



DEL CONTROL A LA COMPRENSIÓN: UNA REFLEXIÓN SOBRE LA DESESCALADA EMOCIONAL EN LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

FROM CONTROL TO UNDERSTANDING: A REFLECTION ON EMOTIONAL DE-ESCALATION IN MENTAL HEALTH NURSING



*Douglas E. Mora Arias

ENSAYO

Resumen

El cuidado de enfermería de las personas que experimentan crisis emocionales y conductuales continúa representando uno de los mayores desafíos en los servicios de salud mental. Este ensayo reflexiona sobre la desescalada emocional como una alternativa orientada a comprender antes que controlar, reconociendo que detrás de muchas manifestaciones de agitación existe sufrimiento, dificultades de comunicación y necesidades que no siempre logran expresarse de otra manera. A partir de la experiencia desarrollada en el Hospital Nacional de Salud Mental, se analiza el uso de la contención mecánica, la necesidad de fortalecer las competencias del personal de enfermería para identificar tempranamente las situaciones de crisis y el aporte de la Educación en Servicio en la construcción de nuevas formas de cuidado. Se plantea que la reducción de intervenciones coercitivas no depende únicamente de la capacitación o de la actualización de protocolos, sino también

de la capacidad institucional para revisar críticamente prácticas históricamente normalizadas. Se concluye que la desescalada emocional constituye una expresión del cuidado enfermero en salud mental y una oportunidad para fortalecer intervenciones más seguras, respetuosas y centradas en la dignidad de las personas usuarias.

Palabras clave: contención mecánica, desescalada emocional, educación en servicio, enfermería en salud mental, humanización del cuidado, relación terapéutica.

Abstract

Nursing care for individuals experiencing emotional and behavioral crises continues to be one of the greatest challenges in mental health services. This essay reflects on emotional de-escalation as an approach aimed at understanding rather than controlling, recognizing that behind many manifestations of agitation lie suffering,

* Enfermero en Salud Mental y Psiquiatría. Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital Nacional de Salud Mental. Subdirector de Educación Servicio de Enfermería. Coordinador de la Comisión de Educación Permanente. Email. demora@ccss.sa.cr



communication difficulties, and needs that cannot always be expressed in other ways. Drawing on experience at the National Mental Health Hospital, this essay analyzes the use of physical restraint, the need to strengthen nursing staff's ability to identify crisis situations early, and the role of in-service training in developing new forms of care. It is argued that reducing coercive interventions depends not only on training or updating protocols, but also on the institutional capacity to critically review historically normalized practices. The study concludes that emotional de-escalation is an expression of nursing care in mental health and an opportunity to strengthen interventions that are safer, more respectful, and centered on the dignity of service users.

Keywords: mechanical restraint, emotional de-escalation, in-service training, mental health nursing, humanization of care, therapeutic relationship.

Introducción

El abordaje de las crisis de hetero-agresividad ha representado históricamente uno de los mayores desafíos para los servicios de salud mental. Durante décadas, la respuesta institucional dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social como en el Hospital Nacional de Salud Mental ante situaciones de agitación, agresividad o pérdida del autocontrol estuvo centrada principalmente en la protección inmediata de las personas usuarias, del personal y del entorno, mediante intervenciones orientadas al control de la conducta. Dentro de estas

acciones, las medidas de contención mecánica han ocupado un lugar importante en la práctica asistencial de numerosos hospitales psiquiátricos alrededor del mundo.

Sin embargo, "...los efectos adversos de las intervenciones coercitivas han impulsado una modificación importante en la forma de interpretar dichas crisis en salud mental (1)."

Actualmente se reconoce que detrás de muchas conductas disruptivas existe un sufrimiento emocional, miedo, desesperanza, frustración o "...incapacidad para comunicar necesidades, elementos que requieren una respuesta terapéutica diferente a la simple contención mecánica (2)."

La experiencia adquirida a lo largo de casi cuatro décadas de ejercicio profesional en enfermería de salud mental, desarrolladas en la institución psiquiátrica más antigua e importante del país, me ha hecho comprender que aquellas personas usuarias menos cooperativas suelen presentar problemas comunicacionales que evolucionan hacia comportamientos agresivos, hecho que exige a las y los enfermeros disponer de competencias en desescalada de emociones, para actuar de manera pronta, segura y sobre todo terapéutica ante ese tipo de desafíos.

Por lo anterior resulta tan importante tener la desescalada de emociones como herramienta clínica que reemplace la contención mecánica como alternativa primaria. Este tiempo ha sido testigo de la relación tan cercana entre ansiedad,



agitación y agresividad vista con tanta frecuencia en las escaladas de emociones, cuando la persona usuaria no recibe la atención oportuna en el momento apropiado y termina sujeta en una camilla o cama.

La crisis como una oportunidad

Uno de los mayores aprendizajes que ha dejado la práctica de la enfermería en salud mental consiste en aprehender que una crisis no siempre representa únicamente un problema o riesgo. También puede constituir una oportunidad para establecer una relación terapéutica significativa.

Con frecuencia el personal de enfermería actúa cuando el problema ya está presente. Se aprende a contener una agresión, a controlar una conducta o a responder ante una emergencia. No obstante, la observación clínica cotidiana demuestra que las crisis rara vez aparecen de manera súbita. “Generalmente son el resultado de un proceso progresivo de acumulación de tensión emocional, en el cual suelen existir señales tempranas que pueden ser identificadas e intervenidas oportunamente (2,5)”. Reconocer estas señales de manera temprana constituye una herramienta fundamental para prevenir situaciones de mayor complejidad. Se requiere observación, escucha activa, empatía, regulación emocional y comunicación terapéutica. Estas competencias forman parte de la esencia disciplinar de la enfermería en salud mental y resultan indispensables para anticipar y prevenir situaciones de mayor complejidad.

Desescalada de emociones: una competencia avanzada de enfermería en salud mental.

Muchas veces la desescalada verbal es interpretada como un conjunto de técnicas o frases dirigidas a persuadir a una persona para que se tranquilice. No obstante, esta visión resulta un tanto reducida.

La desescalada de emociones representa una competencia clínica compleja que integra conocimientos, habilidades y actitudes. “...y facilita que la persona recupere progresivamente el control sobre sí misma (3).” Significa comprender el comportamiento humano, interpretar adecuadamente el contexto, reconocer factores desencadenantes, establecer relaciones terapéuticas seguras y facilitar que la persona recupere progresivamente el control sobre sí misma. “La característica esencial de esta (...) es una actitud positiva, que incluya respeto hacia el paciente y la capacidad de empatizar” (4).

Así entonces, la intervención deja de centrarse exclusivamente en lo que el profesional hace y se enfoca en la relación que ha ido construyendo con la persona usuaria.

Esta evolución tiene profunda implicación ética. Significa reconocer que incluso en momentos de intensa desorganización emocional la persona continúa siendo un sujeto con dignidad, derechos y capacidad para participar activamente en su proceso de recuperación.



Humanizar el cuidado más allá del discurso.

La humanización se ha convertido en un concepto ampliamente utilizado dentro de los servicios de salud. Sin embargo, si no se traduce en acciones concretas existe el riesgo de que permanezca únicamente como una declaración teórica de intenciones. La desescalada verbal o de emociones constituye una forma práctica de humanizar la atención que «suele ser la clave para involucrar al paciente y ayudarlo a convertirse en un socio activo en su evaluación y tratamiento» (5). Significa escuchar antes de intervenir, comprender antes de juzgar y acompañar antes de controlar que representan prácticas concretas de un cuidado “centrado en la persona (6).»

Cuando una enfermera logra establecer esa conexión terapéutica durante una situación de crisis, «...y (mira a la persona usuaria) no únicamente como un problema clínico que debe ser controlado (6)”, disminuye el riesgo de agresión o lesión. También se transmite un mensaje fundamental: la persona continúa siendo vista como un ser humano y no únicamente como un problema clínico que debe ser controlado.

Esta perspectiva resulta especialmente relevante en los hospitales especializados en salud mental, donde la presencia de conductas complejas puede favorecer prácticas rutinarias que, aunque se

desarrollen con buenas intenciones, corren el riesgo de invisibilizar la experiencia subjetiva del sufrimiento.

La educación como motor del cambio clínico

El cambio real más que normas o formas de actuar ante una emergencia psiquiátrica requiere procesos educativos capaces de generar reflexión crítica sobre la práctica cotidiana. En este sentido, el proceso de capacitación en desescalada emocional desarrollada con personal de enfermería ha permitido evidenciar que muchos profesionales poseen una disposición genuina para adoptar enfoques menos coercitivos cuando cuentan con herramientas concretas para hacerlo. También ha quedado manifiesto que la educación continua puede convertirse en una herramienta y espacio para cuestionar creencias y prácticas previamente normalizadas y construir nuevas formas de cuidado.

En consecuencia, la capacitación trasciende la simple transmisión de conocimientos. Se convierte en una estrategia de cambio en las prácticas clínicas orientada a fortalecer organizaciones más seguras, reflexivas y centradas en las personas.

El siguiente cuadro permite tener un acercamiento a lo que ha significado el procedimiento de contención mecánica en el Hospital Nacional de Salud Mental entre los años 2014-2023 que se cuenta con registro.



2014	2018	2019	2022	2023
4310	9111	8130	7630	7922

Fuente: Registro de contención mecánica, Dirección de Enfermería, HNSM, periodo 2014-2023.

Como puede observarse, el período analizado acumuló un total de 37.103 procedimientos de contención mecánica en el HNSM. Este hecho pone de manifiesto que dicho procedimiento es uno de los que con mayor frecuencia se producen en el hospital. De hecho, al sacar el promedio durante el periodo, se hace más evidente, cuando el resultado es de casi un procedimiento de contención por hora, lo que indica que no se trata de un evento aislado en la práctica.

Estos resultados muestran una variabilidad interanual importante, con un incremento marcado entre 2014 y 2018, año en que se alcanzó el valor más alto de la serie (9.111 procedimientos). Posteriormente, se observó una disminución en las cifras registradas durante los años posteriores a la pandemia; sin embargo, los datos correspondientes a 2022 y 2023 permanecen por encima de los valores observados al inicio del período. Los hallazgos sugieren una tendencia general al aumento de las contenciones mecánicas a lo largo del periodo, aunque con fluctuaciones asociadas a diferentes momentos de la época analizada.

Debido a su complejidad operativa, este procedimiento requiere la participación coordinada de profesionales de distintas

disciplinas, lo que involucra una importante movilización de recursos humanos institucionales.

“La aplicación de contenciones mecánicas se asocia además con diversas implicaciones para las personas usuarias y para la institución (6,7).” Entre ellas destacan las quejas relacionadas con el procedimiento, los procesos administrativos y judiciales derivados de su utilización, así como las lesiones que eventualmente pueden experimentar tanto las personas usuarias como los funcionarios participantes. Estas situaciones pueden generar incapacidades temporales, limitaciones funcionales para el desempeño laboral y costos institucionales adicionales cuya magnitud no ha sido cuantificada de manera sistemática en el contexto estudiado, pero que podrían representar una carga significativa para el sistema de salud.

La contención mecánica vista desde la perspectiva de la persona usuaria también puede asociarse con complicaciones físicas y psicológicas que potencialmente incrementan la estancia hospitalaria y la necesidad de intervenciones terapéuticas adicionales, «... con el consiguiente aumento en la utilización de recursos asistenciales (6,7).»

En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la intervención de contención mecánica se encuentra vinculada a la activación de un código de emergencia psiquiátrica denominado «Código Gris». De acuerdo con el Procedimiento de Contención



Mecánica institucional, la atención de estos eventos requiere la participación de un equipo interdisciplinario, el cual está integrado por al menos cuatro funcionarios, entre ellos profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, asistentes de pacientes, trabajo social, psicología, psiquiatría y personal de vigilancia, según las características y necesidades específicas de cada situación.

La Subdirección de Educación en Servicio de Enfermería del Hospital Nacional de Salud Mental, en cumplimiento de su responsabilidad de identificar y atender las necesidades de capacitación del personal de enfermería, analizó el fenómeno asociado al uso de la contención mecánica y las estrategias disponibles para su reducción. Este análisis se sustentó, entre otros elementos, en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Desescalada del Project BETA, cuyos autores señalan que «todas las personas que trabajan con pacientes agitados deben recibir capacitación en técnicas de reducción de la intensidad». (5).

De forma congruente con esas recomendaciones, la evidencia contemporánea en salud mental promueve enfoques terapéuticos «...menos coercitivos, en los que la persona usuaria participa activamente como colaboradora en el manejo de su conducta y en la resolución de situaciones de crisis (2,3).»

Ante este panorama y considerando el promedio anual de 7.441 procedimientos de contención mecánica durante el período

analizado, la Subdirección de Educación en Servicio realizó una revisión de la literatura científica nacional e internacional, así como un análisis de experiencias implementadas en diferentes servicios de salud mental. Dicho proceso permitió identificar intervenciones basadas en la evidencia, particularmente programas de desescalada verbal que han demostrado potencial para reducir la frecuencia de las contenciones mecánicas «...y favorecer prácticas asistenciales menos restrictivas (1,2).»

Paralelamente, se identificó una limitada disponibilidad de procesos formativos acreditados y accesibles para el personal del hospital que respondieran a estándares internacionales en el abordaje de la agitación psicomotriz y la prevención de conductas agresivas.

Como parte del proceso de análisis institucional, se revisaron los conocimientos acumulados por el personal de enfermería en materia de intervención en crisis, los protocolos y normativas institucionales vigentes, las recomendaciones emitidas por organismos nacionales como la Defensoría de los Habitantes y el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, así como los aportes del equipo interdisciplinario, la asesoría legal institucional y los comités de bioética. Este proceso contribuyó a la actualización del Procedimiento para la Contención Mecánica y aislamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social del



2004, promoviendo una reflexión crítica sobre las prácticas asistenciales relacionadas con el manejo de la agitación.

La actualización del protocolo despertó un interés particular por parte de la disciplina de enfermería en fortalecer las herramientas de intervención disponibles para el personal asistencial. En consecuencia, surgió la necesidad de profundizar en la incorporación de estrategias de desescalada emocional fundamentadas en los principios del cuidado enfermero, los derechos humanos y la seguridad de las personas usuarias y del personal.

Como respuesta a esta necesidad se diseñó el “Curso de Desescalada de Emociones”, una estrategia educativa orientada al fortalecimiento de las competencias clínicas del personal de enfermería para la prevención y el manejo de situaciones de agitación. Durante el primer semestre de 2026 el curso fue impartido en cuatro ediciones, constituyéndose en una de las principales acciones institucionales orientadas a promover alternativas terapéuticas menos coercitivas y alineadas con las mejores prácticas internacionales.

Los temas desarrollados tienen relación con la escalada de agitación como proceso, sus diferentes etapas, características e intervenciones de enfermería, movimiento de contención mecánica cero, dominios de la desescalada verbal, sensibilización en la utilización de la nueva versión del Lineamiento para la Contención del

movimiento y aislamiento a personas usuarias con trastornos mentales y del comportamiento de los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, correspondiente a la actualización del creado en 2004.

El proceso incluyó el análisis de la tendencia de utilización de la contención mecánica en el Hospital Nacional de Salud Mental y la evaluación de las prácticas asistenciales relacionadas con la implementación de medidas de contención mecánica cuando las intervenciones de regulación emocional y desescalada resultaban insuficientes para controlar la situación de crisis.

Aprendizajes desde educación en servicio.

Con el fin de medir el impacto de la capacitación en el curso de desescalada de emociones, se aplicó el modelo de Donald Kirkpatrick (8), autor que en 1959 ideó una metodología que se volvió un estándar internacional cuando se trata de “ayudar a los directivos a evaluar los resultados de las prácticas de formación y desarrollo de los trabajadores y los sistemas organizativos, basada en evaluaciones sumativas y «... mejorar los resultados (8).»

“El modelo consta de cuatro niveles de evaluación: Reacción, Aprendizaje, Comportamiento y Resultados. La reacción (nivel I) abarca las percepciones de los participantes sobre su experiencia de aprendizaje, la estructura del programa, el



contenido, los métodos de enseñanza y los aspectos instructivos, como los materiales y la calidad de la enseñanza. El aprendizaje (nivel II) está relacionado con los cambios de actitudes, percepciones, conocimientos y aptitudes. El comportamiento (nivel III) evalúa la transferencia de conocimientos al lugar de trabajo a través de cambios de comportamiento. Por último, el nivel de resultados (nivel IV) evalúa la aplicabilidad de los resultados de la intervención para cambiar la práctica organizativa y mejorar los resultados “(8).

Durante el proceso de capacitación participó un total de 70 funcionarios de diferentes perfiles ocupacionales (asistentes de pacientes, auxiliares, enfermeras y supervisores) de los Hospitales Nacional de Salud Mental, Maximiliano Peralta Jiménez por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social y 9 enfermeras del Hospital Metropolitano (hospital privado). Las evaluaciones globales oscilaron entre 47.8 y 53.4 puntos sobre un máximo de 55. Los resultados de aprendizaje mostraron incrementos entre 12 y 20.5 puntos porcentuales entre pretest y pos test. Estos datos mostraron una mejoría importante entre el primer y segunda prueba aplicado a los participantes, lo que evidenció un impacto muy positivo.

La capacitación ha permitido hacer un análisis por parte de los participantes, iniciando con la sensibilización en aquellas prácticas histórico-mecánicas que con mucha frecuencia aún en la actualidad se

usan; y como estas exponen la dignidad de las personas usuarias a múltiples riesgos en el personal. Asimismo, se clarifica que la mayor parte de las personas que sufren crisis de heteroagresividad, en realidad no llegan a fase de Pico de improviso, sino que han pasado por varias etapas en las que se pudo haber hecho una serie de intervenciones de enfermería que pudieron haber evitado llegar a dicho momento y con esto la aplicación de contención mecánica. El curso permitió desarrollar en el personal participante la necesidad de prevenir antes de contener, analizar antes de actuar, viendo el fenómeno de la desescalada de emociones desde el enfoque del cuidado enfermero, como una responsabilidad a estar revisando procedimientos y prácticas para actuar; basados en la mejor evidencia científica propio de una práctica profesional. Esto ha generado la inquietud de incluir dentro de las preclínicas un instrumento de organización del recurso humano al inicio de cada turno que clarifique la asignación de responsabilidades desde antes de que ocurran los eventos de “código gris”. Por otro lado, se tuvo la oportunidad de analizar prácticas al momento de la aplicación de la contención mecánica que pueden hacer más daño que ayuda, de cómo la técnica, postura y el agarre en dicho momento, pueden influir en la seguridad de la persona usuaria y del personal y como el trabajo en equipo es la base de una exitosa intervención.

Una de las expresiones que más llamó la atención durante el desarrollo del curso fue la manifestada por una colega con amplia



experiencia, quién señaló: “En 24 años de trabajar aquí, es la primera vez que veo que puedo hacer esto diferente”. Esta afirmación refleja cómo determinadas prácticas pueden llegar a normalizarse dentro de los servicios de salud mental y como los espacios de formación pueden convertirse en oportunidades para cuestionar creencias arraigadas, ampliar la mirada sobre el abordaje de las crisis y reconocer alternativas terapéuticas no exploradas.

Innovar el modelo del cuidado: el desafío.

Actualmente, el Hospital Nacional de Salud Mental refleja una realidad que también ha sido descrita en numerosos hospitales psiquiátricos alrededor del mundo. El incremento sostenido en la utilización de contenciones mecánicas observado durante los últimos años podría interpretarse como un indicador de que gran parte de los esfuerzos terapéuticos continúan concentrándose en las fases más avanzadas de la escalada de la agitación, es decir, cuando la crisis ya ha alcanzado niveles elevados de intensidad, desorganización y riesgo.

En este escenario, la intervención de los diferentes profesionales del equipo interdisciplinario suele activarse en el momento en que las oportunidades de prevención se han reducido considerablemente. Aunque estas acciones resultan indispensables para preservar la seguridad de las personas usuarias, del personal y del entorno, también

invitan a reflexionar sobre una pregunta fundamental: ¿Cuánto tiempo y esfuerzo estamos dedicando a intervenir antes de que la crisis alcance ese punto crítico?

Durante décadas, gran parte de la formación de los profesionales de salud mental se ha orientado hacia la atención de la emergencia ya instaurada. Hemos aprendido a contener, controlar y responder ante situaciones críticas. Sin embargo, con menor frecuencia hemos desarrollado de manera sistemática competencias relacionadas con la observación temprana, la identificación de señales de alarma, la comprensión del sufrimiento emocional y la utilización de estrategias preventivas dirigidas a evitar que la crisis evolucione hacia escenarios de mayor complejidad.

Este desafío trasciende la simple reducción del número de contenciones mecánicas. El verdadero cambio significa cuestionar la visión del cuidado que históricamente ha orientado nuestras prácticas. “Significa pasar de una visión centrada principalmente en el control de la conducta a una comprensión más amplia del comportamiento humano, reconociendo que detrás de muchas manifestaciones de agitación existen necesidades no satisfechas, experiencias de sufrimiento, dificultades de comunicación o formas de expresar malestar que requieren ser comprendidas antes que controladas (2,3,5).»

La experiencia desarrollada mediante los procesos de capacitación en desescalada



emocional ha permitido constatar que muchos profesionales poseen una genuina disposición para adoptar enfoques menos coercitivos cuando disponen de herramientas concretas para hacerlo. De la misma forma, se evidenció que la modificación de las prácticas no depende únicamente de nuevos conocimientos, sino también de la capacidad para revisar críticamente creencias, hábitos y formas de actuar que durante años fueron consideradas normales o inevitables dentro de los servicios de salud mental.

De esta manera, la educación en servicio se convierte en mucho más que una estrategia de capacitación. Constituye una oportunidad para promover procesos de reflexión colectiva, fortalecer el juicio clínico y favorecer cambios en el modelo de gestión del cuidado sostenibles. La verdadera innovación no consiste únicamente en enseñar nuevas técnicas de desescalada, sino en ayudar a los equipos a desarrollar una nueva manera de comprender la crisis, entendiendo que la prevención, la comunicación terapéutica y la relación humana son herramientas tan importantes como cualquier procedimiento de control.

Modificar la práctica del cuidado requiere tiempo, compromiso y liderazgo institucional. Implica reconocer que la seguridad y el respeto por la dignidad humana no son objetivos contrapuestos, sino principios complementarios que deben coexistir en toda intervención. Tal vez el mayor desafío para los servicios de salud mental no sea aprender cómo controlar una crisis, sino

desarrollar la capacidad de identificarla, comprenderla y abordarla terapéuticamente antes de que alcance el punto en el que el control se convierte en la única alternativa posible.

La desescalada de emociones como expresión del cuidado de enfermería

La desescalada emocional suele asociarse con un conjunto de técnicas destinadas a disminuir la intensidad de una crisis. Sin embargo, limitar su comprensión a un procedimiento específico sería reducir el alcance de una herramienta que encuentra sus raíces en los principios fundamentales del cuidado enfermero. Escuchar activamente, observar de manera intencionada, establecer una relación terapéutica basada en el respeto y acompañar a la persona en momentos de vulnerabilidad han formado parte históricamente de la práctica profesional de enfermería mucho antes de que la desescalada verbal fuera formalmente descrita en la literatura científica (5,6,9)."

Así entonces la desescalada emocional no representa una competencia ajena a la disciplina, sino una manifestación contemporánea de su esencia, en la que cada intervención de enfermería se orienta a comprender el significado del comportamiento, identificar necesidades no expresadas, disminuir la ansiedad o transmitir seguridad, constituyendo una oportunidad para ejercer un cuidado que reconoce a la persona usuaria como sujeto activo de derechos y «...no únicamente como receptora de intervenciones clínicas (9).»



La experiencia desarrollada en el Hospital Nacional de Salud Mental también ha permitido interpretar que las crisis no ocurren en el vacío. Estas son el resultado de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Por esta razón, las respuestas exclusivamente centradas en el control de la conducta suelen resultar insuficientes para abordar la complejidad del fenómeno. La prevención efectiva requiere profesionales capaces de interpretar el contexto, reconocer factores desencadenantes y establecer intervenciones oportunas antes de que el sufrimiento emocional se exprese mediante conductas de alto riesgo.

En consecuencia, la enfermería posee una ventaja singular. Ningún otro profesional mantiene una presencia tan constante durante las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año junto a la persona usuaria.

Esta cercanía permite observar cambios sutiles en el estado emocional, identificar señales tempranas de tensión y construir vínculos terapéuticos que pueden convertirse en factores protectores frente al escalamiento de la crisis. «...La desescalada emocional encuentra precisamente en esa proximidad uno de sus mayores potenciales (5).»

Quizá uno de los principales aprendizajes derivados de esta experiencia educativa sea que la reducción de las intervenciones coercitivas no depende exclusivamente de mejores protocolos, de nuevos lineamientos

o de capacitaciones aisladas. Esta requiere fortalecer el modelo de cuidados de enfermería dentro de la institución, en la que cada interacción cotidiana sea entendida como una oportunidad terapéutica. Un enfoque en el que la prevención tenga la misma importancia que la respuesta ante la emergencia y donde la comunicación terapéutica sea considerada una intervención clínica tan relevante como cualquier otro procedimiento asistencial.

En última instancia, reorientar la gestión del cuidado exige reconocer que detrás de cada episodio de agitación existe una historia, una necesidad, una emoción o una forma de sufrimiento que busca ser expresada. Cuando las enfermeras logremos descubrir y comprender esa realidad, la desescalada dejará de ser una técnica y se convertirá en una manera diferente de ejercer el cuidado: más humana, más reflexiva y coherente con los valores fundamentales de la enfermería en salud mental.

El principal desafío no consiste en asumir que la capacitación, por sí sola, resolverá un fenómeno que se ha desarrollado y consolidado en décadas de práctica institucional. Quizá uno de los aportes más valiosos ha sido permitirnos reconocer las fortalezas que existen dentro de los equipos de enfermería, identificar oportunidades de mejora y visibilizar rutas de trabajo que han demostrado resultados positivos en otros países. La capacitación constituye el punto



de partida; el verdadero reto comienza cuando los aprendizajes adquiridos se trasladen a la práctica cotidiana y se sostengan en el tiempo.

Avanzar en esa dirección requiere algo más que actividades educativas aisladas. Supone revisar de manera periódica nuestra forma de actuar, analizar críticamente las intervenciones que realizamos y generar espacios permanentes de reflexión sobre los cuidados que brindamos a las personas usuarias. También demanda fortalecer procesos de auditoría, seguimiento y acompañamiento clínico desde la Dirección de Enfermería, así como una participación activa del cuerpo de supervisión cuya cercanía con la práctica le permite identificar oportunidades de mejora y apoyar la consolidación de nuevas formas de cuidado.

Bajo esta mirada, la contención mecánica debe trascender su condición de procedimiento clínico para convertirse en un indicador de calidad de la gestión del cuidado de enfermería. Su monitoreo sistemático permitiría establecer metas institucionales, identificar avances, reconocer áreas de riesgo y valorar el impacto de las estrategias implementadas para reducir su utilización, como en aquellos países donde ya existe la estrategia “cero contenciones mecánicas”. Colocar este indicador en el centro del análisis institucional significaría otorgarle una visibilidad mayor dentro de la gestión del cuidado, favoreciendo que cada episodio sea examinado no solo como una respuesta

ante una crisis, sino también como una oportunidad para comprender qué ocurrió antes de llegar a ese punto y qué acciones podrían fortalecer la prevención en el futuro.

Solo aquello que se mide puede ser analizado, discutido y modificado. Convertir la contención mecánica en un indicador de calidad en enfermería puede permitirnos convertir cada experiencia en una oportunidad de aprendizaje y mejora continua para la disciplina de enfermería.

Conclusiones:

La experiencia analizada permite comprender que la reducción de intervenciones coercitivas en los servicios del Hospital Nacional de Salud Mental no depende exclusivamente de la implementación de nuevos protocolos o del fortalecimiento de medidas de seguridad. Su éxito en realidad está estrechamente relacionado con la capacidad de la organización para transformar la forma en que comprende y aborda las crisis emocionales y conductuales.

La desescalada emocional representa mucho más que una técnica de intervención. Constituye un cambio en la forma de ver y abordar el fenómeno, hecho que invita a desplazar la atención desde el control de la conducta hacia la interpretación del sufrimiento humano que la origina. En este proceso, la enfermería desempeña un papel fundamental debido a su cercanía permanente con las personas usuarias,



su capacidad de observación clínica y su potencial para establecer relaciones terapéuticas significativas.

La experiencia desarrollada en el Hospital Nacional de Salud Mental evidencia que la educación en servicio puede convertirse en una herramienta estratégica para promover cambios sostenibles, fortalecer competencias profesionales y favorecer prácticas de cuidado enfermero más seguras, preventivas y humanizadas.

En última instancia, el desafío para los servicios de salud mental no consiste únicamente en aprender cómo responder ante una crisis cuando está ya se ha instaurado, sino en desarrollar la capacidad de reconocer tempranamente el sufrimiento, intervenir oportunamente y construir entornos de cuidado donde la dignidad humana, la seguridad y la recuperación constituyan objetivos inseparables.

Referencias bibliográficas:

1. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28(6):605-612. doi:10.1017/S2045796019000350.
2. Roppolo LP, Morris DW, Khan F, Downs R, Metzger J, Carder T, et al. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2020;1(5):898-907. doi:10.1002/em.p2.12138.
3. Fortún Lacueva I, Gil Millan J, Matas Navas L, Hernández Fregenal B, Pascual Veamonte E, Fustero de Miguel G. Desescalada verbal como estrategia de comunicación para prevenir la violencia en situaciones de crisis. *Ocronos*. 2025;8(5): 32.
4. Enríquez Garrido I, Barrios Coronel I, Torales JC. Desescalada verbal en atención de urgencias psiquiátricas para pacientes no colaboradores. *An Fac Cienc Med (Asunción)*. 2024;57(3):110-118. doi:10.18004/anales/2024.057.03.110.
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. doi:10.5811/westjem.2011.9.6864. PMID:22461917;PMCID:PMC3298202.
6. Hernández-Guerra A. La persona hiperconectada: reflexiones desde el desarrollo humano, enfoque centrado en la persona.



Comunicación.2021;30(2):46-59.
Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-38202021000200046.

7. Orta Bernal T, Martínez Requelme D, Pola Coba V, Monguilod López P, Iguaz Navarro M, Pascual Riquelme L. Contenciones mecánicas en enfermería: tipos, usos y dilemas éticos. Rev Sanit Investig [Internet]. 2024 [citado 2026 Ago 16]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/contenciones-mecanicas-en-enfermeria-tipos-usos-y-dilemas-eticos/>
8. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: the four levels. 3rd ed. San Francisco (CA): Berrett-Koehler Publishers; 2006.
9. Moyo N, Jones M, Gray R. What are the core competencies of a mental health nurse? A concept mapping study involving five stakeholder groups. Int J Ment Health Nurs.2022;31(4):933-951. doi:10.1111/inm.13003.