhatia U, Fuhr D, Ragoni C, de Azevedo Perocco SL, et al. The management of adult psychiatric emergencies in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(6):540-547. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00094-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00094-2).
3. Schwartz TL, Park TL. Assaults by patients on psychiatric residents: a survey and training recommendations. *Psychiatr Serv*. 1999;50(3):381-383. <https://doi.org/10.1176/ps.50.3.381>.
4. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. *Med Educ*. 2009;43(7):628-636. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03388.x>.
5. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):17-25. <https://doi.org/10.5811/>

westjem.2011.9.6864.

6. Compton MT, Craw J, Rudisch BE. Determinants of inpatient psychiatric length of stay in an urban county hospital. *Psychiatr Q.* 2006;77(2):173-188. <https://doi.org/10.1007/s11126-006-9005-z>.
7. Kohn L, Christiaens W, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M, Gillain B, et al. Barriers to Somatic Health Care for Persons With Severe Mental Illness in Belgium: A Qualitative Study of Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives. *Front Psychiatry.* 2022;12:798530. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.798530>.
8. Hoffmann JA, Pergjika A, Konicek CE, Reynolds SL. Pharmacologic Management of Acute Agitation in Youth in the Emergency Department. *Pediatr Emerg Care.* 2021;37(8):417-422. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002510>.
9. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP nonverbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2010;60(571):83-87. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X483111>.
10. Mårtensson S, Knutsson S, Hodges EA, Sherwood G, Broström A, Björk M. Development of caring behaviour in undergraduate nursing students participating in a caring behaviour course. *Scand J Caring Sci.* 2024;38(1):47-56. <https://doi.org/10.1111/scs.13189>.
11. Allen ML, Cook BL, Carson N, Interian A, La Roche M, Alegria M. Patient-Provider Therapeutic Alliance Contributes to Patient Activation in Community Mental Health Clinics. *Adm Policy Ment Health.* 2017;44(4):431-440. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0655-8>.
12. Murugesu L, Heijmans M, Rademakers J, Franssen MP. Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. *PLoS One.* 2022;17(5):e0267782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267782>.