

MANEJO DE LA AGITACIÓN EN LOS ENTORNOS DE SALUD MENTAL

ALONSO PÉREZ TORIBIO¹, MIRIAM BRONCANO BOLZONI^{2,3}, MARIA BOIX IBARS⁴,
MARINA GARRIGA CARRIZOSA⁵⁻⁷ Y LAURA MOLINA MARTÍNEZ⁸

¹Unidad de Salud Mental de L'Hospitalet, Barcelona. Institut Català de la Salut.

²Red de Salud Mental y Adicciones. Institut d'Assistència Sanitària. Girona.

³Departamento de Enfermería. Universitat de Girona.

⁴Hospital Clínic de Barcelona.

⁵Hospitalización a Domicilio en Salud Mental, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona.

⁶Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS).

⁷Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM).

⁸Programa de Atención Domiciliaria Intensivo (PADI), Associació d'Higiene Mental Nou Barris, Barcelona.

RESUMEN

Introducción: la contención mecánica (CM) es una práctica actualmente permitida en España para su uso en centros sanitarios. Es una medida terapéutica excepcional de uso controvertido. Las investigaciones relacionadas con la CM describen experiencias traumáticas para el paciente y el personal, por lo que puede comportar un dilema ético para los profesionales sanitarios y favorecer el comportamiento regresivo del paciente.

Objetivo: recopilar las recomendaciones y la evidencia científica en relación con el manejo de las agitaciones para reducir el uso de la CM y los problemas secundarios del abordaje.

Material y métodos: revisión bibliográfica mediante la consulta de las siguientes bases de datos: CINAHL, PubMed/Medline y Google Scholar. Se utilizó el siguiente vocabulario controlado: «agitación», «contención mecánica», «desescalada verbal», «intervención enfermera» y «salud mental» con un lenguaje libre, combinándolos con los operadores booleanos AND y OR.

Resultados: se analizaron un total de 46 artículos. Se identificaron y aclararon los siguientes conceptos relacionados con alternativas a la CM en los entornos de salud mental: 1) contención cero, 2) legalidad de la CM, 3) prevención, fundamental para evitar la CM, 4) gestión/manipulación ambiental y organizativa, 5) intervención farmacológica, 6) desescalada verbal, 7) CM y 8) relación terapéutica.

Discusión y recomendaciones: la CM sigue formando parte de la práctica psiquiátrica cotidiana. Los efectos adversos graves están asociados al uso de la reclusión y la contención; de ahí la necesidad de encontrar estrategias de tratamiento alternativas. Es útil recordar que ciertas reformas —que, al principio, pueden crear inquietud entre el personal— pueden ser bastante exitosas.

Palabras clave: agitación psicomotriz, contención mecánica, intervención enfermera, salud mental.

INTRODUCCIÓN

La prevención de la violencia en el ámbito de la salud es un tema que preocupa a las instituciones sanitarias desde hace décadas.

En el contexto de la atención en salud mental, estas situaciones de violencia o agresividad se traducen en la agitación psicomotriz. No existe una definición universalmente aceptada y esta ha variado a lo largo del tiempo, pero la bibliografía consultada sugiere definirla como: «un estado de inquietud motora y psíquica, con un aumento incontenible de la movilidad física y una sensación de tensión interna difícil de controlar, acompañado de alteraciones en la esfera emocional»^{1,2}. La agitación es un continuo que va desde la ansiedad hasta la agitación y la agresión. Está asociada a numerosas enfermedades psiquiátricas —esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, trastorno de ansiedad, trastorno de pánico y depresión mayor—, así como al abuso de sustancias o intoxicación¹. El profesional debe identificar y contener sus propias emociones ante estas situaciones, que pueden percibirse como una amenaza, evitando una reacción de hostilidad o defensa, ya que podría desencadenar una escalada de violencia^{3,4}. Un manejo ineficaz o tardío de la agitación psicomotriz puede acabar con un uso innecesario de medidas coercitivas como, por ejemplo, medicación involuntaria y/o restricción, escalada a la violencia, agresiones y consecuencias adversas para el personal y los pacientes como la pérdida de confianza o la ruptura de la alianza terapéutica^{1,5}.

Si las estrategias han fallado y el paciente inicia una escalada de agitación de forma incontrolada, debemos usar la contención mecánica (CM), siempre contemplada como última alternativa⁶. En ocasiones,

puede ser la primera medida cuando se trata de una situación de agitación grave o con riesgo inminente, tanto de agresividad hacia otros (heteroagresividad) como de intento autolítico (autoagresividad). Se debe utilizar de la forma menos restrictiva y durante el menor tiempo posible⁷⁻¹⁰.

La CM es una medida considerada coercitiva, empleada de forma habitual en la práctica clínica, en aquellas situaciones en las que existe un riesgo objetivo para el propio usuario, el entorno u otras personas que puedan verse perjudicadas, con el fin de salvaguardar la seguridad. Históricamente, se ha descrito como un método muy seguro y eficiente para calmar a una persona agitada en el entorno clínico. La CM es una limitación intencionada y en beneficio del paciente de la libertad de sus movimientos como parte de un tratamiento. Puede afectar a una parte del cuerpo o a su totalidad¹¹⁻¹⁵.

Estudios como el de Fugger *et al.* (2016) encontraron que el 50% de los pacientes que habían requerido medidas restrictivas presentaban emociones similares después de su uso. Verbalizaron sentirse molestos, angustiados e ignorados antes de que se aplicara el procedimiento de CM, y sentirse aislados y avergonzados después de haber sido contenidos^{16,17}.

Los países difieren en el uso de diferentes formas de restricción, con métodos de contención utilizados en algunos países, pero no en otros. Sin embargo, en los últimos años, ha habido un cambio de política internacional para reducir las intervenciones restrictivas^{18,19}. El paradigma actual y las tendencias internacionales que limitan el uso de la CM demuestran la existencia de intervenciones alternativas que resultan efectivas para el manejo del paciente agitado, lo que conlleva la reducción de las restricciones mecánicas y favorece la humanización de la salud mental, empoderando al paciente en la toma de decisiones como parte de su tratamiento.

Correspondencia: Alonso Pérez Toribio
Correo electrónico: alonperez11@gmail.com

Ante este cambio de cultura en el manejo del paciente agitado, este artículo tiene como objetivo recopilar las recomendaciones y la evidencia en el manejo de las agitaciones, para reducir el uso de la CM y los problemas secundarios del abordaje, basadas en los estudios y documentos publicados hasta el momento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: CINAHL, PubMed/Medline y Google Scholar. Para la búsqueda, se utilizaron los términos «agitación», «contención mecánica», «desescalada verbal», «intervención enfermera» y «salud mental», combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Asimismo, la búsqueda se realizó utilizando términos en inglés, ya que, a nivel internacional, existe mayor número de publicaciones y es el idioma de las principales revistas de prestigio en salud. También se debe a que el término *verbal de-escalation* y la búsqueda de repuestas para el manejo del paciente agitado evitando la CM tiene una mayor trayectoria en países del norte de Europa como Islandia, Gran Bretaña y países nórdicos. Además de usar palabras clave para encontrar los documentos, la capacidad del artículo relacionado se utilizó para encontrar más documentos.

Los criterios de inclusión fueron: estudios publicados entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2021 (se excluyeron los anteriores a estas fechas, ya que ha sido durante los últimos 20 años cuando la salud mental —y, en concreto, el manejo del paciente en estado de agitación— ha experimentado una revolución en cuanto al manejo de estas conductas y se han publicado estudios tanto nacionales como internacionales); trabajos cuyo idioma de publicación fuera el español o el inglés; investigaciones realizadas en personas adultas; trabajos de investi-

LA REDUCCIÓN EN EL USO DE PRÁCTICAS RESTRICTIVAS NO CONDUCE A UN AUMENTO DE LAS AGRESIONES

gación centrados en la agitación psicomotriz, su tratamiento e intervenciones; artículos a texto completo (se excluyeron aquellos artículos que en el resumen no referían contenido sobre el tema; las publicaciones científicas que abordan la agitación psicomotriz fuera de la hospitalización o de un paciente hospitalizado en un contexto diferente al de la salud mental; los casos o las situaciones de violencia no asociados a la enfermedad mental o al paciente hospitalizado; los editoriales, las revisiones narrativas, los pequeños estudios naturalistas, los informes de casos, los estudios en animales o *in vitro* y las cartas al editor; y los estudios de investigación que abordaban las agitaciones en condiciones psiquiátricas secundarias a patología orgánica).

De los 2461 artículos que aparecieron en la búsqueda inicial, finalmente, fueron analizados 46 artículos para la realización de este estudio, tal y como puede verse representado en el diagrama de flujo (fig. 1).

RESULTADOS

Numerosos estudios evidencian que la agitación está presente en todos los trastornos de salud mental. Entre un 10 y un 15 % de los pacientes ingresados en unidades psiquiátricas presentan conductas agresivas¹.

La agitación está precedida de unos signos de alarma o pródromos; cuanto antes los identifiquemos, mayor probabilidad de éxito tendremos en la intervención. Estos signos de alarma son: humor hostil;

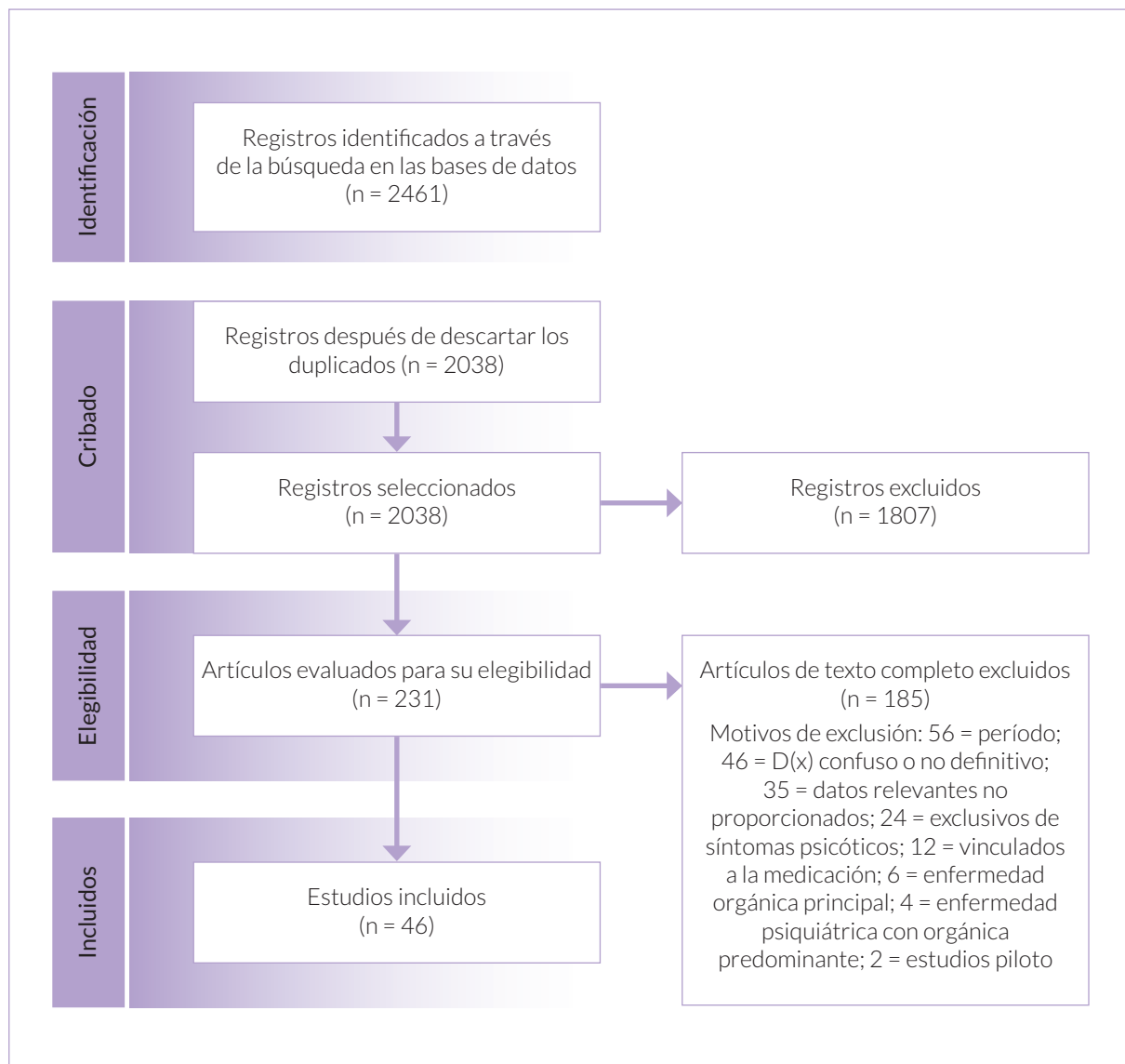


Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de artículos.

D(x): diagnóstico; n: tamaño de la muestra.

tensión facial; inquietud; posturas y gestos amenazadores; tono de voz elevado; movimientos repentinos; reducción de la distancia corporal; y contacto visual prolongado^{1,20,21}.

Aparte de estos cambios físicos, también se deben tener en cuenta las características del paciente

(edad, sexo, nivel educativo, ambiente sociofamiliar desestructurado, etc.), los episodios previos de agresión/violencia, la presencia de impulsividad/hostilidad, los síntomas clínicos alarmantes, las situaciones de provocación, el ingreso involuntario, las actitudes hostiles previas y el ingreso hospitalario de larga estancia¹.

Contención cero

La «contención cero» es una tendencia internacional que aboga por el desuso de la CM, cambiando esta práctica por abordaje verbal, ambiental y/o farmacológico. La reducción para llegar a la eliminación de las CM es una orientación constante para los servicios de salud mental. Las investigaciones han detectado que la reducción en el uso de prácticas restrictivas no conduce a un aumento de las agresiones^{19,22,23}.

Esta tendencia garantiza que la CM se use mínimamente, y que, cuando se emplee, se haga de forma apropiada, segura, y respetando la dignidad y los derechos de los pacientes, con el objetivo final de lograr su eliminación total. Además, la CM es una técnica que produce en el personal actuante sentimientos de angustia, ansiedad y culpa. Por otro lado, se han descrito sentimientos de compasión por parte del paciente y rechazo al uso de las contenciones; además, el personal manifiesta una ruptura de la alianza terapéutica y pérdida de confianza con el paciente tras el uso de estas medidas restrictivas^{24,25}.

La CM es una medida excepcional de último recurso, cada vez más cuestionada por los profesionales y los pacientes, que solo debe usarse cuando los procedimientos estándares menos invasivos de primera elección en el manejo del paciente agitado han fallado. Las recomendaciones internacionales en Europa y Estados Unidos, como la guía «Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings» del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) británico²⁶, instan a la implantación de estrategias que reduzcan el uso de la restricción y el aislamiento en entornos psiquiátricos^{18,19}. A pesar del gran apoyo para reducir y eliminar el uso del aislamiento y la restricción y del éxito de los programas de re-

ducción, estas prácticas continúan utilizándose en la atención de la salud mental^{23,27,28}.

Legalidad de la contención mecánica

No se dispone de una legislación global sobre el uso de la CM, sino que existen grandes diferencias en el porcentaje de pacientes sometidos a medidas restrictivas y la duración de las intervenciones coercitivas entre países²⁹.

A pesar de no contar con una legislación unitaria, el paradigma actual internacional aboga por la supresión de las CM en pos de un abordaje verbal a través de técnicas de desescalada de la agitación y relación de ayuda, con el objetivo de humanizar la salud mental y empoderar al paciente. Los métodos tradicionales de tratamiento de los pacientes agitados como las CM y la medicación involuntaria se van reemplazando por un enfoque no coercitivo^{20,21}. Este cambio de actitud favorece el establecimiento de una sólida alianza terapéutica y una relación de confianza con los cuidadores⁴.

Prevención, fundamental para evitar la contención mecánica

La primera y más importante estrategia para evitar la CM es la prevención. Las medidas preventivas son tan necesarias como las medidas de actuación ante la violencia, ya que usualmente impedir que un individuo sufra una crisis agresiva significa evitar riesgos/daños y que otros individuos del entorno presenten también episodios de agitación «por contagio».

La prevención de la escalada de agitación a través del conocimiento de las técnicas de manejo del paciente con comportamiento violento o agitado es efectiva en todos los entornos de salud mental. Los estudios muestran que la intervención temprana y

un menor número de episodios de agitación están relacionados con una mejor evolución, ya que la aplicación de restricciones físicas es una experiencia traumática para el paciente y para el personal, que, además, comporta un dilema ético para el personal. El uso de aislamiento y restricción compromete la relación terapéutica y la confianza entre los profesionales de la salud mental y aquellos que experimentan estas prácticas restrictivas. Los pacientes refieren sentimientos de angustia, temor, enfado, ansiedad y frustración³⁰.

Gestión/manipulación ambiental y organizativa

Cuando la agitación está presente, es esencial tomar precauciones para garantizar la seguridad inmediata de otros pacientes y del personal. Se deben retirar las fuentes que producen mayor excitación en el paciente (luz, ruido, corrientes de aire, etc.), incluir o excluir a algunas personas, ya sea personal del centro, familiares u otros pacientes, y evitar las interrupciones³¹. El paciente debe estar lo más cómodo y seguro posible. Todos los objetos que pueden ser potencialmente peligrosos deben ser apartados. Es importante mantener una distancia segura y respetar el espacio personal. El contacto directo intenso y prolongado puede ser percibido como una amenaza³².

Como último recurso de contención ambiental o espacial, se encuentran las salas de aislamiento o la habitación de contención. Esta es una medida de restricción ambiental que busca detener una conducta disruptiva o un estado de agitación psicomotriz recluyendo a la persona en un lugar seguro del cual no puede salir libremente. Es el máximo grado de contención espacial. La utilidad es separar a la persona del entorno que propicia el estado de agitación, con el objetivo de calmarle³³.

LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SON TAN NECESARIAS COMO LAS MEDIDAS DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA

Estas habitaciones de aislamiento deben estar acondicionadas para su uso en caso de urgencia y necesidad: deben disponer de suficiente espacio y ventilación adecuada y estar equipadas con medidas de vigilancia. Los aislamientos requieren supervisión y revisión periódica. En estos casos, debemos valorar la administración de medicación de rescate (según la pauta). El personal responsable de la atención decidirá cuándo la persona puede salir del espacio de restricción³⁴.

Intervención farmacológica

La restricción farmacológica se refiere a la administración de dosis únicas de medicamentos con un efecto antipsicótico o sedante por inyección o por vía oral. Mediante un fármaco con acción sobre el sistema nervioso central, se busca calmar la conducta. Para estas intervenciones de urgencia, normalmente, se usan benzodiazepinas o antipsicóticos (principales psicofármacos con capacidad sedante). La intervención farmacológica también puede usarse combinada con otras intervenciones, como cuando se requiera aplicar CM; en estos casos, se tiene que valorar administrar también un psicofármaco para favorecer que el paciente se pueda calmar más rápidamente³⁴.

Los requisitos del fármaco ideal son:

- Inicio de acción rápido.
- Calmar sin sedar al paciente.
- No invasivo y fácil de administrar.

- No traumático.
- Que permita involucrar al paciente en su toma de decisiones para promover la adherencia.
- Buena tolerabilidad.
- Buen perfil de seguridad.

Desescalada verbal

Tal y como hemos mencionado anteriormente y siguiendo la línea trazada por el paradigma internacional actual, la desescalada verbal es una técnica muy útil en el manejo del paciente en estado de preagitación o agitación leve o moderada.

Una vez estudiadas y comprendidas las diferentes definiciones que los autores dan a este término, podríamos definir la *desescalada verbal* como una gama de componentes entrelazados entregados al personal, que comprende la comunicación, la autorregulación, la evaluación, las acciones y el mantenimiento de la seguridad, que tienen como objetivo extinguir o reducir la agresión/agitación independientemente de su causa y mejorar las relaciones del personal con los pacientes, al tiempo que elimina o minimiza la coerción o restricción. Son unas técnicas que enfermería utiliza para ayudar a los pacientes en el manejo del comportamiento violento y a redirigir al paciente para que alcance un estado más tranquilo, sin confrontación ni provocación y para favorecer la mejor relación entre el personal y el paciente^{28,35,36}.

El término *desescalada* se utilizó por primera vez en discursos sobre la prevención de la violencia en la salud y la asistencia social a mediados de la década de 1980³⁶. La desescalada es una intervención psicosocial, que debe usarse como respuesta de primera línea a la violencia y la agresión³⁷. Los medicamentos *pro re nata* (p.r.n.; a demanda o según sea necesario) se pueden usar como parte de una estrategia para reducir la escalada³⁸.

La contención verbal debe ser la primera estrategia ante cualquier estado de agitación psicomotriz, riesgo de caídas o de fuga si las estrategias previas no han funcionado. Muchas veces, puede no ser suficiente para resolver el episodio de agitación, sin embargo, a pesar de que creamos que no contribuye al control del problema de la conducta, siempre hay que hacerla y mantenerla mientras aplicamos otras medidas de contención⁴.

El objetivo de la contención verbal es ayudar al paciente a recuperar el control para que, así, pueda participar en su evaluación y tratamiento. Al mismo tiempo que involucramos al paciente con la desescalada verbal, el profesional debe tomar decisiones de manejo de acuerdo con la observación y el juicio clínico. El uso exitoso de la desescalada verbal es clave para evitar el empleo de la CM⁴.

Antes de la primera aproximación, deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones: el espacio físico debe estar diseñado para ser seguro; el personal debe ser apropiado para la atención del paciente agitado; el personal debe estar adecuadamente entrenado; y debe existir un número adecuado de personal⁴.

Utilizando las técnicas de desescalada verbal, necesitamos entre 3 y 5 minutos de intervención para frenar o reducir el comportamiento que puede volverse violento. No actuar a tiempo y precisar CM se estima que requiere entre 20 y 30 minutos de intervención y reúne a un gran grupo de personal⁴.

Contención mecánica

Existen situaciones clínicas en las que las técnicas verbales, ambientales y farmacológicas no son suficientemente efectivas, y el uso de la CM puede ser necesario para evitar daños tanto al paciente, como a los profesionales y al resto de pacientes.

Es una medida excepcional, considerada cada vez más controvertida tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud y se contempla como último recurso; solo se usa cuando los procedimientos estándar han fallado. Puede ser la primera medida cuando se trata de una situación de agitación grave o riesgo inminente, tanto de agresividad hacia los demás (heteroagresividad) como con intención autolítica (autoagresividad). Debe usarse de la manera menos restrictiva y durante el menor tiempo posible^{34,39,40}.

La reclusión de pacientes en habitaciones cerradas aprobadas por las autoridades competentes se usa comúnmente para contener comportamientos violentos y/o crecientes en entornos psiquiátricos para pacientes hospitalizados^{40,41}.

Los países difieren en el uso de diferentes formas de restricción, con métodos de contención utilizados en algunos países, pero no en otros. Sin embargo, en los últimos años, ha habido un cambio de política internacional para reducir las intervenciones restrictivas⁴².

En España, la ley protege a los profesionales de la salud en el uso de contenciones en los casos que se detallan en la tabla 1.

Aunque la CM puede usarse por varios motivos aceptados por la legislación, es una intervención

traumática, que requiere sensibilidad y habilidad en su manejo. Por ello, es imprescindible, una vez que el paciente se ha recompuesto y está dispuesto a conversar sobre el incidente que condujo al uso de la contención, explorar el motivo del incidente con el paciente y explicar las razones por las cuales se usó la contención. Se debe permitir al paciente hablar sobre su experiencia de estar contenido, con el propósito de brindar una oportunidad para que se analice la experiencia individual del episodio. Es importante que los miembros del personal sean conscientes de cómo el paciente y otras personas de la unidad se ven afectados por el uso de las CM^{43,44}.

Relación terapéutica

En el ámbito de las unidades de salud mental, la relación terapéutica enfermera-paciente es clave para la prestación de cuidados⁴⁵. Las enfermeras reconocen que las intervenciones como la CM son a veces la única medida para reducir la agresividad en pacientes en escalada de agitación. Sin embargo, consideran que pueden conllevar un deterioro de la relación terapéutica y la confianza del paciente⁴⁶.

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones internacionales en Europa y Estados Unidos sugieren la implementación de es-

Tabla 1. Indicaciones de la contención mecánica^{1,7}

Indicada	No indicada
<ul style="list-style-type: none"> • Ante una amenaza de la integridad física del paciente, el entorno u otras personas. • Para favorecer las medidas terapéuticas. • Para asegurar la indicación de reposo. • Para beneficiar la disminución del número de caídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ante la posibilidad de intervenciones alternativas. • Como método punitivo. • Por una conducta molesta. • Como demostración de fuerza. • Por comodidad de los cuidadores. • Como sustitutivo de la vigilancia.

trategias que reduzcan el uso de la contención en entornos psiquiátricos. Los cambios legislativos y las nuevas regulaciones han comenzado a surgir para evitar su uso o restringirlo solo a situaciones muy extremas, pero persisten algunas dudas sobre si las regulaciones legislativas serán suficientes para eliminar la CM y el aislamiento en la práctica clínica.

Por el impacto que produce la CM al paciente, al resto de pacientes y al personal actuante, siempre que sea posible, se deben usar formas alternativas y menos restrictivas para controlar el comportamiento de un paciente, y minimizar el uso de CM. Esto se puede lograr mediante la adopción de un marco de prevención e intervención temprana, que tiene como objetivo mejorar la experiencia general de los pacientes.

Por regla general, las agitaciones psicomotrices siguen un curso progresivo, con unos signos de alarma determinados, de tal modo que, cuanto antes se detecten estos, mayor será la probabilidad de éxito del abordaje. Una intervención precoz es la mejor medida para reducir la agitación, y requiere una rápida identificación de los estados de preagitación y un pronto tratamiento, a través de medidas ambientales, estrategias de desescalada verbal y tratamiento con fármacos no invasivos, preferiblemente, antipsicóticos orales o inhalados prescritos por un médico.

El retraso en el abordaje en la escalada de agitación que acabe incurriendo en una agitación psicomotriz puede traer como consecuencias una recuperación posterior más lenta, un mayor sufrimiento, un aumento de la comorbilidad y un mayor deterioro de la relación con los profesionales.

Todo esto puede reducir el potencial terapéutico de las intervenciones realizadas *a posteriori* y la debilitación de la relación terapéutica^{45,46}.

LA DEESCALADA VERBAL ES UNA TÉCNICA MUY ÚTIL EN EL MANEJO DEL PACIENTE EN ESTADO DE PREAGITACIÓN O AGITACIÓN LEVE O MODERADA

Los modelos teórico-prácticos de finales del siglo xx en la atención del paciente de salud mental se basaban más en el uso de técnicas restrictivas, lo cual ha ido evolucionando hacia una aproximación más humana, que contempla un abordaje verbal, que cuenta con el gran aliado farmacológico y usa los espacios disponibles en el entorno para poder tratar al paciente, aislándolo del motivo que le altera y evitando, cuando es posible, contenerlo. En definitiva, este modelo de atención procura un cuidado más humano, centrado en salvaguardar la dignidad y el respeto de la persona ingresada. Esta revisión ha identificado temas y aclarado conceptos relacionados con alternativas a la CM en entornos de salud mental. Se ha demostrado que los esfuerzos de los profesionales para reducir, prevenir y acabar con el uso de la CM han sido efectivos en la mayoría de los estudios. La literatura describe un amplio conjunto de prácticas, políticas e intervenciones que pueden implementarse para conseguir el objetivo del proyecto.

En nuestro país, la intervención temprana en la agitación se encuentra aún en un momento primitivo, caracterizado por la parálisis, la indecisión, la falta de conocimiento de medidas alternativas y la seguridad que nos da estar amparados por una ley estatal que permite el uso de CM en estos casos.

Constatamos la necesidad de capacitación y apoyo para los equipos, cuya fatiga, miedo y ansiedad son factores de riesgo de desbordamiento y desgaste profesional (*burnout*). Las instituciones deberían

fomentar reuniones entre los diferentes equipos, a fin de permitir una reevaluación de su práctica por parte de sus compañeros y fomentar las autoevaluaciones.

Se manifiesta la importancia del cambio de cultura laboral hacia la prevención para conseguir la reducción y el fin de la CM. Ese cambio de cultura organizativa debe hacer énfasis en la recuperación, la atención informada sobre el trauma que el paciente y los profesionales refieren del uso de la CM, los apoyos individuales y familiares y los derechos humanos.

Un marco de directrices podría recopilar estas estrategias, sirviendo de guía de alternativas que se han introducido y probado en otros países. Ningún país ha aplicado la totalidad de medidas descritas en esta revisión. Esto invita a reflexionar en lo que podría suceder si en nuestro país se hiciera.

Si nuestro proyecto resulta suficientemente preciso, puede abrirse para la instauración de un sistema de alerta temprana que pueda guiar las intervenciones para reducir el uso de CM en la práctica clínica, en beneficio de los pacientes y el personal de los centros asistenciales en los que se detecte el uso frecuente de CM.

La investigación futura debería centrarse en las políticas de atención de salud mental dirigidas al apoyo y el tratamiento que respeten la dignidad y la autonomía de las personas, así como a promover la reducción de la coerción institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86-128.
- Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):328.
- Di Lorenzo R, Miani F, Formicola V, Ferri P. Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014;10:94-102.
- Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):17-25.
- Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. *J Psychiatr Pract*. 2011;17(3):170-85.
- Power T, Baker A, Jackson D. 'Only ever as a last resort': mental health nurses' experiences of restrictive practices. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29(4):674-84.
- Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *Br J Psychiatry*. 2007;191:298-303.
- Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatr Serv*. 2011;62(5):492-7.
- Odawara T, Narita H, Yamada Y, Fujita J, Yamada T, Hirayasu Y. Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(5):605-9.
- Sørgaard KW. Patient's perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nord J Psychiatry*. 2004;58(4):299-304.
- Knox DK, Holloman GH Jr. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):35-40.
- Mahmoud AS. Psychiatric nurses' attitude and practice toward physical restraint. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(1):2-7.
- Perkins E, Prosser H, Riley D, Whittington R. Physical restraint in a therapeutic setting: a necessary evil? *Int J Law Psychiatry*. 2012;35(1):43-9.
- Graziani Giacchero Vedana K, Da Silva DM, Arena Ventura CA, Ciccone Giacon BC, Guidorizzi Zanetti AC, Inocenti Miasso A, et al. Physical and mechanical restraint in psychiatric units: perceptions and experiences of nursing staff. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(3):367-72.
- Wilson C, Rouse L, Rae S, Kar Ray M. Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018;25(3):188-200.
- Fugger G, Gleiss A, Baldinger P, Strnad A, Kasper S, Frey R. Psychiatric patients' perception of physical restraint. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;133(3):221-31.

17. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(4):465-73.
18. Cusack P, Cusack FP, McAndrew S, McKeown M, Duxbury J. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(3):1162-76.
19. McKenna B, McEvedy S, Maguire T, Ryan J, Furness T. Prolonged use of seclusion and mechanical restraint in mental health services: a statewide retrospective cohort study. *Int J Ment Health Nurs*. 2017;26(5):491-9.
20. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs*. 2003;12(1):64-73.
21. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP, Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*. 2005; 11 Suppl 1:5-108; quiz 110-2.
22. Kuivalainen S, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Putkonen A, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *Int J Ment Health Nurs*. 2017;26(5):513-24.
23. Muir-Cochrane E, O'Kane D, Oster C. Fear and blame in mental health nurses' accounts of restrictive practices: implications for the elimination of seclusion and restraint. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(5):1511-21.
24. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(9):889-97.
25. Wilson C, Rouse L, Rae S, Kar Ray M. Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *Int J Ment Health Nurs*. 2017;26(5):500-12.
26. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline [NG10]. Londres: Nice; 2015. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>
27. Bullock R, McKenna B, Kelly T, Furness T, Tacey M. When reduction strategies are put in place and mental health consumers are still secluded: an analysis of clinical and sociodemographic characteristics. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(6):506-12.
28. Price O, Baker J, Bee P, Grundy A, Scott A, Butler D, et al. Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *J Adv Nurs*. 2018;74(3):614-25.
29. Kinner SA, Harvey C, Hamilton B, Brophy L, Roper C, McSherry B, et al. Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(5):535-44.
30. Lanthén K, Rask M, Sunnqvist C. Psychiatric patients experiences with mechanical restraints: an interview study. *Psychiatry J*. 2015;2015:748392.
31. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am*. 2005;28(3):701-11, 710.
32. Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM, Zoffmann V. Mechanical restraint--which interventions prevent episodes of mechanical restraint? - a systematic review. *Perspect Psychiatr Care*. 2012;48(2):83-94.
33. Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimäki C, Tuori T, Lehtinen V. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry*. 2000;15(3):213-9.
34. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Mjøsund NH, Opjordsmoen S, et al. Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards--why and how are they used? *Psychiatry Res*. 2013;209(1):91-7.
35. Berring LL, Pedersen L, Buus N. Coping with violence in mental health care settings: patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(5):499-507.
36. Hallett N, Dickens GL. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2017;75:10-20.
37. Pérez-Toribio A, Moreno-Poyato AR, Lluich-Canut T, Molina-Martínez L, Bastidas-Salvadó A, Puig-Llobet M, et al. Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study. *Int J Ment Health Nurs*. 2022; 31(2):339-47.
38. Nash M, McDonagh C, Culhane A, Noone I, Higgins A. Rapid tranquilization: an audit of Irish mental health nursing practice. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(5):1449-58.
39. Mantovani C, Nobre Migon M, Valdozende Alheira F, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(suppl 2):S96-103.
40. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10:6.
41. Newman J, Paun O, Fogg L. Effects of a staff training intervention on seclusion rates on an adult inpatient psychiatric unit. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018;56(6):23-30.
42. Chapman R, Ogle KR, Martin C, Rahman A, McKenna B, Barnfield J. Australian nurses' perceptions of the use of

- manual restraint in the emergency department: a qualitative perspective. *J Clin Nurs*. 2016;25(9-10):1273-81.
43. Al-Maraira OA, Hayajneh FA. Use of restraint and seclusion in psychiatric settings: a literature review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2019;57(4):32-9.
44. Guzmán-Parra J, Guzik J, García-Sánchez JA, Pino-Benítez I, Aguilera-Serrano C, Mayoral-Cleries F. Characteristics of psychiatric hospitalizations with multiple mechanical restraint episodes versus hospitalization with a single mechanical restraint episode. *Psychiatry Res*. 2016;244:210-3.
45. Moreno-Poyato AR, Montesó-Curto P, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R, Aceña-Domínguez R, Carreras-Salvador R, et al. The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: a narrative review of the perspective of nurses and patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(6):782-7.
46. Tolosa-Merlos D, Moreno-Poyato AR, González-Palau F, Pérez-Toribio A, Casanova-Garrigós G, Delgado-Hito P; MiRTCIME.CAT Working Group. Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2022. [En prensa].