

*INTERVENCIONES  
ALTERNATIVAS A LAS  
MEDIDAS COERCITIVAS EN LA  
AGITACIÓN PSICOMOTRIZ DE  
ORIGEN PSIQUIÁTRICO*

Trabajo fin de grado. Escuela Universitaria  
de Enfermería de Vitoria-Gasteiz

Curso Académico: 2016-2017

11/05/2017

Nº de palabras: 9207

Autoría: Aitor Velasco Durand. Directoras: Jaione Santiago Garin; Leire Aldeano Merchan

## ÍNDICE

1- Introducción.....	3
2- Marco conceptual y justificación.....	4
3- Objetivo.....	9
4- Metodología.....	10
a. Criterios de inclusión.....	10
b. Criterios de exclusión.....	11
c. Estrategia de búsqueda.....	11
d. Selección de la literatura.....	12
e. Análisis interpretativo.....	13
5- Resultados y discusión. ....	13
a. Intervenciones Pre-agitación psicomotriz.....	22
b. Intervenciones Post-agitación psicomotriz.....	27
6- Conclusiones.....	29
7- Bibliografía.....	32
8- Anexos.....	32
a. Tabla de palabras clave con sinónimos y antónimos.....	34
b. Tabla de proceso de búsqueda.....	38
c. Guión de lectura crítica.....	44
d. Diagrama de flujo de la selección de documentos.....	45
e. Tabla resumen de la literatura consultada.....	57
f. Mapa conceptual de los resultados.....	58
g. Escala Plutchick.....	59
h. Guía HCR-20.....	60
i. Escala de evaluación psiquiátrica de BETA.....	61
j. Diagrama del Modelo Safewards.....	62
k. Escala BARS.....	63
l. Escala OAS.....	64
m. Escala ABS.....	

## 1-INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz (AP) es una emergencia psiquiátrica, que puede dar lugar a distintas situaciones negativas tanto para el paciente como para terceros, en una gran variedad de contextos: unidades hospitalarias (psiquiátricas en su mayoría), hospitales psiquiátricos y servicios urgencias, como más relevantes. Las causas de la AP pueden ser variadas, pero una de las más relevantes en la clínica, tanto por su prevalencia como por las consecuencias y las consideraciones éticas que supone, es la de origen psiquiátrico o por trastorno mental.

Según diferentes autores, el manejo de la AP de origen psiquiátrico resulta complejo, y existe desconocimiento sobre la forma más correcta de actuar. Las medidas tradicionales (contención física, mecánica, aislamiento y contención farmacológica involuntaria), conocidas hoy en día como medidas éstas coercitivas, tienen múltiples consecuencias negativas tanto para los pacientes y familiares, como para los profesionales, y por tanto resulta primordial identificar medidas alternativas que a su vez tengan mayor concordancia ética con la labor sanitaria.

La enfermería juega un papel fundamental en la detección y tratamiento del paciente con AP, no sólo porque está involucrada muy directamente en todo el proceso de la agitación psicomotriz, sino porque pueden actuar como desacelerador directo del mismo, evitando riesgos e intervenciones innecesarias, y fomentando la autonomía e implicación del paciente en su situación.

El objetivo de este trabajo ha sido realizar una revisión crítica de la literatura para identificar las intervenciones alternativas a las medidas coercitivas para el tratamiento de la agitación psicomotriz de origen psiquiátrico.

Para ello se ha realizado un proceso de búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos (Medline, Cinahl, Cochrane, Psycinfo, Scielo, IME, Doyma, Cuiden, y Opengrey), además de búsquedas manuales en revistas (WestJEM) y otros recursos electrónicos (Science direct, Wiley, Google académico y psiquiatria.com)

Como resultado más relevante, se ha constatado la existencia de distintos tipos de intervenciones clínicas para la AP, alternativas a las medidas coercitivas, con resultados y evidencia muy diferentes entre sí.

## 2-MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN

La agitación psicomotriz (AP) se define como un estado de inquietud motora acompañado de tensión mental<sup>8, 1,2</sup>. Es un síndrome englobado en los trastornos de conducta que se puede dar en situaciones muy diferentes y por variadas causas.

Es necesario discernir entre AP de origen orgánico (en demencias, tumores, encefalitis...), por consumo de tóxicos (intoxicación de alcohol u otras drogas; o abstinencia de alcohol) y de origen psiquiátrico (por un trastorno mental). Entre estos tres tipos, hay una característica importante que determinará el modo de manejar dicha situación. Se trata del estado de la conciencia, y es que en las AP por causa orgánica o por tóxicos, existirá una significativa alteración de la conciencia; cuando la causa es psiquiátrica en cambio, la conciencia está clara y limpia. Por tanto, es en este último tipo de agitación en el que se centrará este trabajo<sup>19</sup>.

La AP de origen psiquiátrico se origina por descompensación psicopatológica<sup>2</sup>, es decir, por una reagudización de la patología psiquiátrica de base; en la cual pueden intervenir multitud de factores cuya detección es valiosa para poder intervenir de la manera más efectiva posible. Los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia e incidencia en sufrir este síndrome son: la esquizofrenia, la fase maníaca del trastorno bipolar y el trastorno esquizoafectivo<sup>1, 6,16</sup>, aunque puede darse en la mayoría de ellos. Como dato reseñable, 9 de cada 10 pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar sufren en algún momento episodios de agitación<sup>6</sup>. Apuntar también que estas situaciones se dan en un alto porcentaje tanto en los servicios de Urgencias, como en las unidades psiquiátricas de hospitalización.

Este tipo de AP es una emergencia psiquiátrica (situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivos que el paciente mismo, la familia o la sociedad consideran que requiere atención inmediata<sup>17</sup>) dependiente del tiempo, en la que cualquier retraso en el diagnóstico y tratamiento tiene un efecto sobre la morbimortalidad del paciente<sup>1</sup>. Hay que considerar a la agitación psicomotriz como un escalado de niveles<sup>5</sup>, es decir, trata de un continuum que partiendo de un estado de inquietud y angustia, manifestado frecuentemente también por falta de cooperación y dificultad para controlar los impulsos, va efectuando un escalado progresivo que puede desembocar en insultos, hostilidad e incluso agresividad y violencia, desde autolesiones (situaciones de autoagresión), hasta agresiones hacia otras personas y/o daños materiales como el mobiliario (situaciones de heteroagresividad)<sup>6</sup>. Por tanto, si no se actúa de forma rápida y efectiva, pueden escalar de forma impredecible, generando una situación de peligro para el paciente, para el resto de pacientes y para los profesionales que les atienden<sup>1</sup>.

Según un consenso realizado por 24 psiquiatras de renombre internacional en el contexto del XXIV Congreso Europeo de Psiquiatría celebrado en Madrid<sup>3</sup>, la agitación está precedida de unos signos de alarma, los cuales recalcan que cuanto antes se detecten, mayor probabilidad de éxito habrá en el abordaje. Estos signos se desgranar en: humor hostil, tensión facial, inquietud, posturas y gestos amenazadores, subida del tono de voz, movimientos repentinos, descenso de la distancia corporal, contacto visual prolongado. También se han de tener en cuenta los factores involucrados en el desencadenamiento de dichos episodios, los cuales como ya se ha citado previamente, son de suma utilidad. Entre ellos destacan: características del paciente (edad, género, nivel educativo, ambiente socio-familiar desestructurados...), episodios previos de agresión/violencia, presencia de impulsividad/hostilidad, síntomas clínicos alarmantes, situaciones provocativas, ingreso involuntario, actitudes hostiles previas e ingreso hospitalario de larga estancia<sup>16, 2</sup>.

Según la literatura consultada queda patente la importancia de conocer el riesgo que tiene el paciente para sufrir un episodio de AP<sup>10</sup>, así como la detección de los signos de alarma que puedan predecirla. Para ello existen diferentes herramientas y/o escalas<sup>14, 12</sup>, pero hay que remarcar que todavía hoy en día, su uso no está consensuado ni estandarizado.

Si bien se puede concluir que actualmente no hay un consenso, ni un criterio establecido a la hora de discernir las fases de la AP, la mayoría de los estudios y artículos revisados, hablan de tres: **agitación leve**: inquietud y nerviosismo; **moderada**: los síntomas de la fase previa, añadiendo: falta de cooperación, oposicionismo, agresividad verbal y dificultad para controlar los impulsos; y **grave**: dónde se dan situaciones de agresividad física y violencia<sup>4</sup>.

La AP es bastante común; en EEUU anualmente se dan 1.7 millones de episodios solamente en los servicios de urgencias. Además es la primera causa de lesiones físicas en los profesionales del hospital<sup>7</sup>. En varios estudios se muestra como aproximadamente el 10% de los pacientes que llegan a los hospitales psiquiátricos presentan conductas violentas hacia otros individuos antes del propio ingreso<sup>9</sup>. Aunque resulta complicado encontrar la prevalencia actual de la AP en España, sí que se pueden incorporar datos sobre la frecuencia de las agresiones al personal sanitario. Como ejemplo, un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca, en Murcia, establece que un índice de 83,33/ 1000 trabajadores de las unidades de Hospitalización Psiquiátrica y las Urgencias son agredidos al año<sup>2</sup>.

Por otro lado, los cuadros de AP además de otras consecuencias mencionadas como las agresiones, también se relacionan con estancias más largas, mayor uso de recursos y mayor probabilidad de reingreso hospitalario<sup>3</sup>.

En cuanto a las intervenciones terapéuticas frente a la AP, en la literatura actual es sustancial discernir dos grandes tipos de cuidados: las “**medidas coercitivas o restrictivas**” y las “**medidas NO coercitivas**”.

Las medidas coercitivas son intervenciones dirigidas principalmente a mantener el control de la situación y garantizar la seguridad tanto del paciente como del entorno<sup>22</sup>, pero resultan restrictivas en cuanto a que suponen una importante privación de la autonomía y voluntad del paciente, además de posibles consecuencias negativas. Engloban intervenciones como el aislamiento terapéutico, la contención mecánica, la contención física y en algunos casos la contención farmacológica.

1. El **aislamiento** consiste en ubicar al paciente en una sala que estará insonorizada, incomunicada y vacía. Sin ningún tipo de estímulo y por tanto sin poder aplicar otro tipo de medidas<sup>6</sup>.
2. La **contención farmacológica** consiste en dar medicación para conseguir el control de los impulsos. Aunque la vía de primera elección es la oral (concretamente antipsicóticos de segunda generación), dependiendo de la situación, en ocasiones es necesario administrar fármacos vía IM y en contra de la voluntad del paciente, es por ello que el tratamiento farmacológico puede considerarse una medida coercitiva, o no coercitiva<sup>16</sup>.
3. En la bibliografía anglosajona se aplica una actuación diferente, cuyo uso no está integrado ni culturizado en nuestra sanidad, pero revisada la literatura se entiende relevante nombrarla: se trata de la **contención física** o “physical restraint”, la cual consiste en restringir los movimientos del cuerpo del paciente por medio de la fuerza física de los profesionales de la salud<sup>5</sup>.
4. Por último, la **contención mecánica** es un procedimiento, en el que se utilizan dispositivos de sujeción mecánica para limitar la movilidad física<sup>18</sup>. Ésta medida puede realizarse de forma voluntaria, aunque la mayoría de veces se trata de una medida involuntaria, es decir, el médico responsable indica realizar dicho procedimiento en contra de la voluntad del paciente, para lo cual es necesario contar con la autorización judicial correspondiente<sup>19</sup>.

A día de hoy no hay un criterio claramente definido sobre cuándo utilizar cada una de dichas intervenciones, y se está cuestionando la efectividad y adecuación de las mismas debido a las consecuencias negativas que tienen para el paciente y su entorno, además de las implicaciones éticas que suponen:

1. Rotura de la relación terapéutica<sup>21</sup>, pues supone una interrupción de la relación de confianza enfermera-paciente, incrementándose la incidencia de incumplimiento del tratamiento<sup>20</sup> y alargándose la estancia hospitalaria.
2. El paciente agitado, se siente asustado y angustiado, y vive las medidas coercitivas como un atentado contra su integridad, libertad y autonomía que no comprende<sup>3,21</sup>. También aumenta el riesgo de sufrir lesiones físicas<sup>13</sup> que derivan tanto del forcejeo, como de la propia contención mecánica. Por otro lado, este tipo de medidas, suponen para el paciente un importante poder estigmatizante<sup>3</sup>.
3. En cuanto a la vivencia del personal sanitario la aplicación de dichas medidas suele percibirse de forma estresante y ambivalente. Son intervenciones que se llevan a cabo pensando que es lo mejor que se puede hacer por el bien del paciente a largo plazo<sup>21</sup>, pero por otro lado se viven con impotencia por no poder intervenir de otra forma menos restrictiva. Además existe la posibilidad de recibir algún tipo de agresión lo que aumenta el factor del estrés. En definitiva, se vive con cierto fracaso por no haber podido controlar la situación de otra manera.<sup>11</sup>
4. Los familiares por su parte sienten una enorme frustración e incompreensión ante lo que sucede ante ellos al verse incapaces de manejarlo. En ocasiones, es la propia familia la que se niega a que se tomen estas medidas, como la contención mecánica o aislamiento, por la sensación de que se están vulnerando los derechos del paciente.
5. En cuanto a recursos profesionales sanitarios y no sanitarios, dichas medidas generan un consumo muy alto. La contención mecánica por ejemplo, supone un coste económico de 513-1160€ (considerando una duración de 4 a 12h, respectivamente), el coste anual está estimado en 27 millones de euros en España<sup>1</sup>. En cuanto a recursos sanitarios, se consume un tiempo significativo, que podría estar destinado a otras necesidades asistenciales.

A pesar de estas consecuencias negativas, en un estudio prospectivo realizado en 16 servicios de psiquiatría española, se refleja que un 21% de los pacientes recibidos en urgencias psiquiátricas acaba contenido<sup>12</sup>, y otro estudio canadiense que analizó las experiencias de los profesionales de enfermería en hospitales psiquiátricos y unidades psiquiátricas de hospitales generales ante el uso de las medidas coercitivas, determinó que un 24% de los pacientes acababan contenidos mecánicamente<sup>11</sup>.

Ante este panorama, actualmente, uno de los objetivos que se marca la salud mental es la de reducir el uso de este tipo de intervenciones<sup>10</sup>. Así, cabe destacar el proyecto de buenas prácticas y evaluación y tratamiento de la agitación –BETA-, realizado en 2016, por la Asociación Americana de Psiquiatría de Emergencias. Proyecto puntero actualmente que habla de cuatro

objetivos principales: Cerciorar la seguridad del paciente, el staff sanitario y el resto de personas que estén en la zona; ayudar al paciente a administrar sus emociones y angustia, y recuperar el control sobre su comportamiento; eliminar el uso de medidas de contención siempre que sea posible y retirar las medidas coercitivas que provocan la escalada de la agitación<sup>7</sup>.

En 2016 en el anteriormente citado XXIV Congreso Europeo de Psiquiatría celebrado en Madrid, 24 psiquiatras de renombre internacional, presentaron asimismo la primera iniciativa para tratar la agitación en pacientes mentales desde una perspectiva humanizadora, utilizando terapias menos invasivas o "NO-Coercitivas", que mantengan la voluntad del paciente y que le hagan sobre todo participe de su enfermedad<sup>3</sup>. Ya se han mencionado anteriormente todas las consecuencias considerablemente negativas que tienen las medidas coercitivas, ya que al aplicarlas se transgrede la autonomía de la persona y se agrede a su dignidad, pudiendo infligir daño psicológico y también físico en ocasiones.

Es de alta relevancia agregar que según apuntan muchos de los estudios revisados<sup>16, 3, 10,7</sup>, un factor acelerador de la escalada de violencia en una AP es la poca preparación y el básico conocimiento que tienen los profesionales sanitarios en las unidades dónde hay mayor prevalencia, es decir, unidades de agudos de psiquiatría y urgencias.

Según la literatura, en muchas ocasiones esta emergencia no se gestiona adecuadamente. No obstante, no hay que culpabilizar al individuo, sino buscar la responsabilidad en estrategias sanitarias que se marcan para mejorar la asistencia y dotar al profesional de las capacidades y conocimientos, para que pueda proceder de la forma más humana y efectiva posible. Lo cual no quita la responsabilidad intrínseca que ha de existir en todo profesional sanitario en conocer e informarse, dentro de sus posibilidades, de cuál es la mejor, más actual y más ética forma de intervenir en estas situaciones, que además resultan tan estigmatizantes para la persona con enfermedad mental y su entorno.

De esta reflexión surge la motivación que me ha llevado a seleccionar el tema de este trabajo, ya que considero que el papel de enfermería es un pilar primordial en el manejo de la AP de origen psiquiátrico mediante medidas no coercitivas, y es en el campo de la enfermería dónde hay mayor proyección de mejora, y por ende, dónde más se puede progresar.

### 3-OBJETIVO

Identificar intervenciones alternativas a las medidas coercitivas en la agitación psicomotriz de origen psiquiátrico.

## 4-METODOLOGÍA

Con el fin de responder los objetivos de este trabajo se ha realizado una revisión crítica de la literatura. Para comenzar con el proceso de búsqueda, previamente se definieron los criterios de inclusión y exclusión:

### 4.1- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Tipo de publicación: Artículos publicados en revistas (descriptivos y experimentales), con acceso a abstract y texto completo, libros. Protocolos y guías de práctica clínica.
- Tipo de participantes: Artículos que hablen del manejo de la AP de origen psiquiátrico, mediante medidas no coercitivas en pacientes mayores de 18 años ingresados en el servicio de urgencias, en unidad hospitalaria de psiquiatría de agudos y/o en hospitales psiquiátricos. También se aceptarán aquellos artículos en los que no se especifique la causa de la AP, para abarcar la mayor información posible sobre el tema. Se aceptarán artículos que hablen de medidas coercitivas, siempre que describan también las medidas no coercitivas, o hagan una comparación entre ellas.
- Fecha: 2000-2016
- Idioma de publicación: inglés, castellano.

### 4.2-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Tipo de publicación: Pósteres. Trabajos de fin de grado.
- Tiempo: Artículos publicados anteriores a Enero de 2000
- Tipo de participantes: Artículos que tengan como pacientes de estudio menores de 18 años (puesto que la AP en menores de edad implica características diferentes tanto en la clínica como en su tratamiento y consideraciones éticas); artículos que hablen de pacientes con agitación psicomotriz, pero en cuya causa no este contemplada la de origen psiquiátrico (por ejemplo artículos que únicamente hablan de agitación en pacientes con demencia); artículos que hablen específicamente de pacientes que padezcan la AP en unidades que no sean las de los criterios de inclusión (como por ejemplo en unidades de cuidados intensivos), ya que la causa de la AP es diferente y el tratamiento puede verse muy condicionado por la alteración de conciencia y/o deterioro cognitivo del paciente. Artículos que hablen únicamente de intervenciones coercitivas, como por ejemplo la contención mecánica.

### 4.3-ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Teniendo en cuenta estos criterios, se realizó un proceso de búsqueda exhaustiva a través de las plataformas de My Athens y UPV-EHU, en las bases de datos: Medline, Cinahl, Cochrane, Psycinfo, Scielo, IME, Doyma, Cuiden, y también en Opengrey.

Por otro lado, se realizaron búsquedas manuales en la revista WestJEM, en recursos electrónicos como Science direct o Wiley, en el portal especializado en Psiquiatría, denominado psiquiatria.com; en Google académico.

El proceso de búsqueda comenzó identificando los términos en los que se desglosa el objetivo, buscando los sinónimos (y antónimos si así resulto necesario), después traduciendo dichas palabras al inglés, para así poder identificar las palabras clave o descriptores en los tesauros de las diferentes bases de datos (ANEXO 1, tabla de sinónimos y descriptores).

Las palabras clave utilizadas fueron las siguientes: para **intervención**, “Crisis intervention”, “clinical protocols”, “critical care”, “safety management”; para **enfermedad mental**, “mental disorders”, y “mental illness”; para **medidas alternativas**, “alternative”, “non-coercitive”, “de-escalation techniques” “ verbal techniques”; para **agitación** por su parte, “ pshychomotor agitation” o “agitation”; y para hacer referencia a las **medidas coercitivas**, “restraint, physical” , “patient reclusión”, “patient isolation” y “behavior control”.

Una vez ensayadas y reformuladas las diferentes ecuaciones de búsqueda, se han ido registrando las búsquedas que resultaban efectivas para poder llevar un orden en las diferentes bases de datos y proceder posteriormente a la selección de la literatura. (ANEXO 2)

### 4.4-SELECCIÓN DE LA LITERATURA

De los 540 resultados obtenidos inicialmente, se realizó una primera lectura de los títulos y los resúmenes, valorando su coherencia con los criterios de inclusión y exclusión, y quedando fuera en este punto 434 documentos.

Una vez completada esta primera fase, se procedió a comprobar el acceso al texto completo de los artículos seleccionados en dicha fase y en 75 artículos no se pudo acceder a texto completo.

Tras llevar a cabo una primera lectura exhaustiva de los artículos a los que se pudo acceder al texto completo y valorar su concordancia con el objetivo de este trabajo y con los criterios de inclusión y exclusión, se aceptaron finalmente 13 artículos.

A través de expertos se obtuvieron 2 artículos, que también fueron aceptados por considerarse de gran relevancia para dar respuesta al objetivo de este trabajo.

Finalmente se seleccionaron 15 artículos para elaborar los resultados, y en 3 de ellos se realizó una valoración de la calidad metodológica mediante parrilla de lectura crítica específica, por ser estudios de diseño cuantitativo (ANEXO 3).

Tras dicha evaluación se concluye que los tres estudios cumplen criterios de calidad metodológica, por lo que se aceptaron todos ellos para el desarrollo de este trabajo.

Todo el proceso de selección de los artículos se ha representado en un diagrama de flujo. (ANEXO 4).

#### **4.5- ANALISIS INTERPRETATIVO**

Con la finalidad de responder el objetivo, se llevó a cabo una primera lectura general de toda la información que se había seleccionado. En una segunda lectura, se realizó una tabla resumen de cada artículo seleccionado con el fin de clasificar la información y estructurarla. (ANEXO 5)

En sucesivas lecturas se realizó un análisis exhaustivo de la información organizándola en categorías y subcategorías que se detallan a continuación, en el apartado 5 de resultados y discusión.

## 5-RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio se basan en el análisis de 3 revisiones bibliográficas, 4 guías clínicas, 1 ECA, 1 investigación cualitativa, 3 protocolos de recomendaciones científicas, un estudio cuantitativo, un estudio analítico cuasi experimental y un estudio fenomenológico interpretativo.

Tras revisar dicha información, hay que señalar que todos los autores concluyen en que las medidas No coercitivas deben diferenciarse en dos grupos principales. Ésta diferenciación se ha considerado necesaria ya que algunas intervenciones pueden englobarse en todo aquello que se puede realizar **antes** de que aparezca un episodio de AP, con el objetivo principal de prevención y detección del riesgo de que ésta se produzca; y por otro lado aquellas intervenciones que se pueden efectuar **una vez ha comenzado** la AP, y cuyo objetivo primordial será la detección precoz y la desescalada o manejo del episodio. A continuación identificamos los dos grupos y sus consiguientes medidas. (ANEXO 6)

- Intervenciones **Pre – AP** o que se deben realizar *antes de que se desencadene el episodio de AP*:
  - La detección y valoración del riesgo de AP
  - La educación y enseñanza a los profesionales
  - El trabajo y refuerzo de la relación terapéutica enfermera-paciente
  - Cambios en la unidad d
  - Dotación de actividades de recreación y entretenimiento al paciente
  
- Intervenciones **Post – AP**, o que se pueden poner en marcha *una vez comienza la AP*:
  - La detección de la causa, estímulos y factores aceleradores
  - El uso de escalas de evaluación
  - El uso de distracciones
  - Manejo ambiental
  - Tratamiento farmacológico consensuado
  - Contención verbal.

### 5.1-INTERVENCIONES PRE-AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

#### 5.1.1- DETECCIÓN/RIESGO DE LA AP

Tras la revisión de la literatura, cabe señalar que todos los autores insisten en la importancia de la detección precoz, ya que al ser la AP un continuum en el que es primordial actuar lo antes posible, cuanto antes se detecte más posibilidades de éxito habrá, dado que lógicamente antes se podrá intervenir.

Como parte de la prevención encontramos en primer lugar el uso de **escalas**. Éstas son herramientas útiles para detectar y evaluar el riesgo que un paciente presenta de desarrollar sentimientos de agresividad y conductas violentas. En el protocolo de atención a pacientes con agitación del hospital psiquiátrico Román Alberca<sup>36</sup> se señalan la escala de riesgo de violencia de plutchik (ANEXO 7) y la Guía para la Valoración del Riesgo de Conductas violentas (HCR-20; ANEXO 8).

En este sentido, en base a la literatura podemos entender que las escalas podrían llegar a ser de gran utilidad si se tuviera por norma su uso en aquellos pacientes ingresados en unidades de agudos o en hospitales psiquiátricos de larga estancia. Nos ayudan a establecer grupos de pacientes en situación de alto o bajo riesgo de presentar AP, y así crear un perfil que se pueda utilizar con valor predictivo. Además, se podrían realizar estudios prospectivos que relacionen unos valores altos en dichas escalas y posteriores episodios de AP. Algunos autores citan que lo ideal sería realizar dichas escalas lo antes posible dentro del ingreso, pero siempre en estado de calma del paciente, y que además pueden tener utilidad para conocer al paciente y mantener una conversación tranquila y privada con el mismo, a través de la cual se llevaría a cabo la valoración de enfermería e intensificaría la relación terapéutica.

En el servicio de urgencias en concreto, tener a disposición en la información del paciente los resultados de dichas escalas supondría una interesante herramienta para ayudar a los profesionales a tener más información sobre el paciente. Sin embargo, diferentes autores identifican las siguientes limitaciones para el uso de estas medidas en la práctica clínica: no son de utilidad cuando el paciente ya está en una fase inicial de la agitación, ya que su práctica puede incrementar la ansiedad y el estrés, y por tanto podría suponer un factor acelerador del continuum; se requiere tiempo para llevar a cabo la aplicación de estas escalas (recurso que no puede estar siempre presente); falta de formación en los profesionales en cuanto a cómo y cuándo se pueden usar, e incluso el desconocimiento de su existencia. Las dos primeras limitaciones influyen más directamente en el ámbito de urgencias por las características de dicha unidad.

Por tanto llevando a cabo estudios que nos permitan identificar la escala o escalas más útil/útiles podría potenciarse que profesionales formados y entrenados en las mismas consigan en un breve plazo de tiempo una valoración inicial más exhaustiva y completa que sería provechosa a la hora de prevenir la aparición de AP, especialmente en determinados contextos que presentan mayor prevalencia (urgencias, hospital psiquiátrico, planta aguda de psiquiatría).

Otra forma de asegurarse una detección precoz es la **recogida de información** de las fuentes disponibles. En el artículo sobre la evaluación psiquiátrica del paciente agitado realizado por BETA, se apunta que es importante aunar la información verbal de familiares, paramédicos o agentes de la policía (en caso de que hayan participado en algún momento en el traslado del paciente al hospital), así como del material escrito (los informes que puedan ir adjuntos). Además, se sugiere que conocer los antecedentes y registros médicos previos es vital, así como estar al corriente de si el paciente presenta delirios, si ha consumido tóxicos y determinar cuál es el estado cognitivo del mismo. Conocer esta información de forma precoz según varios artículos ayudaría a detectar la AP, así como su posible causa; y resultaría de vital importancia pues dependiendo de estos datos, las intervenciones serían diferentes en el caso de que finalmente se produjera una AP.

Además, cuanta más información conozcamos del paciente, más fácil será adelantarse a las complicaciones que puedan surgir y entender ciertos comportamientos que pueda presentar. Revisar toda esta información antes de recibir al paciente, o cuando acaba de ingresar (lo antes posible) es clave para poder anticiparse a los hechos. Este punto se cita en varios artículos, pero hay poco análisis al respecto en general. En la mayoría únicamente se cita que puede ser conveniente, sin embargo es en el artículo sobre el proyecto BETA en el que se recalca su gran importancia.<sup>27, 26, 28, 30,35</sup>. (ANEXO 9)

En varios artículos citan la importancia de **observar los signos prodrómicos**, es decir aquellos síntomas y signos que nos indican que un paciente está inquieto y puede desencadenarse un episodio de agitación. Estos abarcan: expresión facial tensa, contacto visual prolongado, signos de ansiedad, irritabilidad, mutismo, negativa a comunicarse, discusiones con terceros, gestos agresivos, pobre concentración entre otros<sup>28, 29, 31,36</sup>.

En este sentido, solamente se citan muy por encima, y no se han encontrado estudios que lo analicen de forma exhaustiva. Pero lo que si queda claro en la literatura es la importancia de conocer y detectar estos signos y síntomas de forma rápida y precisa para enfermería, ya que como hemos comentado anteriormente el factor tiempo es clave.

Uno de los hándicap que puede haber es la falta de formación en los profesionales que tienen contacto directo con pacientes con mayor prevalencia de padecer AP. En este sentido sería necesario mayor entrenamiento en identificar los signos prodrómicos, igualmente sería interesante estudiar que signos y síntomas de los citados tienen mayor valor predictivo, lo cual facilitaría el trabajo de los profesionales sanitarios.

### 5.1.2- INSTRUIR AL PROFESIONAL SANITARIO

Uno de los puntos fuertes que se nombra en gran parte de los artículos trata de la **enseñanza y trabajo con los profesionales sanitarios**, para dotarles de aptitudes a fin de realizar un mejor abordaje de la AP. Se habla de la necesidad de educar al staff sanitario en los métodos menos restrictivos de intervención, y a su vez entrenamiento en las mejores alternativas para tratar cuando se dan situaciones de violencia<sup>25, 26</sup>. Esto se llevaría a cabo enseñando actitudes y técnicas terapéuticas, como por ejemplo el tipo de lenguaje verbal y no verbal a utilizar, y cómo ha de ser el ambiente donde se llevaran a cabo dichas practicas<sup>23, 27, 28,29</sup>.

En esta línea se ha propuesto en un proyecto de investigación<sup>24</sup>, una intervención psicoeducativa grupal dirigida a las enfermeras de unidades de hospitalización psiquiátrica. En la misma, mediante la formación en relación de ayuda para fomentar el auto-conocimiento personal, la empatía y comprensión, se pretende educar en control ambiental y prevención de la violencia, control de la conducta del paciente, escucha activa, potenciación de la seguridad, entrenamiento de la asertividad y el control de impulsos con el fin de mejorar el manejo de la AP.

En el proyecto estadounidense de vanguardia BETA<sup>28, 29</sup>, se hace hincapié en la importancia de tener personal sanitario preparado, y cómo puede influenciar tanto positivamente como negativamente en una AP. Recalcan que casi cualquier persona puede aprender técnicas de apaciguamiento y utilizarlos con éxito si está bien entrenado y adopta un determinado conjunto de habilidades. De ahí la relevancia de que toda aquella persona que vaya a estar en contacto con un paciente agitado, deba recibir entrenamiento. Uno de los pilares señalados según el consenso de los miembros del grupo de trabajo del proyecto BETA, consiste en incidir en la frustración de los miembros del equipo sanitario; por ello se debe enfatizar que un paciente puede no responder a los esfuerzos iniciales de dialogar con él en la desescalada de la agitación. Es decir, que a pesar de que el profesional proceda con las técnicas de apaciguamiento adecuadas NO haya resultados, y la escalada de la AP continúe.

Esto puede originar en muchas ocasiones sentimientos como que el trabajo realizado no ha servido para nada, o que ha sido una pérdida de tiempo y de implicación o desgaste emocional, frustrando así a los profesionales. Por ello es vital incidir a los trabajadores en este sentido, ayudarles en cómo manejar y asimilar esas sensaciones, y sobre todo, dar a conocer cómo puede existir cierto éxito que permanecerá encubierto. Esto último puede ser algo complejo de ver a primera vista, pero se trata de tener en cuenta que la AP sin intervención, o con unas intervenciones inadecuadas, podría haber evolucionado de forma más acelerada y/o intensa llegando a situaciones de mayor gravedad.

Otro modelo importante a día de hoy en el que se trata la importancia de instruir al profesional sanitario es el británico Safewards<sup>32, 33</sup>. En él se explica que, a pesar de que existen instrucciones en las habilidades del personal para abordar al paciente agitado, la cobertura de la misma no siempre es completa o no tiene lugar en el nivel avanzado requerido. Es por ello que hablan de la necesidad de unir las diferentes técnicas en un conjunto, por ejemplo en una imagen significativa (póster) que se pueda poner en una zona frecuentada por el personal sanitario, preferentemente el office de enfermería, y que de manera habitual se puedan hacer reuniones de equipo, en las que cada profesional aportará sus experiencias personales y cómo intervino, para el debate grupal. De este modo, se podrían ver las carencias que pueda tener cada miembro del staff, y actuar en consecuencia. Asimismo, este modelo recalca la importancia de que no existan incongruencias entre el personal, ya que esa falta de coherencia y claridad es particularmente problemático en pacientes con tendencia a agitarse. (ANEXO 10)

También Safewards aporta otros aspectos interesantes y novedosos, como los buenos resultados que pueden tener el uso de buenas palabras por parte de los profesionales sobre los pacientes, e incluso instan a que en cada turno las enfermeras tengan el deber de decir algo positivo que el paciente ha estado haciendo durante dicho turno y/o resaltar la atención sobre alguna cualidad positiva que tienen. En definitiva, construir una perspectiva positiva del paciente.

En general, la mayoría de los artículos citan la importancia de la formación de los profesionales, pero faltan estudios experimentales que comprueben las diferencias que podrían resultar entre un grupo de profesionales que reciban una formación y entrenamiento específico y un grupo que intervenga de manera habitual.

Hay que remarcar que el modelo Safewards es un modelo anglosajón. En el mismo se indica la trascendencia que tiene sensibilizar a los profesionales en la valía que pueden tener las intervenciones que ellos describen, puesto que para obtener resultados positivos éstos han de estar convencidos de lo que hacen. Por tanto, el primer obstáculo que se puede considerar es la dificultad que puede tener implantarlo en nuestra cultura, por la disparidad en la mentalidad y filosofía sanitaria. Uno de los motivos de esta diferencia puede ser la estigmatización de los profesionales de la salud frente a la enfermedad mental, cuestión en la que habría que profundizar en primer lugar con el fin de conocer qué hay detrás de ello y cómo afrontarlo, para así después ser capaces de instaurar modelos como el Safewards. Asimismo, sería fundamental que su implantación fuera progresiva e ir analizando su efectividad y de este modo facilitar la sensibilización de los profesionales.

Otro contratiempo es la dificultad para implantar este modelo a nivel estructural y organizativo, ya que por un lado supone una inversión de tiempo para los profesionales de la salud; y por otro lado, se requieren recursos económicos, lo cual al depender de dirigentes y gestores nos indica que no sólo los profesionales sanitarios han de estar sensibilizados, sino que también se debería sensibilizar a los máximos responsables de los aspectos positivos que pueden conllevar. Por último añadir que para poder formar y entrenar en estas intervenciones han de haber expertos, cuya disponibilidad podría suponer otra dificultad.

### 5.1.3- CONSOLIDACIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ENFERMERA-PACIENTE

Otra de las premisas que es indispensable para prevenir, y tener más opciones de éxito en el abordaje de una AP, consiste en **forjar una relación terapéutica estrecha** (siempre que sea posible). El modelo Safewards<sup>32, 33</sup> destaca que las expectativas han de ser bidireccionales, funcionar en ambos sentidos, es decir, las que el personal tiene del paciente y las que el paciente tiene sobre el personal. La rotura de éstas es contraproducente, es por ello que hay que dejar claro desde el principio, qué espera cada uno del otro (expectativas, directrices o normas), siendo necesario basar nuestra actuación en una comunicación abierta y activa. Este entorno de confianza ayudará al paciente a experimentar menos irritación y frustración, lo que reducirá a su vez la ansiedad. Para ello se realizaría primero una reunión del personal, para acordar, examinar y dejar claras las reglas y normas (límites); después una reunión entre pacientes y personal, en la que los pacientes podrán circular la lista de sugerencias y los profesionales puntualizar las reglas; y a continuación se escribiría una lista con las expectativas mutuas, y se colocaría en la unidad para poder tenerlas de referencia.

En la guía Safewards<sup>33</sup> también destacan la importancia de reducir el riesgo de que ocurra una AP por el estrés e incremento de la ansiedad, tras vivir una situación potencialmente violenta, ya que tras una primera incidencia significativa en la unidad, es más probable que se desencadene una segunda. Es por ello que es de gran utilidad, que tras un episodio como el citado, se hable con los pacientes que lo hayan presenciado, ya sea de uno en uno o en pequeños grupos, y se les pida comprensión, se les dé una explicación sobre lo sucedido y se les pida que cuenten cómo les ha afectado. Esto además de como prevención, reforzará la relación terapéutica.

La relación terapéutica estrecha, permitirá a la enfermera detectar de forma más rápida los cambios de humor del paciente. Es por ello que mantener una conciencia de lo que está pasando a los pacientes a través de charlas periódicas con ellos es de sumo valor<sup>32, 33</sup>. De igual modo es interesante que los pacientes conozcan un poco de información acerca de los profesionales sanitarios, ya que pueden encontrar áreas de interés común y temas de conversación. Y es en el conocimiento mutuo cómo se puede ayudar a la rápida instauración de relaciones terapéuticas.

Dichas relaciones pueden ayudar a orientar a los pacientes, a mejorar sus habilidades de afrontamiento, y en definitiva a que se sientan más cómodos y tranquilos durante la hospitalización<sup>33</sup>.

En cuanto a esta intervención con respecto a “estrechar la relación terapéutica”, más allá de que se base en aptitudes que debieran ser inherentes a los profesionales de la salud, como la empatía, no quita que en muchos casos son habilidades que se pueden desarrollar con formación. Señalar también, que aspectos como el último citado sobre el conocimiento mutuo enfermera – paciente, vuelve a tener ciertas connotaciones y diferencias culturales que podrían dificultar su aplicación en nuestro contexto.

La consolidación y fomento de la relación terapéutica enfermera – paciente para reducir el riesgo de AP, es un aspecto muy comentado en la literatura, no obstante faltan estudios experimentales. Cabe destacar un ensayo clínico aleatorizado sobre intervenciones del modelo Safewards (“The Safewards cluster randomized controlled trial”<sup>32</sup>), en el que obtienen el resultado de disminución de un 24% de las contenciones mediante cambios en la relación del paciente y el profesional sanitario, pero aun así, no podemos olvidar que se trata de un estudio aislado y de un contexto cultural diferente.

#### 5.1.4-CAMBIOS EN LA UNIDAD

Otro de los puntos en los que se puede trabajar radica en hacer **cambios en la unidad**, tanto estructurales como normativos si hiciera falta. Según Linda Oberleitner L.L, autora de “Aversiveness of Traditional Psychiatric Patient Restriction”<sup>24</sup> un diseño actualizado y decoración de la unidad, mejora de las actividades recreativas, haciéndolas variadas para evitar repetitividad, reducción de nivel de ruido siempre que sea posible (relevante en las unidades de urgencias sobre todo) y mejora de la proporción entre el ratio enfermera-paciente, son aspectos que tienen mucha influencia en el estado emocional del paciente, y que por tanto un buen manejo de estas cuestiones ayudaría en la prevención de la AP<sup>23</sup>.

Según el proyecto BETA, el espacio físico es importante para la gestión segura del paciente agitado. Es por ello que la unidad debería tener muebles móviles que permitan un acceso flexible, y una misma salida tanto para el personal como para los pacientes. La posibilidad de eliminar rápidamente el mobiliario de la zona puede acelerar en caso de riesgo la creación de un entorno seguro. En algunos caso se prefieren los muebles no móviles de manera que el paciente no pueda utilizarlos como armas arrojadas, pero esto puede crear una falsa sensación de seguridad. Se deben asimismo evitar los colores extremos para las paredes, y mantener una

temperatura ambiente estable para reducir al mínimo la estimulación sensorial. Al mismo tiempo se deben tener en cuenta todos los objetos con los que exista la posibilidad de ser lanzados o utilizados como arma, tales como bolígrafos, objetos cortantes, lámparas de mesa, etc., siendo estos retirados y/o alejados del alcance del paciente.

El modelo Safewards añade la interesante idea de realizar un árbol de mensajes o tablón de anuncios, en los que se colocarán unos mensajes de descarga. En estas tarjetas los pacientes tienen que escribir lo que les gusta de la unidad, de lo que sucede en ella durante la estancia y/o del personal. También debe incluir un mensaje positivo y útil a modo de consejo para los nuevos pacientes. Junto con ello se agregará una foto o imagen a elección de los pacientes; al final de dicho mensaje el paciente pondrá su nombre, de modo que el resto sepa de quién es cada tarjeta. Es entonces cuando se colgará del citado árbol o tablón. Con esto se pretende infundir esperanza y transmitir mensajes positivos que puedan ser beneficiosos para todos<sup>32, 33</sup>.

En cuanto a este apartado considero que en nuestro medio actualmente se pueden implantar pequeños cambios con relativa facilidad, pero estimo imprescindible de nuevo un cambio de mentalidad. Por tanto surge una barrera ya citada en otros apartados compleja de superar. Sería interesante a este respecto, identificar personas motivadas, líderes, agentes del cambio, que motiven tanto a la dirección como a los agentes reales del cambio (los profesionales de la salud).

Otra dificultad radica en que en muchos casos es prácticamente imposible hacer grandes cambios estructurales de la unidad, aparte de los costes económicos que suponen. Pero tenerlos en cuenta de cara a nuevas unidades o aquellas en las que se hagan obras por otra causa (reformas), puede ser más factible.

Añadir que la influencia del espacio físico y el entorno es citada en pocos artículos, y es básicamente porque no existen estudios al respecto. Para ello habría que implantar nuevos espacios acordes a los que se proponen en las guías clínicas y protocolos encontrados, y estudiar el impacto en los pacientes y en la prevalencia de AP, para así saber si se trata de un factor que trabajándolo pudiera ser de utilidad.

#### 5.1.5-RECREACIÓN Y ENTRETENIMIENTO

Dotar de opciones para que los pacientes puedan estar **entrettenidos y distraídos** es un pilar fundamental. En esta línea se puede facilitar el acceso a juguetes anti-estrés, aparatos de música individuales o salas de música, salas de confort o de relajación (una sala ajena a las habitaciones

de los pacientes a la que puedan ir a estar solos y calmarse en situaciones concretas), actividades variadas y opciones para realizar diferentes deportes<sup>32, 33, 23,31</sup>.

Promover la relación paciente-paciente también es muy importante, pues es una de las mayores causas de las que se derivan episodios de AP<sup>33</sup>.

En este sentido en los hospitales psiquiátricos se llevan a cabo más actividades de este tipo, en comparación con los servicios de agudos o de urgencias, pero actualmente se podría mejorar dotando de más alternativas y variedad a los pacientes, puesto que tal como dice la literatura, contra más vías de escape tengan para liberar la energía, el estrés, y la ansiedad menos probable será que se presente una AP.

Los estudios mencionan y citan los beneficios de la terapia de actividad pero no realizan ningún tipo de análisis al respecto. Sería interesante profundizar en qué tipo de actividades podrían ser más efectivas en el manejo del ambiente y prevención de la AP.

## 5.2 INTERVENCIONES CUANDO LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ HA COMENZADO

Una vez la AP ha empezado se citan diferentes intervenciones a realizar, en las que no hay un orden definido. Lo que sí se expone en artículos como en el modelo BETA<sup>29</sup> es que hay que trabajar todas las opciones conjuntamente. Por tanto, se está en una continua evaluación de la situación, en las que se proponen las siguientes intervenciones para su uso conjunto: escalas de valoración, detección de la agitación y su causa, tratamiento farmacológico, contención verbal y manejo ambiental.

### 5.2.1- ESCALAS DE VALORACIÓN

La **escala de valoración** que recomienda el proyecto BETA<sup>29</sup> es la Behavioural Activity Rating Scale BARS (ANEXO 11), ya que, aunque haya otras, se trata de situaciones en las que utilizar una escala más compleja puede resultar contraproducente. En cambio, la escala BARS es rápida, únicamente observacional y ayudará a categorizar la gravedad de la AP, por lo que se puede usar a lo largo del continuum.

Por su parte, añadir que la Asociación Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), habla de tres herramientas útiles en la evaluación de la AP: la anteriormente nombrada

BARS, la escala de agresividad manifiesta (OAS) (ANEXO 12) y la Agitated Behaviour Scale (ABS) (ANEXO 13). La diferencia de estas dos últimas con la BARS, es que requieren de más tiempo debido a su mayor complejidad.

Este es un punto muy poco citado y estudiado, y cuyo uso en la práctica es escaso. Sin embargo, llegar a un consenso sobre cuál es la escala más efectiva para evaluar el grado de AP que tiene el paciente en cada momento, e implantar su uso en servicios de mayor prevalencia facilitaría mucho la comunicación entre profesionales; favoreciendo un lenguaje estandarizado y común, y así ganando en agilidad, tiempo y efectividad. Por poner una comparación que lo ejemplifique, una escala cuyo uso se extienda y conozca como lo es la escala Glasgow.

### 5.2.2- ETIOLOGÍA DE LA AP

Muchos de los artículos hacen hincapié en la importancia de discernir cuanto antes **la causa de la AP**, haciendo referencia a que las intervenciones no serán las mismas<sup>27, 25, 28, 30,35</sup>. Es decir, origen orgánico (por ejemplo demencia o tumores); origen tóxico, habría que identificar el agente tóxico causante (generalmente drogas); y por último si es de origen psiquiátrico (enfermedades mentales). Esta diferenciación adquiere relevancia sobre todo en el servicio de urgencias, en el que puede haber más dificultad para identificar la causa por el menor conocimiento que se tiene sobre el paciente.

Por tanto, según la causa las intervenciones irán en consecuencia, sobre todo en lo referido al tratamiento farmacológico, ya que el medicamento de elección será completamente diferente, en un caso u otro (por ejemplo si se detecta una descompensación psicótica, el medicamento de elección sería un antipsicótico, en cambio si se trata de una demencia, se priorizaran las benzodiazepinas<sup>26</sup>).

Con respecto al resto de intervenciones no farmacológicas en cambio, no existe tanta diferencia en base a la etiología de la AP (como por ejemplo aquellas referidas a la prevención o comunicación con el paciente).

### 5.2.3-COMUNICACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE

La intervención directa con el paciente es el aspecto más citado en la bibliografía consultada, en las que se incluye la comunicación verbal y el lenguaje no verbal, pues este último también es muy importante para la mayoría de los autores. En cuanto a este apartado existe consenso en casi todos los artículos sobre las intervenciones a realizar.

La **contención verbal**, es un concepto que se puede aplicar tanto antes de la AP, como una vez que han comenzado. Consiste principalmente en <sup>23, 24, 25, 26, 27, 30, 34, 35, 36, 37</sup>:

- Evitar preguntas que puedan responderse con monosílabos.
- De entrada, no abordar aspectos conflictivos.
- Comunicar al paciente el comportamiento esperado.
- Buscar manera de aproximación (ofrecer bebida por ejemplo).
- Sugerirle opciones que le puedan calmar, como hablar con alguien en concreto del staff.
- Darle oportunidades al paciente para controlar la situación, y darle tiempo para ello.
- No realizar promesas que no se puedan cumplir.
- Hacerle entender que no se rechaza al paciente, sino su conducta
- No juzgar. Tratar de entender y empatizar con la situación.
- Decirle que nos explique bien qué es lo que le ocurre.
- Utilizar un tono calmado.
- No buscar confrontación de ideas, sino alianzas sencillas que tranquilicen y refuercen su sentido de realidad.
- Establecimiento de límites, pero manteniéndose al margen de una “lucha” de poder con el paciente.

Respecto al lenguaje no verbal<sup>25, 23, 27, 36,35</sup> debemos tener en cuenta:

- No fijar la mirada en el paciente, pero tampoco evitarla
- Colocarse a la misma altura, preferiblemente sentados uno enfrente del otro.
- Respetar el espacio personal.
- Actitud abierta, tranquila, que invite al dialogo y a la privacidad.
- Evitar gestos amenazantes, defensivos o bruscos.

Un artículo en el que sí que se expresa algo distintivo es el referente al proyecto BETA, en el que se describen 10 dominios para trabajar la desescalada verbal (este concepto se puede definir como una técnica dentro de la contención verbal, cuya aplicación será una vez que la AP ya esté presente)<sup>29</sup>:

- Respetar el espacio personal del paciente.
- Evitar iatrogenia. No tener actitud provocadora.
- Establecer contacto verbal. Sólo una persona interactúa verbalmente con el paciente. Presentarse al paciente y proporcionar orientación y consuelo.
- Ser conciso. La repetición es esencial para el éxito, combinada con otras técnica de autoafirmación que implican escuchar al paciente y coincidiendo con su posición siempre que sea posible.
- Identificar deseos y sentimientos.

- Escucha activa. Como dice la ley de Miller “para entender lo que otra persona está diciendo, usted debe de asumir que es verdad y tratar de imaginar lo que podría sentir usted si fuera cierto”.
- Estar de acuerdo con el paciente. Puede ser muy eficaz en el desarrollo de la relación con el paciente. Hay 3 maneras de estar de acuerdo: la primera estar de acuerdo con la verdad; la segunda estar de acuerdo con el principio; y la tercera estar de acuerdo con la probabilidad.
- Establecer las condiciones de trabajo básicas. Situar los límites de forma razonable y de una manera respetuosa. Una vez hubiera pasado la AP, entrenar con el paciente en cómo mantener el control.
- Ofrecer opciones y mantener el optimismo. Abordar el tema de los medicamentos.
- Si no ha habido alternativa y el médico responsable ordena intervenciones coercitivas, es muy importante hablar de ello con el paciente una vez el episodio ha pasado. De este modo también se intentará explorar alternativas con el paciente por si se repitiera la situación, y se enseñará al paciente cómo solicitar un “tiempo muerto” cuando lo necesite.

Este punto como ya se ha dicho, se cita en todos los artículos, y en general todas las recomendaciones son semejantes, y complementarias unas de las otras. El único problema es el escaso bagaje de investigaciones que hay al respecto que demuestren la eficacia de estas intervenciones, dada la complejidad del tema a la hora de medirlo y monitorizarlo e implicaciones éticas que conlleva realizar estudios en este sentido.

Por otro lado, aunque estas intervenciones a priori, parezcan fáciles de aplicar, según diferentes autores se precisa de formación y entrenamiento específico para llegar a hacer una contención verbal eficaz, insistiendo en que la mejor forma de aprender es aplicándolo en la práctica.

#### 5.2.4- INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

Como ya hemos citado anteriormente, el **tratamiento medicamentoso** tiene dos vertientes, aquella que se administra de forma involuntaria, y la que se ofrece de manera voluntaria. Por tanto se puede decir que tiene la dualidad de poder ser medida coercitiva y medida no coercitiva, según el uso que se le dé. Y es ésta segunda la que tiene mayores beneficios tanto a corto como a largo plazo.

Las vías voluntarias que se utilizan a día de hoy son principalmente sublingual, inhalada e intranasal<sup>30, 33, 26</sup>. En este punto el tipo de medicación variará en base al diagnóstico de enfermedad del paciente y la causa de la AP, ya que no será lo mismo tratar a un paciente con agitación que tenga delirios como a aquel que no los tenga. Los medicamentos más utilizados serán los antipsicóticos de segunda generación y las benzodiazepinas.

El tratamiento farmacológico en AP se menciona en todos los artículos. La diferencia radica en que sólo en alguno de ellos resalta la importancia de que sea voluntario, y de que, mientras se pueda, hay que evitar la vía involuntaria. Es una medida que se puede ofrecer al paciente y dejarlo a su elección, en aquellos casos en los que el tratamiento se entienda prescindible. De esta forma, el paciente adquiere mayor sensación de control sobre la situación, favoreciendo su colaboración y potenciando al mismo tiempo su autocuidado, la relación terapéutica y por tanto la adherencia al tratamiento.

#### 5.2.5- MANEJO AMBIENTAL

**El cuidado del ambiente** viene reflejado en la gran mayoría de bibliografía consultada. En el Consenso sobre el abordaje y cuidado del paciente agitado realizado por la ANESM y SEEUE, se habla de que el propósito de un entorno terapéutico es clave para la desescalada de agitación, pues alejar al paciente tanto de estímulos que hayan podido dar pie a la AP como de aquellos que puedan acrecentar el estado de agitación es fundamental. Es muy importante entonces, ofrecer y acompañar al paciente a una zona más tranquila, como pueda ser su habitación, o una habitación en la que no haya más personas. Previamente habría que haber tenido en cuenta que no hubiera objetos de riesgo, y de haberlos, estar alerta. Asimismo, no cerrar la puerta por la propia seguridad de la enfermera es otro aspecto que citan en varios artículos<sup>26, 29, 32, 34,35</sup>.

Este punto es uno de los más citados como medida a emplear detrás de la contención verbal y la contención farmacológica (que se entiende como voluntaria). A pesar de esto, su nivel de evidencia es también bastante pobre y, aunque parece lógico alejar al paciente de estímulos o factores estresantes, no hay un criterio de actuación definido en este sentido. Por tanto sería interesante el análisis de cada unidad o contexto clínico concreto y que los profesionales de la misma conociesen las alternativas de las que disponen para poder cambiar el escenario en el que se encuentra el paciente con AP. Éstas alternativas podrían ser desde llevarlo al salón o sala de estar, a su habitación, sala de relajación y de música etc., todo ello dependiendo de las características de la unidad. Hay que remarcar que es importante acompañar al paciente en este cambio de entorno y cuidar el lenguaje tanto verbal como no verbal. También se señala en la literatura la importancia que tiene conocer al paciente, y saber qué alternativa puede ser más efectiva para cada uno de ellos; esto podría identificarse fácilmente mediante el trabajo diario y/o

mediante las escalas citadas en puntos anteriores, en las que se podría preguntar al paciente qué le ayuda a calmarse cuando se encuentra en una situación de estrés y ansiedad.

## 6-CONCLUSIONES

El presente Trabajo de Fin de Grado surge de una inquietud que se presentó durante las prácticas clínicas en el servicio de agudos de Psiquiatría, al vivir “in situ” cómo se procedía cuando un paciente se encontraba agitado y las medidas coercitivas que se utilizaron (contención farmacológica, contención mecánica y aislamiento), Es una situación impactante que genera muchas preguntas e incógnitas, las cuales llevan a la reflexión. Además, pude observar como la AP es un proceso en el que enfermería tiene un papel esencial, tanto en la prevención como en el tratamiento. Es por ello que conocer y profundizar en medidas alternativas a las medidas coercitivas que se aplican actualmente en las unidades me interesaba para en un futuro mejorar mi práctica profesional.

La revisión de la literatura consultada evidencia que se están realizando avances en la identificación y en el estudio de medidas que no sean restrictivas para el manejo de la AP de origen psiquiátrico, pero en general se trata todavía de ideas poco desarrolladas o con poca evidencia práctica.

Destacan las intervenciones: cambios en las unidades, forjar la relación terapéutica, escalas de detección y valoración, medidas de recreación, instruir al profesional sanitario, medidas de detección precoz, contención verbal, tratamiento medicamentoso y medidas ambientales.

Es el conjunto y la suma de todas las intervenciones lo que puede dar lugar al éxito y a prescindir de las medidas coercitivas. No existe una única intervención ni conjunto fijo de intervenciones conocidas hasta el momento que aseguren el éxito, pero si una combinación de todas ellas lo que nos da mayor probabilidad de alcanzarlo.

Como aspecto positivo, destacar el trabajo que se está realizando desde el modelo **Safewards** y el **BETA**. El primero centrado en las AP producidas en las unidades hospitalarias de psiquiatría y el segundo en las dadas en los servicios de urgencias. A este respecto, reseñar que estos modelos provienen de culturas sanitarias diferentes (anglosajona y estadounidense respectivamente), y su adecuación a nuestra filosofía podría precisar un planteamiento más elaborado.

Es importante que se realicen ensayos empíricos con grupos control para comprobar la eficacia de las intervenciones y programas que se han diseñado para reducir la incidencia de las medidas coercitivas en el ámbito de urgencias y unidades de hospitalización psiquiátrica.

En cuanto a las limitaciones a la hora de realizar esta revisión crítica de la literatura cabe destacar las siguientes:

- Dificultad para encontrar artículos que distingan las agitaciones psicomotrices psiquiátricas de las agitaciones originadas por otras causas.
- La dificultad para monitorizar y medir objetivamente este tipo de intervenciones (contención verbal, lenguaje no verbal, aislamiento...).
- Artículos interesantes sin acceso a texto completo.
- Pocos artículos que hablen de alternativas únicamente, la mayoría te presenta todas las intervenciones como iguales, las coercitivas y las no coercitivas, sin distinciones.
- Pueden existir diferencias entre las AP dadas en los servicios de urgencias y las unidades de hospitalización psiquiátrica. Por diferencias estructurales, diferencia en el personal, y otros factores que pueden influir en cómo se va a abordar la AP.
- La dificultad ética que conlleva realizar estudios en los que se valoren las intervenciones alternativas, aplicándolas en un grupo y no en otro.

## 7-BIBLIOGRAFIA

1. Garrido Viñado, E., Lizano-Díez, I., Roset Arissó, P., Villagrán Moreno, J. and Mur de Viu Bernad, C. (2015). El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. Disponible en:  
[<http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-el-coste-economico-los-procedimientos-S1134593415000081?referer=buscador>]
2. Murciasalud. protocolo de atención a pacientes con agitación y/o heteroagresividad. Murcia. 2011. Disponible en: [[http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes\\_agitacion.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes_agitacion.pdf)]
3. Congreso Europeo de Psiquiatría. Madrid. 2016. Evaluación y manejo de la agitación en psiquiatría. Disponible en: [[http://www.psiquiatria.com/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/se-presenta-en-madrid-la-primer-a-iniciativa-mundial-para-tratar-la-agitacion-en-pacientes-mentales-desde-una-perspectiva-humanizadora/](http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/se-presenta-en-madrid-la-primer-a-iniciativa-mundial-para-tratar-la-agitacion-en-pacientes-mentales-desde-una-perspectiva-humanizadora/)]
4. Rubio-Valera M., Huertas Ramos E., Baladón L. Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención. Actas Esp Psiquiatría 2016; 44(5):166-77.
5. Richmond J., Berlin J., Fishkind A. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the AAEP Project BETA De-escalation Workgroup.; 10.5811/WestJEM.2011.9.6864.
6. Manejo inicial del paciente agitado. Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J, Casal Angulo C, Gómez Estarlich MC. 2008. Available at: [[https://www.researchgate.net/profile/Carmen\\_Angulo2/publication/28264007\\_Manejo\\_inicial\\_del\\_paciente\\_agitado/links/02e7e52d3b33dcfd7b000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carmen_Angulo2/publication/28264007_Manejo_inicial_del_paciente_agitado/links/02e7e52d3b33dcfd7b000000.pdf)]
7. Holloman G., Zeller S. Overview of project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. 10.5811/WestJEM.2011.9.6864.
8. Day R. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. Journal of Affective Disorders. Volume 55, Issues 2-3, October 1999, Pages 89-98.
9. La sujeción del paciente con agitación psicomotriz. Estevez Ramos R.A., Basset Machado I., Guadalupe del Rocío Guerrero Lara M., Lopez Vazquez J.T., Leal García M.L. Vol.10, Nº 1. 2011. Available at: [<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111g.pdf>]
10. Use and Avoidance of seclusion and restraint: declaración consensuada de proyecto beta. [<http://westjem.com/articles/use-and-avoidance-of-seclusion-and-restraint-consensus-statement-of-the-american-association-for-emergency-psychiatry-project-beta-seclusion-and-restraint-workgroup.html>]
11. De Benedictis L., Dumais A., Sieu N. Staff perceptions and factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. Psychiatric Services. Volume 62, Issue 5, May 211, pp. 484-491.
12. A. Montoya,L. San,J. Manuel Olivares,V. Pérez-Sola,M. Casillas,C. López-Carrero. Clinical characteristics of agitated psychotic patients treated with an oral antipsychotics attended in

- the emergency room setting: NATURA study. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 12 (2008), pp. 127-133.
13. Simpson S., Joesch J., West I. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service. *General Hospital Psychiatry*. Volume 36, Issue 1, January-February 2014, pp 113-118.
  14. Rapid Critical Care Consult. Protocolos. Sedación y analgesia. Disponible en: [<http://www.rccc.eu/ppc/protocolos/sedoanalgesia/escalasedoanalgesia.html>]
  15. Zeller S., Rhoades R. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clinical Therapeutics*. Volume 32, Issue 3, March 2010, Pp 403-425.
  16. Garriga M., Pacchiarotti I., Kasper S. 2016. Assesment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus, *The world Journal of Biological Psychiatry*, 17:2, 86-128.
  17. Sanchez E. Urgencias psiquiátricas. Última actualización el 1 de julio de 2001. Disponible en: [<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/urgencias%20psiquiatrica.htm>] Fecha de acceso de 28 de julio de 2004.
  18. Protocolo consensuado. Revisión 2012. CHUA. Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Disponible en: [<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ebcb6f578cb43bfa788.pdf>]
  19. Manual de urgencias psiquiátricas. Nuevas generaciones en neurociencias. Correas J., Quintero F.J., Vega M. Páginas 110-111; 116-120. Revisión 2004.
  20. Pérez Blanco, J.M.; Bahamonde García, J.M.; Gas García M.; De Vega López, M.C.; Jerez Barroso, M.R.; Garzón Boch, C. Alteraciones psíquicas y físicas ante la contención mecánica del cliente diagnosticado de trastorno mental grave ingresado en la unidad de hospitalización. *Biblioteca Lascasas*, 2012; 8(2).
  21. Oberleitner LL. Aversiveness of traditional psychiatric patient restriction. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2000 [cited 2000 Apr]; 14(2):93-7. In: Ovid MEDLINE(R) [Internet]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=10783527>.
  22. Guía de intervención rápida de enfermería en psiquiatría y salud menal. Megías-Lizancos F, Contreras JL, Pacheco Borrella G. *Difusión Avances Enfermería* 2005. Pag 68-69. Molino
  23. Downey A., Zun L., Gonzales S. Frecuency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *General Hospital Psychiatry* 29 (2007) 470-474.
  24. Oberleitner L. Aversiveness of a traditional psychiatric patient restriction. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol. XIV, nº2 (APRIL), 2000; pp93-97.
  25. Pascual Gómez M. Intervención de la enfermera especialista en salud mental en el manejo de la agitación psicomotriz mediante la relación terapéutica. *Investigación & Cuidados*. 2008. Revista de la organización coelgial de enfermería de la comunidad valenciana. 3<sup>er</sup> cuatrimestre 2013. Vol. 11, Nº. 27.

26. Rubio-Valera M., Huertas Ramos E., Baladón L. Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención. *Actas Esp Psiquiatría* 2016; 44(5):166-77.
27. Registered Nurses Association Of Ontario, RNAO.2012. Promoting Safety: Alternative approaches to the use of restraints. 2012.
28. Asociación Española de enfermería de urgencias y emergencias, SEEUE. El paciente agitado. Junio de 2009.
29. Stowell K., Florence P., Harman H. and Glick R. Psychiatric evaluation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychaitric evalution workgroup. *West J Emerg Med.* 2012 feb; 13(1): 11-16
30. Richmond J, Berlin J., Fishkind A., Holloman G., and Zeller S. 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 feb; 13(1), 17–25.
31. Carcoba N., García C., Guevara C. Contención mecánica en urgencias. *Nure Investigación* Nº60. Sept-Oct 2012.
32. Mary E. and Penny M. The Practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space. *Issues in Mental Health Nursing*, 2009. 22:7, 651-668, DOI: 10.1080/01612840117788
33. Bowers L., James K., Quirk A. Reducing clonfict and containment rates on acute psychiatric wards: The safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Stuides* 52 (2015), 1412-1422.
34. Institute of Psychiatry Health service and population research. Section of Mental Health Nursing. Safewards Model. 2015.
35. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado. Revisión 2012.
36. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental y SEEUE. Abordaje y cuidados al paciente agitado. Documento de Consenso. *Revista española de enfermería de salud mental.* Febrero 2016.
37. Galian I., Bernal J., Diaz C., Salesa A and Martinez J. Guía para la prevención y manejo terapéutico de los episodios de agitación, agresividad y violencia. Protocolo de atención a pacientes con agitación y heteroagresividad. Román Alberca Hospital Psiquiátrico.

8-ANEXOS

1-TABLA DE PALABRAS CLAVE CON SINÓNIMOS Y ANTÓNIMOS

CONCEPTO	SINÓNIMOS	INGLÉS	ANTÓNIMOS	INGLÉS	DESCRIPTOR
INTERVENCIÓN	Actuación; Mediación	Intervention; Intercession; Care intervention: Crisis intervention  Action protocol;  Mediation; Management; Care;			Crisis intervention/ or clinical protocols/ or critical care/ or  Safety management  (MEDLINE OVID)  Crisis intervention/ or nursing intervention/ or critical care nursing  (CINAHL)
ENFERMEDAD MENTAL	Trastorno mental; trastorno psiquiátrico; enfermedad psiquiátrica	Mental disorder; psychiatric disorder;  Mental illness; psychiatric illness	Salud mental	Mental health	Mental disorders  (MEDLINE OVID)  Mental disorders ; mental illness (CINAHL)
MEDIDAS NO COERCITIVAS; ALTERNATIVAS	Contención verbal, alternativas, desescalada verbal, métodos de predicción.	Non-coercive;  Non-restrictive; verbal de-escalation; alternative; nurse education			Alternative;  Education, nursing;  (MEDLINE OVID)  behavior rating scales (CINAHL)
AGITACIÓN	Perturbación;  Agitación psicomotriz	Nervousness; anxiety; excitement; agitation; distress; anguish; psychomotor activity;  restlessness	Tranquilidad;  Calma;  Quietud;  Sosiego	Tranquility;  Calm	Psychomotor agitation; agitation  (MEDLINE OVID)  Psychomotor agitation  (CINAHL)

<p><i>MEDIDAS COERCITIVAS</i></p>	<p>Aislamiento, contención física, contención mecánica, sujeción, inmovilización</p>	<p>Seclusion, restraint, containment; isolation; immobilization</p>			<p>Restraint, physical; behavior control; Patient isolation (MEDLINE OVID)  Restraint, physical; patient seclusion;  Restraints in psychiatric patients (CINAHL)</p>
-----------------------------------	--	---	--	--	--

**2. TABLA PROCESO DE BÚSQUEDA, ECUACIÓN DE BÚSQUEDA Y REFORMULADA. CON BÚSQUEDAS EN DIFERENTES BASES DE DATOS.**

BASE DE DATOS	Nº BÚS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	Nº DE RESULTADOS OBTENIDOS	OBSERVACIONES	ARTÍCULOS ELEGIDOS TRAS LECTURA: TÍTULO + ABSTRACT
MEDLINE	1	(Mental disorders/ or mental illness) AND  (Crisis intervention/ or clinical protocols/ or critical care/ or  Safety management)AND D psychomotor agitation	16	3 parecen acorde al objetivo	3  (2 sin acceso)
	2	Psychomotor agitation AND (Restraint, physical OR behavior control OR  Patient isolation)AND alternative	8	3 válidos. Se encuentran 4 relacionados a dichos artículos que pueden ser interesantes	7  (5 sin acceso)
	3	Psychomotor agitation AND (Restraint, physical OR behavior control OR  Patient isolation)AND mental disorders	17	4 válidos. Varios repetidos con la anterior ecuación	4  (2 sin acceso)
	4	Psychomotor agitation AND (Restraint, physical OR behavior control OR  Patient isolation)AND	21	Muy efectiva, 7 parecen dirigidas al objetivo	7  (6 sin acceso)

		(Crisis intervention/ or clinical protocols/ or critical care/ or/ Safety management)			
CINAHL	1	(restraint, physical OR restraints "in" psychiatric patients OR restraint, physical) AND (restraint, physical OR restraints "in" psychiatric patients OR restraint, physical) AND (psychomotor agitation)	17	Buena búsqueda, se seleccionan 4 artículos	4 (ninguno con acceso)
	2	(mental disorders OR mental illness) AND psychomotor agitation	42	Bastante efectiva, aunque varias repetidas o dirigidas a otro objetivo	6 (5 sin acceso)
COCHRANE	1	De-escalation	28	Una valida, pero sin acceso	1
	2	Psychomotor agitation	43	Se seleccionan varias que parecen ser interesante	8 (6 sin acceso)
	3	Mental health. Bipolar disorders.	32	Se seleccionan 7. La mayoría tratamiento farmacológico.	7 (6 sin acceso)
	4	Mental health. Esquizofrenia and psychosis.  Care package/setting of care	16	5 parecen poder ser interesantes	5 (4 sin acceso)
PsyCINFO	1	Agitation AND teraphy	25	8 parecen interesantes aunque no se especifican en varios el campo concreto al que van dirigidos.	8 (7 sin acceso)

	2	Restraint AND mental disorders AND violence	5	Pocos resultados pero 2 parecen acorde	2 (1 sin acceso)
	3	Restraint AND mental disorders AND therapy	11	Se recogen 2 que pueden ser aprovechables	2 (sin acceso a ambos)
CUIDEN	1	Agitación AND (enfermedad mental OR trastorno mental)	16	En relación con las palabras clave se cogen 5 que parecen ser válidos	5 (sin acceso a ninguno)
	2	Agitación AND intervención enfermera	3	Buena búsqueda para los pocos resultados, muy centrada	1 (sin acceso)
SCIENCE DIRECT	1	Psychomotor agitation AND mental disorders OR psychiatric disorders  (búsquedas en key words, abstract, tittle)	37	Varios resultados pero se encuentran 6 interesantes	6
	2	Psychomotor agitation AND nursing intervention  (búsquedas en key words, abstract, tittle)	13	Buena búsqueda, se cogen 4	4
	3	Contención AND agitación psicomotriz (tittle-abstract-key Word)	14	3 parecen interesantes y acordes al objetivo	3
	4	TITLE-ABSTR-KEY(psychomot or agitation) and TITLE-ABSTR-KEY(restraint OR seclusion).	15	Uno válido	1
DOYMA (Elsevier)	1	Agitación psicomotriz (ciencias de la salud) con filtro en Psiquiatría.	22	Ninguno acorde al objetivo	

IME	1	Agitación	12	Ninguno válido	
Opengrey	1	Agitation (keyword: Agitation psychomotryce)	23	Ninguno válido	
Google académico	1	Agitación psicomotriz AND trastorno mental AND medidas no coercitivas (desde 2015)	23	Válida, alguno repetido pero a su vez alguno interesante	3  (2 sin acceso)
	2	Alternativas a contenciones en agitación psicomotriz (desde 2012)	20	Buenos resultados, 4 artículos interesantes	4  (2 sin acceso)
	3	De-Escalation Psychomotor Agitation  (desde 2009)	11	Nada interesante o repetido.	0
Scielo	1	Agitación psicomotriz	2	Válida, efectiva.	1
	2	Restricción física	2	Válida, efectiva	1  (sin acceso)
Portal especializado: Psiquiatría.co m	1	Agitación psicomotriz	21	Buena búsqueda, ya que 3 parecen muy bien encaminados	3
Western journal of emergency medicine		Psychomotor agitation	25	Se encuentran seis artículos interesantes	6

**3. GUIÓN DE LECTURA CRÍTICA**

<b>Artículo: Reducing conflicts and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomized controlled trial.</b>			
<b>Objetivos e hipótesis</b>	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p><i>Se identifica con claridad el objetivo de investigación, dando la información necesaria: verbo de acción, el fenómeno a investigar, el ámbito donde se realiza la atención y el objeto de estudio.</i></p>
<b>Diseño</b>	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p><i>Es un diseño adecuado, aunque al grupo control se le está aplicando una intervención (paquete de intervenciones dirigidas a mejorar la salud de los profesionales), se cita en el estudio que la mejora de la salud física en los profesionales NO va a tener impacto en los conflictos y contenciones. Por lo tanto si no influye, se puede decir que el diseño es acorde con el objetivo de la investigación, pues se va a poder comparar perfectamente el impacto del modelo Safewards en los conflictos y contenciones.</i></p>
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	Sí, Sí	<p>¿Por qué?</p> <p><i>Está basado en una revisión sistemática previa a modo de encontrar cuáles serían las mejores intervenciones a llevar a cabo para reducir los conflictos y contenciones, que son las que finalmente el modelo Safewards propone, y las que se pretende evaluar su eficacia mediante este ensayo.</i></p> <p><i>El proceso metodológico es muy detallado y completo, por lo que su replicabilidad es viable.</i></p>

<b>Población y muestra</b>	¿Se identifica y describe la población?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p><i>Identifica las características (criterios de inclusión y exclusión) que han de tener tanto los pacientes como las unidades y sus profesionales en las que se va a llevar a cabo el estudio.</i></p> <p><i>Profesionales que desempeñen su trabajo en las unidades psiquiátricas de agudos en hospitales generales y hospitales psiquiátricos. Mayores de edad y de cualquier género.</i></p>
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p><i>La muestra es bastante amplia, aunque se centra en una zona específica del Reino Unido (31 hospitales que estén en un radio de 100km de Londres).</i></p>
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p><i>Se dice que se han basado “the Cit-128 study” de Bowers 2009, para calcular el tamaño muestral, y así han extrapolado la muestra necesaria para este estudio.</i></p>
<b>Medición de las variables</b>	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p><i>Aportan todas las herramientas que han utilizado para medir los resultados y qué criterios han utilizado para clasificar los datos.</i></p> <p><i>También añadir que se especifica perfectamente a qué se denomina conflicto y a que contención, para que la recogida de datos sea adecuada y no se pasen casos por alto.</i></p>

Control de Sesgos	<p>Si el estudio es de efectividad/relación:</p> <p>¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?</p>	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p><i>Se utilizaron 3 selecciones de aleatorización para que los grupos fueran los más homogéneos posible y que no fuera una selección realizada conscientemente por los investigadores entre el grupo control y el grupo de ensayo.</i></p> <p><i>Estas selecciones fueron: (i) hospitales (ii) 2 unidades por hospital y (iii) localización para grupo control o experimental.</i></p> <p><i>Estas selecciones fueron asignadas por aleatorización simple llevadas a cabo por los miembros designados del equipo de "King's College Clinical Trials unit" de Londres.</i></p>
	<p>Si el estudio es de efectividad/relación:</p> <p>¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada</p>	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p><i>La aleatorización fue independiente y ciego durante el mismo a los investigadores y estadísticos del ensayo.</i></p> <p><i>Para los trabajadores del grupo control se les dijo que se trataba de un estudio basado en intervenciones para mejorar la salud física, de tal forma que en ninguno de los dos grupos se les dijo si eran el grupo control o el experimental.</i></p>

Resultados	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p><i>Dan resultados que responden directamente a la eficacia de las intervenciones del modelo Safewards para reducir los conflictos y las contenciones, todo ello con datos estadísticos. Finalmente también se dan unas conclusiones que dan respuesta a la hipótesis inicial.</i></p> <p><i>Además todas ellas están expuestas de forma detallada y comprensible.</i></p>
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Sí	<p>¿Por qué?</p> <p><i>Es un estudio que cumple los requisitos de calidad y del que se obtienen unos resultados interesantes que además de ser validos abren nuevas líneas de investigación</i></p>

**Artículos:**

**1 Frequency of alternative to restraints techniques and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department.**

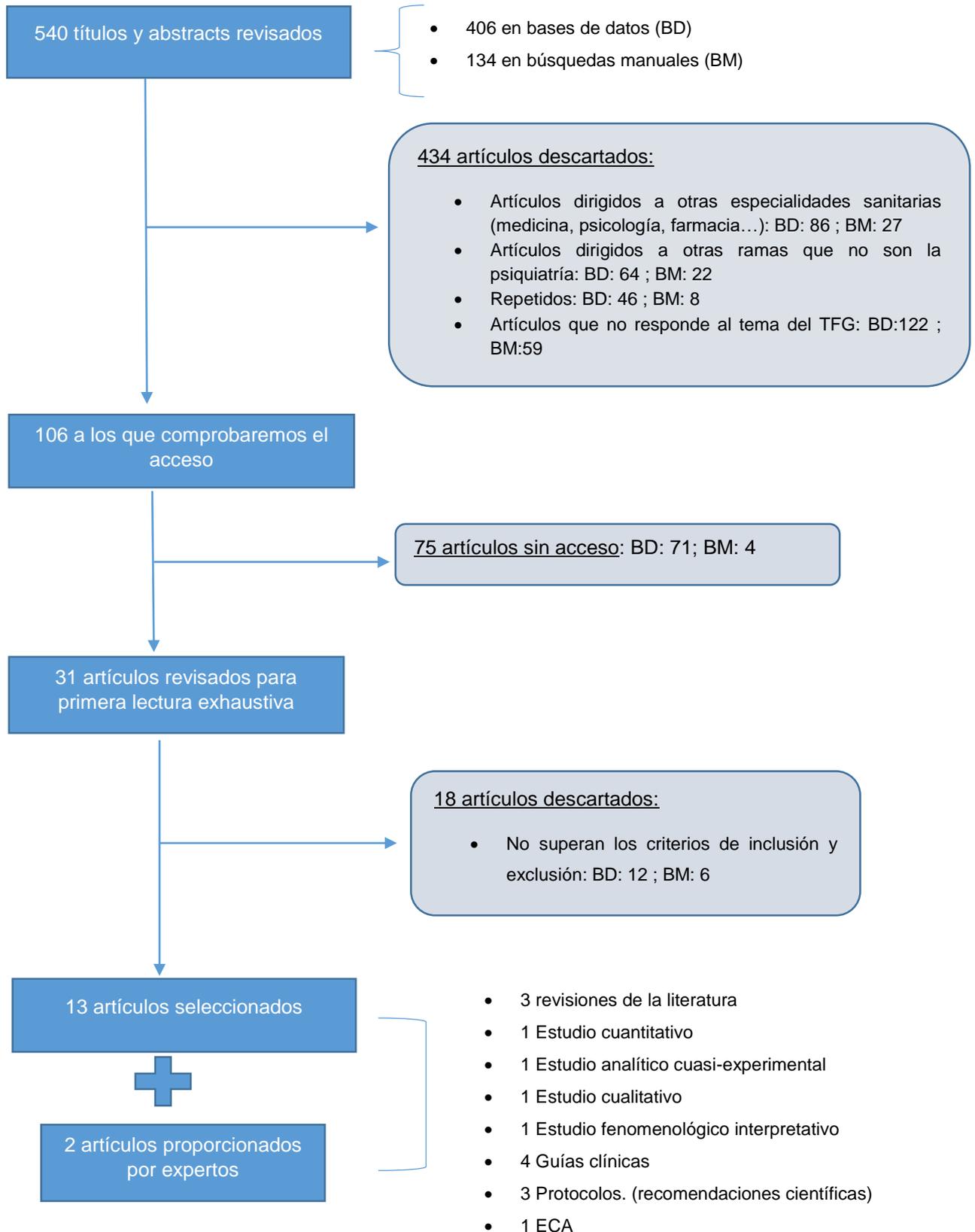
**2 Intervención de la enfermera especialista en salud mental en el manejo de la agitación psicomotriz mediante la relación terapéutica.**

	Criterios	1	2
Objetivos hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Sí	Sí

<b>Diseño</b>	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Sí	Sí
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?		No
<b>Población y muestra</b>	¿Se identifica y describe la población?	Sí	Sí
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Sí	No sé
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	No	No
<b>Medición de las variables</b>	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Sí	No

<b>Control de Sesgos</b>	Si el estudio es de efectividad/relación:  ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?		
	Si el estudio es de efectividad/relación:  ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada		
<b>Resultados,</b>	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Sí	
<b>Valoración Final</b>	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Sí	

**4. DIAGRAMA DE FLUJO DE LA SELECCIÓN DE DOCUMENTOS**



**5. TABLA RESUMEN DE LA LITERATURA CONSULTADA**

TÍTULO	AUTORES/ AÑO/ PAÍS	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	TIPO DE PACIENTE	HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS	PALABRAS CLAVE
<b>Frequency of alternative to restrains and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department</b>	LA Vonne A. Downey Ph.D., Leslie S. Zun, M.D., M.B.A., Sandra Jones Gonzales , M.P.A  2007  EEUU	Identificar las diferentes técnicas alternativas a las coercitivas utilizadas en los servicios de urgencias para controlar una AP.	Investigación cuantitativa descriptiva.	391 servicios de emergencias de los cuales 61 eran urgencias con servicio especializado de psiquiatría y 330 emergencias generalistas.	Pacientes con agitación psicomotriz en el servicio de urgencias.	Las alternativas más utilizadas fueron: <u>reducción del agente estimulante de la AP, contención verbal, ofrecer distracciones y tener un staff más preparado y educado en dichas alternativas.</u>  Se añade que la <u>contención farmacológica</u> no ha de ser un recurso de primera intención, aunque se reconoce que en ocasiones como en episodios psicóticos pueden ser irremediables.  También se refleja la falta de protocolos estandarizados en dichas prácticas no restrictivas.	Restraint; seclusion; agitation reduction techniques; emergency department
<b>Aversiveness of Traditional Psychiatric</b>	Linda L. Oberleitner  2000  EEUU	Evaluar la necesidad de prescindir de las tradicionales medidas coercitivas y sus negativas	Revisión de la literatura	La literatura publicada desde 1963 relativa a la aversión de las medidas	Paciente agitado con patología psiquiátrica	Importancia de trabajar y educar al staff, enseñar en cómo actuar y desenvolverse en una situación de crisis de agitación.	Patient restriction  Psychiatric patient

<b>Patient Restriction</b>		consecuencias en el paciente psiquiátrico.		coercitivas en el medio hospitalario psiquiátrico.		Cambios en la unidad: mayor flexibilidad de horarios de visitas, cambiar la decoración, subir el ratio de profesional/paciente.  Mejorar la socialización y recreación de los pacientes en las unidades.	Alternative measures
<b>Intervención de la enfermera especialista en salud mental en el manejo de la agitación psicomotriz mediante la relación terapéutica.</b>	M. Gomez Pascual  2008  España	Demostrar la eficacia de un programa de formación a profesionales de enfermería de unidades de hospitalización psiquiátrica sobre recursos para mejorar el manejo de la AP, mediante una intervención psicoeducativa.	Estudio analítico cuasi-experimental	Profesionales de enfermería que trabajen en las unidades de hospitalización psiquiátrica de la comunidad valenciana.	Pacientes con agitación psicomotriz que se encuentre ingresado en estas unidades.	Importancia de <u>fomentar el auto-conocimiento</u> de la enfermera.  Trabajar con las <u>enfermeras la empatía y comprensión</u> en los pacientes con AP.  <u>Educar</u> también en control del ambiente, prevención de la violencia, entrenamiento de la asertividad y el control de impulsos.	Enfermera especialista en salud mental  Unidades de hospitalización psiquiátrica  Relación de ayuda  Agitación psicomotriz  formación
<b>Estudio cualitativo sobre los estados de</b>	María Rubio-Valera, Elena Huerta Ramos, Luisa Baladón, Ignacio Aznar-	Definir y caracterizar los estados de la agitación en la práctica habitual en una unidad de Psiquiatría de agudos y urgencias	Estudio cualitativo	Dos grupos nominales , uno con 7 profesionales de enfermería y otro con 10	Pacientes con agitación psicomotriz ingresados en la unidad de agudos y en	Las intervenciones que consideran más efectivas por parte de los dos grupos nominales son: medidas ambientales; <u>ofrecer tratamiento oral</u> , y la contención verbal.	Agitation  Intervention techniques  Psychiatry

<p><b>agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención.</b></p>	<p>Lou, José M. Ortiz-Moreno, Juan V. Luciano, Pere N. Roset-Arisso, Luis Salvador-Carulla, José M. Villagrán, Fermín Mayoral, Alfredo Gracia, Antoni Serrano-Blanco</p> <p>2016</p> <p>España</p>	<p>psiquiátricas, y describir los paquetes de atención típicos.</p>		<p>profesionales de Psiquiatría (de urgencias y unidad de agudos)</p>	<p>aquellas AP que se den en las urgencias</p>	<p>El equipo de enfermería distingue dos fases: <u>pre agitación</u> con las siguientes intervenciones: <u>abordaje verbal</u> (escucha activa y soporte emocional); técnicas de relajación (control de respiración); <u>reubicación ambiental</u> para reducir estímulos (no aislamiento); observación conductual continuada, administración oral voluntaria farmacológica (ansiol,antipsic).</p> <p>Estado agitación: <u>abordaje verbal</u> (reducción de conducta, marcaje para limitar conducta, explicación de lo que se va a hacer); <u>manejo ambiental</u>, (reubicación del paciente si es posible, si no el del resto de pacientes, solicitud de apoyo preventivo, disminuir objetos que puedan suponer un riesgo para la integridad, como aquellos que se puedan utilizar de arma arrojada).</p>	<p>Qualitative research</p>
<p><b>Promoting safety. Alternative approaches to the use of restraints</b></p>	<p>Registered Nurses' Association of Ontario. RNAO</p> <p>2012</p>	<p>Conocer las mejores prácticas basadas en la evidencia en el contexto de la relación enfermera-paciente, sobre técnicas de apaciguamiento y de gestión de crisis para evitar el uso de restricciones y avanzar</p>	<p>Guía clínica</p>		<p>Pacientes que estén en el marco de agudos, crónicos y/o en domicilio dentro del cuidado de la salud, que tengan un riesgo de</p>	<p><u>12 recomendaciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-contención verbal</li> <li>-manejo ambiental</li> <li>-relación terapéutica</li> </ul> <p>Prevención, evaluación, alternativas de abordaje.</p>	

	Ontario, Australia	hacia el cuidado sin sujeciones.			comportamientos tales como auto-heteroagresividad.	Manejo en la crisis & intervenciones de desescalada.	
<b>El Paciente Agitado. SEEUE.</b>	Asociación Española de enfermería de urgencias y emergencias.  2009  España	Analizar los factores que influyen a la hora de abordar en una AP y sugerir algunas ideas orientativas sobre cómo actuar en la prevención y/o manejo del mismo.	Protocolo de recomendaciones científicas	Comité científico de la sociedad Española de enfermería de urgencias y emergencias.	Pacientes con AP en los servicios de urgencias.	<p>La utilidad de <u>herramientas de evaluación</u> de la AP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-OAS</li> <li>-ABS</li> <li>-BARS</li> </ul> <p><u>Contención Verbal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pautas generales de actuación en la contención verbal</li> <li>-pautas de actuación no verbales</li> <li>-Estrategias de comunicación</li> <li>-Ante el riesgo de violencia inmediata</li> </ul> <p>Contención farmacológica: VO la de elección.</p> <p><u>Manejo ambiental.</u></p> <p><u>Establecer una relación terapéutica.</u></p> <p><u>Auto-chequeo:</u> al finalizar: analizar sentimientos y actitudes que ha experimentado.</p>	<p>Paciente agitado</p> <p>Evaluación</p> <p>Profesionales enfermería</p> <p>Urgencias</p> <p>Prevención / manejo</p>

<p><b>BETA. La evaluación psiquiátrica del paciente agitado.</b></p>	<p>University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Psychiatry, Pittsburgh, Pennsylvania.</p> <p>2012</p> <p>EEUU</p>	<p>Llegar a un consenso sobre unas normas sobre cómo realizar una evaluación del estado psiquiátrico del paciente agitado.</p>	<p>Guía clínica</p>	<p>Asociación Americana de Psiquiatría de Emergencia.</p>	<p>Pacientes con AP de origen psiquiátrico en los servicios de urgencias.</p>	<p>La importancia que tiene tener un <u>personal sanitario preparado</u>.</p> <p>No hay que calmar al paciente, sino <u>ayudar al paciente a calmarse a sí mismo</u>, de forma colaborativa.</p> <p>La relevancia de realizar una buena <u>evaluación psiquiátrica</u> del paciente para la rápida <u>detección de la AP</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Información verbal de familiares, paramédicos o agentes de policía, o del material escrito.</li> <li>-Antecedentes, registros médicos previos</li> <li>-Definir la causa lo antes posible también es de vital importancia. Saber si tiene delirios, si ha consumido tóxicos , conocer el estado cognitivo del paciente</li> <li>-BARS</li> <li>-Una vez pasada la AP: en ED recogida de motivo de la consulta, historia de enfermedad actual, historial psiquiátrico, historial médico pasado, uso de sustancias tóxicas (historial), historia social, historia familiar, examen del estado mental,</li> </ul> <p>Hay que tener muy en cuenta la <u>interacción no verbal</u>.</p>
--	---	--	---------------------	---	---	--

<p><b>BETA. Verbal de escalada del paciente agitado</b></p>	<p>University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Psychiatry, Pittsburgh, Pennsylvania.</p> <p>2012</p> <p>EEUU</p>	<p>Descubrir los pasos a llevar a cabo en una desescalada verbal del paciente agitado. Llegar a un consenso de las mejores intervenciones a llevar a cabo</p>	<p>Guía clínica</p>	<p>Asociación Americana de Psiquiatría de Emergencia</p>	<p>Pacientes con AP de origen psiquiátrico en los servicios de urgencias.</p>	<p><u>10 dominios</u> que describen en el proyecto BETA en cuanto a la desescalada verbal:</p> <p>Por tanto habilitar al paciente de desarrollar rápidamente su propio <u>locus interno</u>.</p> <p><u>El espacio físico debe estar diseñado para la seguridad</u> (cómo por ejemplo la capacidad de eliminar rápidamente los muebles de la zona para crear un entorno seguro, muebles móviles.</p> <p>Las <u>habilidades para desarrollar técnicas de apaciguamiento y utilizarlos</u> con éxito si se está bien entrenado puede ser relativamente muy sencillo si se dispone de la habilidad más esencial: <b><u>Una buena actitud</u></b>.</p> <p><u>Estas técnicas se pueden aprender mediante juegos de roles</u> y se pueden practicar con pacientes que no estén agitados pero que estén considerados de difícil manejo.</p> <p><u>El personal</u> debe ser adecuado. Se anima a todos los clínicos a <u>evaluar</u> su temperamento para este trabajo, debido al perfil de paciente que pueden tener.</p>	
---	---	---	---------------------	--	---	---	--

						<p>Al igual que <u>profesionales de seguridad y policías oficiales</u>. Deben recibir educación y formación.</p> <p>La revisión de la literatura en busca de estudios científicos y médicos sobre la desescalada verbal son escasos y que hay falta de descripciones técnicas al respecto.</p>	
<p><b>Contención mecánica en urgencias.</b></p>	<p>Caracoba Rubio N., Garcia Barriuso C., Guervara Jimenez C.</p> <p>2011</p> <p>España</p>	<p>Abordar de forma eficaz la AP, y elaborar una actuación de contención mecánica segura y eficiente.</p>	<p>Revisión bibliográfica.</p>	<p>Protocolos desarrollados en hospitales españoles sobre la contención del paciente agitado.</p>	<p>Pacientes con AP en los servicios de urgencias.</p>	<p><u>Contención Verbal:</u></p> <p>Fomentar la verbalización y así evitar la contención.</p> <p>Mostrar actitud empática, dar información, conversación tranquila, sentarse a la misma altura, no mantener la Mirada fija y valorar los signos prodrómicos se ensalzan como actuaciones principales.</p>	<p>Inmobilization Protocol</p> <p>Psychomotor agitation</p> <p>Nursing care</p>
<p><b>The practices of expert psychiatric nurses: Accompanying the patient to a calmer</b></p>	<p>Mary E. Johnson, Penny M Hauser</p> <p>2009</p> <p>EEUU</p>	<p>Identificar las prácticas de las profesionales de salud mental de enfermería para calmar al paciente y acompañarle en la desescalada de la AP.</p>	<p>Estudio fenomenológico interpretativo</p>	<p>20 enfermeras especialistas en salud mental</p>	<p>Pacientes con AP de origen psiquiátrico.</p>	<p>Las <u>rápidas intervenciones</u> de enfermería previenen un ascenso mayor de la AP.</p> <p>Hay varios campos donde trabajar en calmar al paciente agitado sin recurrir a medidas restrictivas:</p> <p>-cambios en el <u>comportamiento fomentado la relación terapéutica</u></p> <p>-<u>contención verbal</u></p>	<p>Psychomotor agitation</p> <p>Nursing care</p> <p>Interventions</p> <p>De-escalation practices</p> <p>Mental health</p>

<p><b>personal space.</b></p>						<p><u>-Manejo ambiental</u></p> <p><u>-Observar lenguaje no verbal</u></p> <p><u>-tratamiento farmacológico voluntario.</u></p> <p>Por tanto y acorde con los expertos disponemos de ciertas intervenciones y habilidades a aplicar que dependerán de cada situación y del momento en el que se esté y <u>los hallazgos se pueden resumir en 5 los aspectos que experiencia que han de tener los profesionales para saber cómo proceder en cada momento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocimiento de lo que es bueno para el paciente (y/o familia) en el particular contexto (el uso de un ambiente lo menos restrictivo posible)</li> <li>-El uso de los conocimientos adquiridos tras años de práctica</li> <li>-Conocer la importancia del contexto en el que se encuentra el profesional, y conocer la respuesta emocional que cada profesional tendrá en esa situación</li> <li>-Usar la intuición</li> <li>-Usar la historia para entender completamente los sentimientos del</li> </ul>	
-------------------------------	--	--	--	--	--	---	--

						paciente, preocupaciones e intenciones.	
<b>Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomized controlled trial</b>	<p>Len Bowers, Karen James, Alan Quirk, Alan Simpson, Duncan Stewart, John Hodsoll.</p> <p>2015</p> <p>London</p>	<p>Evaluar la eficacia de las intervenciones del modelo Safewards para reducir los <b>Conflictos-Contenciones</b> del paciente psiquiátrico relacionadas con el trabajo de enfermería.</p>	<p>Ensayo clínico controlado aleatorizado.</p>	<p>Personal y pacientes en 31 salas elegidas al azar en 15 hospitales elegidos aleatoriamente</p>		<p>Las intervenciones citadas para mejorar las relaciones del staff con los pacientes han logrado reducir los casos de CONFLICTOS y CONTENCIÓNES. Entendiendo por conflictos (auto y heteroagresividad, consumo de tóxicos, fuga, ruptura de reglas básicas). Disminuyendo un 15% los conflictos y un 24% las contenciones.</p>	<p>Abscinding</p> <p>Inpatient</p> <p>Psychiatry</p> <p>Rapid tranquilisation</p> <p>Restraint</p> <p>Seclusion</p> <p>Self-harm</p> <p>Special observation</p> <p>violence</p>
<b>SAFEWARDS Guía clínica.</b>	<p>Section of mental health nursing PO box 30, David Goldberg, Building Institute of psychiatry health service and population research</p> <p>2015</p>	<p>Modelo con el cual se pretende reducir en las plantas de psiquiatría de agudos en los hospitales los conflictos-contenciones. Entendiendo que estas actividades son clave pues dentro de los conflictos están las AP y sus características.</p>	<p>Guía clínica</p>	<p>Más de mil estudios sobre agresiones, medidas coercitivas, aislamiento, contención, de la que generaron 300 ideas. A través de ensayos controlados aleatorios redujeron esos a los 10 más</p>		<p>10 intervenciones llamadas: palabras suaves, hablar bajo, palabras positivas, mitigación de las malas noticias, ayuda mutua, seguridad, mensajes de descarga, conocimientos, expectativas claras y métodos de calma.</p>	

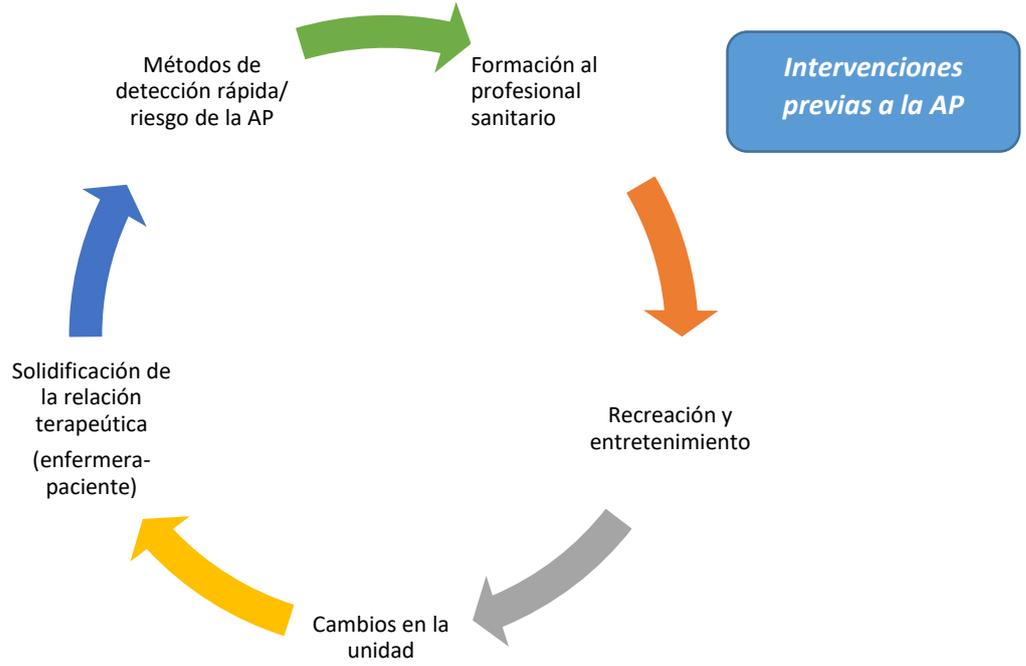
	Gran Bretaña			efectivos que se dan en la guía.			
<b>Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica.</b>	<p>M<sup>a</sup> Luisa Rodríguez de Vera Selva, Natividad Alarcón Tobarra., Juana Ruiz García., M<sup>a</sup> Dolores Pérez Mascuñán.</p> <p>2012</p> <p>España</p>	<p>Establecer criterios de actuación en una AP.</p> <p>Dotar a los profesionales de conocimientos en la asistencia, hablar de aplicaciones éticas, y garantizar la seguridad de los pacientes.</p>	Protocolo			<p><u>La contención verbal</u> es clave para enfriar la agitación, reducir la ansiedad, hostilidad y agresividad y prevenir posibles ataques violentos.</p> <p><u>Las medidas ambientales y o conductuales:</u> favorecen la desescalada de la AP y reducir aquellos estímulos provocadores o aceleradores del paciente.</p>	

<p><b>Abordaje y cuidados al paciente agitado</b></p>	<p>Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental(ANES M) y Sociedad Española de enfermería de urgencias y emergencias (SEEUE)</p> <p>2016</p> <p>España</p>	<p>Difundir criterios de buenas prácticas con relación a la atención y cuidados del paciente agitado. Proponer la estandarización de intervenciones para minimizar los problemas secundarios del abordaje del paciente agitado y aumentar la calidad asistencial. Solventar las dificultades prácticas que puedan suceder en la práctica diaria.</p>	<p>Revisión bibliográfica.</p>	<p>Artículos que hablen de la agitación psicomotriz y sus intervenciones en dicha crisis en Cochrane, cuiden, pudmed, scielo y en ewb of science.</p>	<p>Pacientes con AP de origen psiquiátrico en las unidades de agudos.</p>	<p>La Importancia de <u>conocer los signos prodrómicos</u>. Conocer los <u>factores</u> clínicos, interpersonales/contextuales aceleradores o con mayor prevalencia.</p> <p><u>Escalas de evaluación</u> de la AP validadas:</p> <p>-ABS</p> <p>-BARS</p> <p>Ofrecer seguridad mediante un <u>entorno terapéutico</u>, cuidar el entorno es primordial.</p> <p><u>La contención verbal</u>, de una forma calmada y pausada es un pilar.</p> <p>Tener en cuenta la <u>comunicación no verbal</u>.</p> <p><u>Medicación siempre VO</u> como primera opción. Los más utilizados son las benzodiazepinas y los antipsicóticos.</p>	<p>Mental disorders</p> <p>Agitation psychomotor</p> <p>Crisis intervention</p>
<p><b>Protocolo de atención a pacientes con agitación y heteroagresividad.</b></p>	<p>Inmaculada galian Muñoz, Juan Bernal Torres, Concha Díaz Sánchez, Asunción de Concepción Salesa, José</p>	<p>Garantizar la seguridad del propio paciente, de otros usuarios del servicio o del personal sanitario encargado de su atención, mediante una serie de</p>	<p>Protocolo</p>		<p>Pacientes con conductas violentas, agresividad y/o que presenten AP en el hospital psiquiátrico</p>	<p>Identificar el riesgo de agitación:</p> <p>-<u>Identificar los signos prodrómicos</u></p> <p>-<u>Identificación de factores inhibidores/favorecedores.</u></p>	

	<p>Martinez serrano.</p> <p>2011</p> <p>España</p>	<p>actuaciones regladas dirigidas a conseguir un abordaje adecuado y eficaz de las conductas de agitación, agresividad o violencia</p>				<p><u>-Screening inicial del personal de enfermería:</u></p> <p><i>-Escala de riesgo de violencia de Plutchik.</i></p> <p><u>-Exploración psicopatológica:</u></p> <p><i>-HCR-20</i></p> <p><i>-Detectar causa</i></p> <p>Las medidas de contención no coercitivas principales son:</p> <p><u>-distracciones lúdicas</u></p> <p><u>-contención verbal</u></p> <p><u>-ofrecer medicación.</u></p> <p>Mediante la contención verbal hay que tener en cuenta tanto las <u>pautas ambientales</u> como el <u>lenguaje no verbal.</u></p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

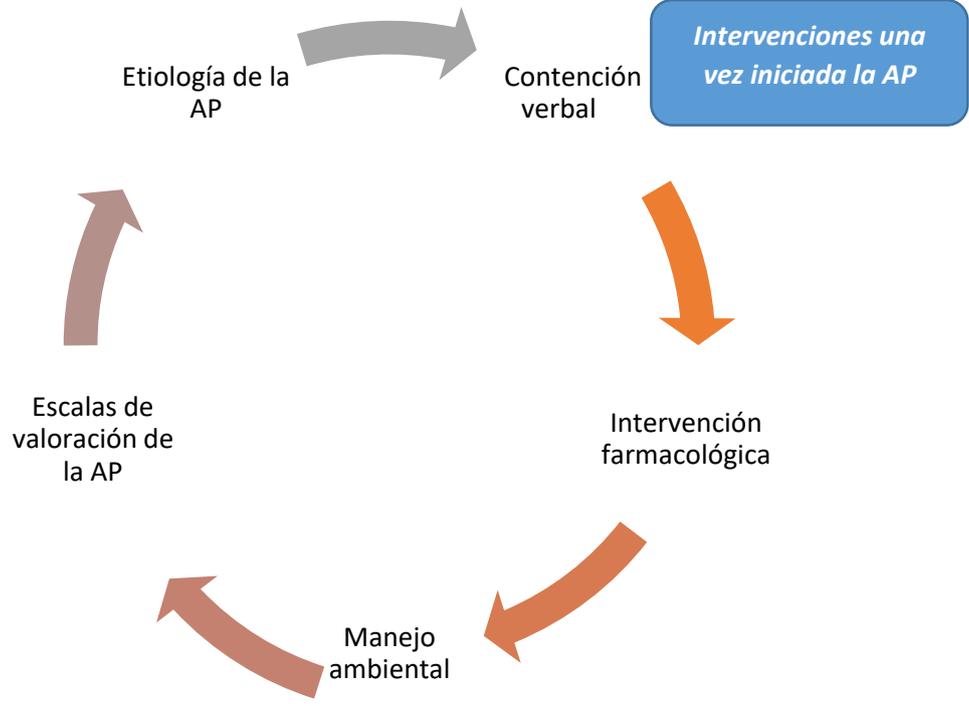
PACIENTE SIN AGITACIÓN

### 6- MAPA CONCEPTUAL DE LOS RESULTADOS



PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA AGITACIÓN

CONTINUUM



7-ESCALA DE RIESGO DE VIOLENCIA PLUTCHIK

Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik.

Nombre: \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

Favor leer cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia se siente de "esa manera", señalándolo en la columna indicada.

	Nunca	A veces	A menudo	Casi Siempre
1. Se enfada con facilidad?				
2. Se enfada continuamente con las personas?				
3. Se enfurece sin motivo?				
4. Cuando se enfada, toma un arma?				
5. Has lastimado a alguien en alguna pelea?				
6. Has lastimado alguna vez algún familiar?				
7. Ha pegado o atacado a alguien que no sea familiar?				
8. Ha usado alguna vez algún objeto para agredir a alguien?				
9. Podría conseguir un arma con facilidad?				
10. Ha sido detenido por delitos no violentos como irse sin pagar o falsificar documentos?				
11. Ha sido detenido por delitos como robo a mano armada o agresión violenta?				
			SI	NO
12. Guarda o colecciona armas en su casa?				
13. sabe como usar un arma?				

**8. GUIA VALORACION DE RIESGO DE CONDUCTAS VIOLENTAS (HCR-20)**

**HCR-20**  
**Hoja de codificación**

**Nombre del paciente:**..... **Fecha:**...../...../.....

**Nombre del administrador:**..... **Firma:**.....

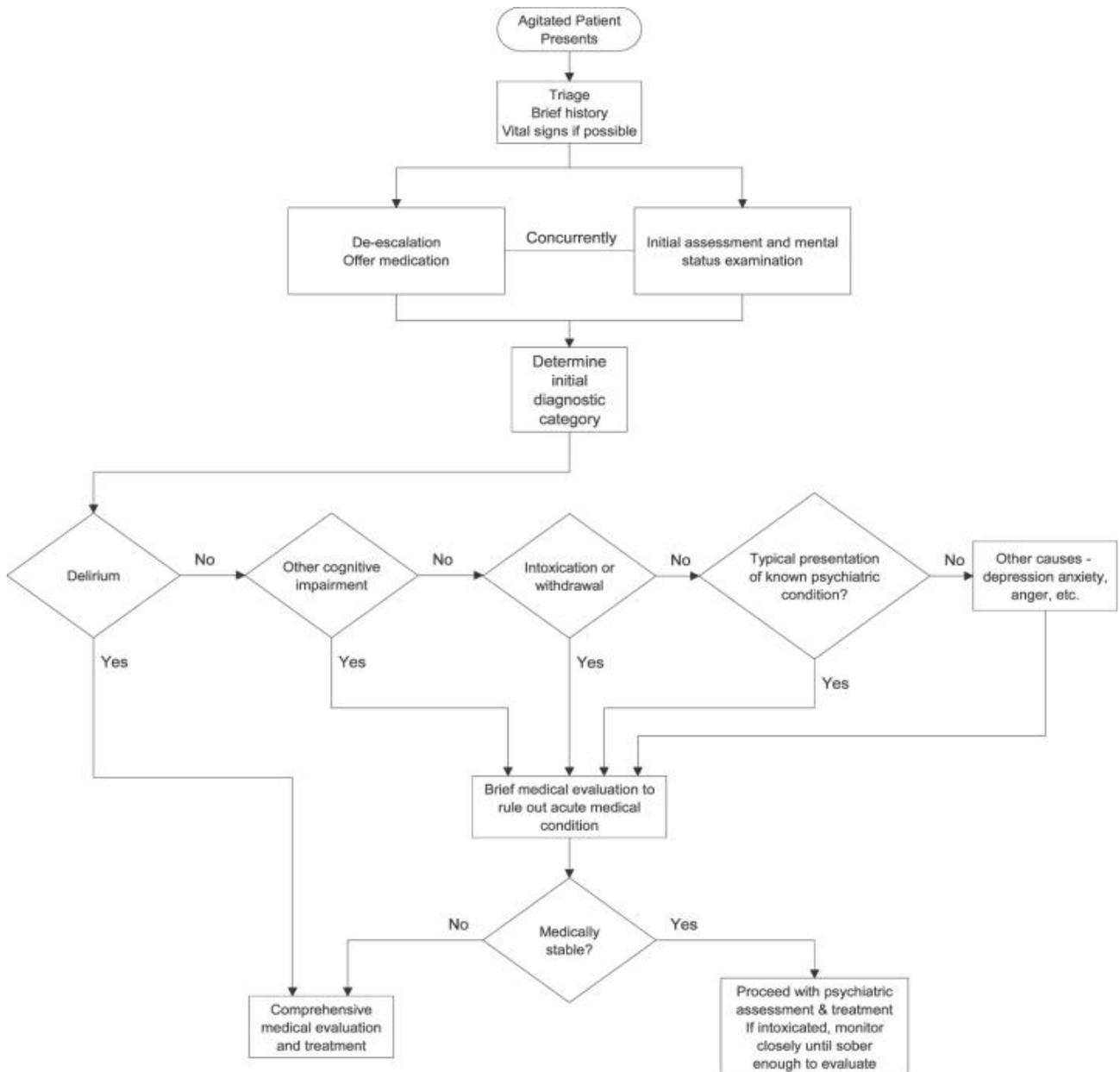
<b>Ítems históricos</b>		<b>Código (0, 1, 2)</b>
<i>Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/Definitivamente presente</i>		
H1	Violencia previa	
H2	Edad del primer incidente violento	
H3	Relaciones inestables de pareja	
H4	Problemas relacionados con el empleo	
H5	Problemas con el consumo de sustancias adictivas	
H6	Trastorno mental grave <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H7	Psicopatía <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H8	Desajuste infantil	
H9	Trastorno de personalidad <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H10	Incumplimientos de supervisión	
Total ítems históricos		/20

<b>Ítems clínicos</b>		<b>Código (0, 1, 2)</b>
<i>Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/Definitivamente presente</i>		
C1	Carencia de introspección <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
C2	Actitudes negativas	
C3	Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
C4	Impulsividad	
C5	No responde al tratamiento	
Total ítems clínicos		/10

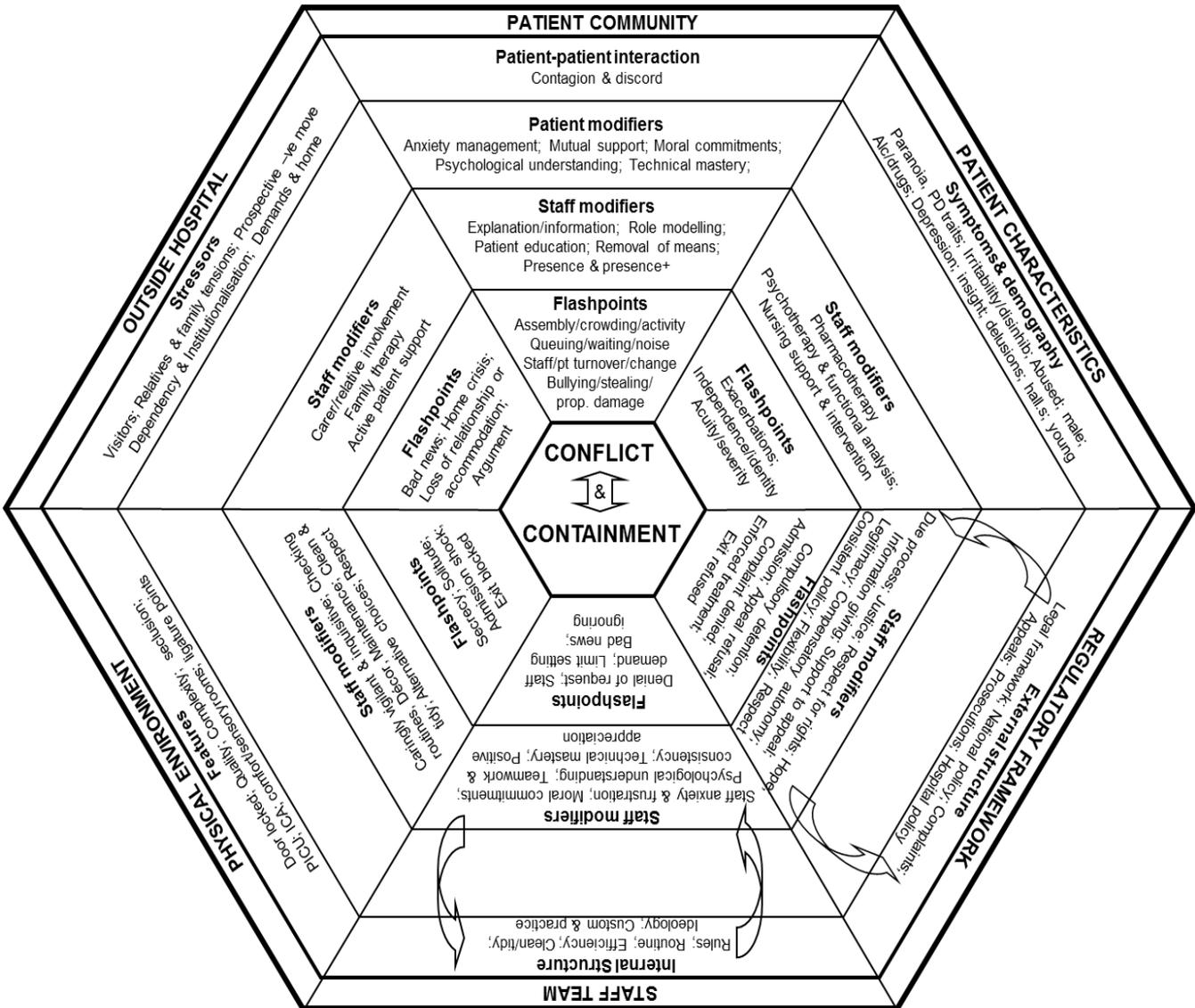
<b>Ítems de gestión del riesgo</b>		<b>Código (0, 1, 2)</b>
<input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> Out		
<i>Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/Definitivamente presente</i>		
R1	Ausencia de planes de futuro viables	
R2	Exposición a factores desestabilizantes	
R3	Carencia de apoyo social	
R4	Incumplimiento a los tratamientos prescritos	
R5	Alto nivel de estrés experimentado	
Total ítems de afrontamiento de situaciones de riesgo		/10
HCR-20 Total		/40
Valoración final de riesgo: <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Alta		

© Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2005  
© CH. D. Webster, K.S. Douglas, D. Eaves, S. Hart y Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV-UB), 2005

**9- ESQUEMA EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA PROYECTO BETA**



**10- DIAGRAMA MODELO SAFEWARDS**



11- BEHAVIOURAL ACTIVITY RATING SCALE

## The Behavioral Activity Rating Scale (BARS)

1	=	Difficult or unable to rouse
2	=	Asleep but responds normally to verbal or physical contact
3	=	Drowsy, appears sedated
4	=	Quiet and awake (normal level of activity)
5	=	Signs of overt (physical or verbal) activity, calms down with instructions
6	=	Extremely or continuously active, not requiring restraint
7	=	Violent, requires restraint

12- OVERT AGRESSION SCALE, OAS**4.5. Escala de Agresividad Manifiesta  
(Overt Aggression Scale, OAS)**

<b>Agresión verbal</b>	<b>N.º de veces</b>
1. No presenta	
2. Habla en voz muy alta, grita con enfado	
3. Insultos personales sin gran importancia (p. ej., «¿Eres tonto!»)	
4. Juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a sí mismo	
5. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo («te voy a matar»), o precisa ayuda para controlarse a sí mismo	
<b>Agresión física contra uno mismo</b>	
1. No presenta	
2. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo (en ausencia de daño o cuando éste es mínimo)	
3. Golpea objetos romos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos (se produce heridas pero sin un daño grave)	
4. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves	
5. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes	
<b>Agresión física contra objetos</b>	
1. No presenta	
2. Da portazos, desparrama la ropa, lo desordena todo	
3. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos, hace marcas en las paredes	
4. Rompe objetos, como las ventanas y cristales	
5. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente	
<b>Agresión física contra otras personas</b>	
1. No presenta	
2. Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarra de la ropa	
3. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas (sin daño para ellas)	
4. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones)	
5. Ataca a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas)	

**13- AGITATED BEHAVIOUR SCALE, ABS**



**4.8.1. Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Agitated Behavior Scale, ABS)**

Indique si el paciente presentaba los comportamientos que se citan a continuación y, si es así, en qué grado: leve, moderado o extremo. El grado puede basarse en la frecuencia del comportamiento o en la intensidad de un incidente determinado. No deje ítems sin rellenar.

	<i>Inexistente</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Extremo</i>
1. Mantiene poco la atención, se distrae con facilidad, es incapaz de concentrarse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Impulsivo, impaciente, tolera mal el dolor o la frustración	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Poco cooperador, no deja que le cuiden, exigente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Es violento o amenaza a las personas o la propiedad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Explosivo o con ataques de ira imprevisibles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Se balancea, se frota, gime o manifiesta otra conducta autoestimulante	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Tira de los tubos y las ataduras de la cama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Vaga por las áreas de tratamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Está inquieto, va y viene, se mueve excesivamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Muestra comportamientos repetitivos, motores o verbales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Habla rápido, alto o en exceso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Cambia de humor súbitamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Lloro o se ríe con facilidad y de una manera excesiva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Se hace daño o insulta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Puntuación total:** \_\_\_\_\_

**Puntuaciones factores**

Desinhibición (ítems 1-2, 6-10): \_\_\_\_\_

Agresividad (ítems 3-5, 14): \_\_\_\_\_

Labilidad (ítems 11-13): \_\_\_\_\_