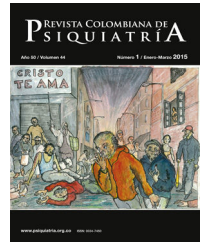




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo de revisión

Estrategias para el tratamiento del paciente agitado: trato digno y reducción del riesgo de daños



Miguel Herrera-Estrella^a, Araceli Moreno-Gómez^a, Eloisa Jiménez-Jiménez^a,
Sofía Vázquez Manzanares^a, Gabriela Pellón Díaz^a y Gianfranco Argomedo-Ramos^{b,*}

^a Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México, México

^b Universidad Nacional de Trujillo, Hospital Regional Docente de Trujillo, Trujillo, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de diciembre de 2019

Aceptado el 3 de mayo de 2022

On-line el 15 de junio de 2022

Palabras clave:

Estrategias

Pacientes

Riesgo

Terapéutica

R E S U M E N

En el contexto de los profundos cambios en el campo de la psiquiatría y la salud mental, se ha desarrollado un proceso de redefinición de la contención mecánica o sujeción física. Desde el punto de vista ético, la sujeción física es un procedimiento útil, e incluso necesario, siempre que se ajuste a indicaciones clínicas precisas. Debe establecerse como un último recurso terapéutico en situaciones extremas, después de que hayan fracasado las demás medidas alternativas —como el abordaje o la contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica—, para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, las personas de su entorno y los profesionales de la salud.

En algunas situaciones se plantea la posibilidad de aplicar restricción física y medicación forzada; sin embargo, se ha observado que pueden llegar a ser medidas no terapéuticas y dañan la relación médico-paciente, y además el paciente lo percibe como una agresión.

Es importante que los profesionales de la salud conozcan las implicaciones éticas y terapéuticas de la restricción física o la medicación forzada, con la finalidad de que estén familiarizados tanto con su práctica como con la teoría y puedan instruir al personal sobre el adecuado tratamiento del paciente evitando deshumanizarlo. En el tratamiento del paciente agitado, es fundamental conocer las indicaciones precisas para la aplicación de medidas terapéuticas, ya que no deben usarse como medidas de castigo y se espera utilizarlas lo menos posible, solo cuando otras intervenciones no hayan sido efectivas.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gianfrancoargomedoramos@gmail.com (G. Argomedo-Ramos).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.05.006>

0034-7450/© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Strategies for the Treatment of the Agitated Patient: Dignified Treatment and Reduction of Risk of Harm

A B S T R A C T

Keywords:
Strategies
Patients
Risk
Therapeutic

In the context of the profound changes in the fields of psychiatry and mental health, a process of redefinition of mechanical or physical restraint has been developed. From an ethical point of view, physical restraint is a useful and even necessary procedure, as long as it is adjusted to precise clinical indications. It should be established as a last therapeutic resource that is used in extreme situations to control behaviours that involve a high risk for the patient himself, for other people in his or her environment and for health professionals, after all other alternative measures such as the verbal approach or containment, environmental and / or behavioural measures and pharmacological containment have failed.

In some cases, the possibility of applying physical restriction and the use of forced medication is proposed, however, it has been observed that they may become non-therapeutic measures, as well as damage the patient-doctor relationship and be perceived by the patient as an aggression.

It is important that health professionals understand the ethical and therapeutic implications of physical restraint or forced medication, so that they are familiar with both its practice and theory, and to instruct staff on the proper management of the patient avoiding his or her dehumanisation. In the treatment of the agitated patient, it is essential to understand the precise indications for the application of therapeutic measures, since they should not be used punitively and it is expected that they be used as little as possible and only when other interventions have not been effective.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La agitación psicomotriz de los pacientes con enfermedades psiquiátricas es un fenómeno frecuente y de relevancia en psiquiatría, no solo en los servicios de urgencias, sino también en hospitalización y en consulta externa^{1,2}.

Las características principales de la agitación psicomotriz son: inquietud con excesiva actividad motriz, irritabilidad, respuestas excesivas a los estímulos internos o externos y un curso clínico inestable³. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) define agitación como una excesiva actividad motriz asociada con tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse con nerviosismo, retorcer las manos, jalar la ropa e incapacidad para permanecer sentado⁴.

La agitación psicomotriz está asociada con muchos trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad, ansiedad generalizada, trastorno de pánico y depresión mayor, abuso de sustancias e intoxicación. Además, muchos trastornos de origen neurológico tienen como principal manifestación clínica episodios de agitación psicomotriz, como los estados demenciales, encefalitis, meningitis y traumatismos cerebrales, así como otras condiciones clínicas como tirotoxicosis o hipoglucemias^{2,5-11}.

Se desconoce la epidemiología de la agitación psicomotriz. Se calcula que en los servicios de urgencias entre el 20 y el 50% de los pacientes que acuden se encuentran en riesgo de agitación psicomotriz, y la prevalencia es del 4,3 al 10%¹²⁻¹⁴.

En lo que se refiere a la enfermedad psiquiátrica, la agitación psicomotriz es un síndrome frecuente en la esquizofrenia

y el trastorno bipolar que amerita atención urgente. En la esquizofrenia, la agitación psicomotriz está relacionada con los síntomas psicóticos u otros síntomas como errores de juicio o ansiedad¹⁵. Se ha reportado que el 14% de los pacientes hospitalizados con esquizofrenia presentan agitación psicomotriz a su ingreso, el 40,5 y el 23,7% presentan durante la hospitalización agitación psicomotriz moderada y grave respectivamente y el 20% la presenta a lo largo de la vida¹⁶⁻¹⁸. En el trastorno bipolar, la agitación psicomotriz puede ser el síntoma más prominente durante los episodios de manía o los estados mixtos¹⁹. En la depresión, la agitación psicomotriz puede indicar un trastorno bipolar subyacente y predice un alto riesgo de viraje²⁰.

La agitación psicomotriz es un síndrome importante en psiquiatría, por lo que amerita una rápida evaluación de los factores causales y su tratamiento inmediato para prevenir una conducta potencialmente peligrosa. Un tratamiento poco efectivo puede resultar en medidas coercitivas (medicación adicional o restricción) y puede progresar a la violencia con una evolución adversa para el personal y los pacientes e incremento en los costos de los servicios de salud²¹⁻²⁵.

La valoración de un paciente agitado tiene varias complicaciones. La falta de cooperación o la incapacidad del paciente para dar información a menudo lleva al clínico a tomar decisiones con escasa información. Otra complicación puede surgir cuando, al aplicar una entrevista o escalas al paciente, se exacerbe la agitación psicomotriz, con el riesgo de que progrese a un estado de agresividad o de violencia. Por lo tanto, una adecuada valoración solo puede completarse cuando el paciente está tranquilo para participar en una entrevista²⁶.

En la valoración inicial, los clínicos deben hacer una evaluación del estado mental, con la intención de determinar la causa posible de la agitación. El diagnóstico definitivo no es la meta de esta evaluación; por el contrario, realizar un diagnóstico diferencial, determinar la seguridad y desarrollar una adecuada estrategia de tratamiento deben ser la meta principal²⁶.

El tratamiento del paciente agitado está dirigido a la causa y en algunos casos se utilizan medidas de restricción para contener alguna situación que ponga al paciente, el personal o las personas de su entorno en una situación de peligro.

El personal de salud en muchas ocasiones considera que la intervención más efectiva para el paciente agitado es la medicación forzada o la sujeción física, pero desconoce que dichas intervenciones están asociadas con una mayor incidencia de lesiones físicas y psicológicas, tanto para el paciente como para el equipo de salud. Además, la medicación forzada puede resultar en reacciones adversas que repercuten en la salud del paciente y afectan a la calidad de vida. Estas medidas terapéuticas (medicación forzada, sujeción física) impactan en la relación médico-paciente, y en consecuencia varios hospitales y organizaciones del mundo están luchando por una disminución del uso de la sujeción física. Sin embargo, existen situaciones en las cuales las intervenciones conductuales y verbales no son suficientes para contener a un paciente y la sujeción física llega a ser necesaria. En este caso, existen medidas que pueden mitigar las consecuencias negativas de esta intervención²⁷.

Por estas razones, la agitación sigue siendo un importante objetivo terapéutico no solo en los servicios que atienden casos agudos o urgencias, sino también en la atención a largo plazo²⁶. En este contexto, es crucial referirse y seguir empíricamente las mejores prácticas actuales para evaluar y tratar la agitación²³.

Las guías actualmente disponibles discuten una amplia gama de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para pacientes agitados. La Asociación Americana de Psiquiatría de Emergencia (AAEP)²⁸ con el Proyecto Mejores prácticas para la evaluación y el tratamiento de la agitación (BETA), el Colegio Americano de Médicos de Emergencia (ACEP)²⁹ y la Comisión Conjunta de Acreditación de organizaciones de salud con los estándares propuestos en restricción y reclusión (*The Joint Commission* 2000) son ejemplos de las diferentes organizaciones que brindan apoyo y orientación para el tratamiento de la agitación aguda en los servicios de urgencias. En Reino Unido, el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (NICE) también emitió una guía, que actualmente se encuentra en proceso de actualización. Hace poco la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (WFSBP) y la Sociedad Austriaca de Neuro-psicofarmacología y Psiquiatría Biológica también han ofrecido recomendaciones generales para el tratamiento de la agitación en la esquizofrenia^{15,30} y el tratamiento de la agitación en psiquiatría en los servicios de urgencias³¹.

Cada vez hay más consenso en señalar que las medidas institucionales de control como la sujeción física son no terapéuticas, principalmente en pacientes vulnerables. Numerosas instituciones se han pronunciado a favor de disminuir el uso de la sujeción física^{1,27,28}.

Se ha iniciado un movimiento para tratar de suprimir o al menos disminuir el uso de medidas restrictivas en los hospitales psiquiátricos y se han planteado las siguientes consideraciones^{29,32}:

- Reclusión es el confinamiento involuntario de un paciente en un cuarto o área donde debe permanecer solo. Se utiliza para pacientes violentos o con conducta autodestructiva. Esta intervención prácticamente se ha eliminado de los hospitales psiquiátricos.
- Sujeción física es un método manual, físico o mecánico o un equipo para inmovilizar o reducir su capacidad para mover libremente los brazos, las piernas, el cuerpo o la cabeza.
- La medicación se considera una restricción cuando se utiliza para limitar la conducta del paciente o la libertad de movimientos y no es parte del tratamiento o la dosis habitual para su condición.
- Se debe interrumpir las medidas restrictivas en el menor tiempo posible.
- El paciente debe ser evaluado directamente por personal de salud entrenado específicamente para estos casos en la primera hora de restricción.

Se mencionan también los derechos de los pacientes:

- Las medidas de restricción solo deben usarse cuando otras intervenciones no hayan sido efectivas para proteger al paciente, los miembros del equipo u otras personas.
- Todos los pacientes tienen el derecho a estar libres de medidas de restricción cuando estas se empleen como coerción, disciplina o represalias del equipo.
- Las medidas de restricción solo deben utilizarse para la seguridad inmediata del paciente, los miembros del equipo u otros.

La sujeción física continúa siendo una práctica común en los servicios de atención y se ha cuestionado si esta intervención tiene algún beneficio para el paciente. Además, puede incrementar la agresividad y los costos e incumplir las normas hospitalarias. En encuestas realizadas a las personas que han sido tratadas mediante sujeción física, estas la consideran un evento traumatizante, por lo que se la ha cuestionado como una práctica incompatible con la política de recuperación. Moore³³ menciona que la indicación de la aplicación de medidas restrictivas es de las peores situaciones para los trabajadores de la salud mental, ya que puede ser traumática y humillante para los pacientes vulnerables, quienes están indispuestos.

En 1994, Fisher³⁴ realizó una revisión de la literatura y concluyó que las medidas restrictivas eran útiles para reducir la agitación psicomotriz y prevenir lesiones. Consideró que sin esas medidas era imposible llevar un programa con enfermos graves. Sin embargo, reconoció que utilizarlas causa efectos adversos físicos y psicológicos tanto a los pacientes como al personal, y remarcó que existen factores que influyen en la frecuencia de la aplicación de estas medidas, como los prejuicios, las actitudes y la percepción del rol.

En 1990 se inició en diferentes hospitales una visión de recuperación coordinada por una corporación llamada Recovery Innovations Inc, en la cual se implementaron programas tradicionales para la recuperación de pacientes en varios estados de Estados Unidos; en el año 2000 concluyeron que los

anteriores programas tradicionales no eran los adecuados para la recuperación de las personas. Con la rápida difusión de esta información, la posibilidad de recuperación de los pacientes comenzó a surgir a diversos niveles. A partir de este cambio, se comenzó a invitar al personal a limitar el uso de medidas restrictivas e identificar mejores técnicas de intervención. Esto provocó controversias entre el personal de salud mental, e incluso existen reportes acerca del incremento de los episodios de agresión por no utilizar estos procedimientos en pacientes con agitación psicomotriz³⁵⁻³⁷.

Lo expuesto conduce a la siguiente pregunta: ¿será posible disminuir el uso de sujeción física en el caso de los hospitales psiquiátricos mejorando las técnicas de intervención?

En 1996, en el Woodhull Medical and Mental Health Center se realizó un estudio prospectivo que se dividió en 2 periodos, de 1996 a 1999 (antes de implementar las medidas de disminución de la sujeción) y de 1999 a 2001 (cuando se impuso la política de no utilizar medidas restrictivas); no hubo un incremento de las agresiones entre pacientes, pero sí se observó un incremento inicial de agresiones hacia el equipo médico. Sin embargo, cuando se excluyó del análisis el periodo inicial del cambio de política, no se encontró ninguna diferencia³⁵.

En un análisis retrospectivo de los esfuerzos para implementar en un hospital las políticas de no restricción, se observó una disminución del número de restricciones pero con un incremento de las agresiones entre los pacientes o del personal de salud. Sin embargo, lo notable fue que el personal no había sido entrenado en el tratamiento del paciente violento, lo cual puede haber incrementado la tasa de agresiones³⁷.

En el estudio de Smith³⁸ (2005), realizado en 9 hospitales durante 11 años, se observó que la tasa de sujeción disminuyó de 3,5 episodios/1.000 pacientes/día a 1,2, y la duración media de la intervención disminuyó de 11,9 a 1,9 h. Los autores consideran que esta disminución se debió a que el equipo consideró que la sujeción no es una modalidad de tratamiento si no una falla de este. Además, concluyeron que un cambio en la actitud, la cultura hospitalaria y el medio ambiente habían contribuido a esta mejora³⁸.

En un estudio realizado durante 10 años, se realizaron los siguientes cambios: entrenar al personal de salud, informar acerca del trauma provocado por la sujeción, especificar reglas y planteamiento del tratamiento que aplicar, planear el tratamiento con el paciente, y cambios en el ambiente terapéutico y en la comunicación entre el paciente y el personal de salud. Al implementarse las medidas mencionadas, una evaluación basal (fase A) de 2 años de duración se comparó con el programa de disminución de restricción (fase B). En la fase A se observó un incremento en el número de restricciones, las cuales disminuyeron durante la fase de implementación de 20,1 a 7,9/1.000 pacientes/día en promedio³⁹.

Una consideración importante que debe resaltarse es en relación con los servicios de urgencias, ya que deben considerarse aparte por tener una estructura clínica diferente y la estancia de los pacientes es de poco tiempo. En un estudio prospectivo de las complicaciones de las medidas de restricción en los servicios de urgencias, Zun (2003) observó que la utilización de estas medidas es mayor que en las unidades de hospitalización, en las cuales el paciente puede desarrollar una relación con el personal, las unidades son más amplias

y existen los dormitorios donde el paciente puede refugiarse cuando la actividad sea estresante. El volumen de ingresos y egresos es mayor en los servicios de urgencias y los niveles de estrés son constantemente altos e intensos, por lo que la frecuencia de las medidas de restricción no pueden eliminarse. Sin embargo, la revisión de estos casos, la retroalimentación del equipo de salud y un cambio institucional de las actitudes y la cultura pueden reducir el número de intervenciones de restricción⁴⁰.

En la introducción a una sesión especial sobre medidas de restricción, Bush⁴¹ estableció que la implementación de programas de reducción de las medidas restrictivas no incrementa el riesgo para el equipo de salud. Como señala el autor, «podemos hacer un mejor trabajo en prevenir estas situaciones, así que no necesitamos el uso de reclusión, sujeción o medicamentos de emergencia».

Ashcraft et al.⁴² establecieron que los programas de disminución de las medidas restrictivas están basadas en un liderazgo fuerte, cambios de los procedimientos, entrenamiento del equipo y retroalimentación constante. Asimismo Watt⁴³, en una reciente revisión sistemática y metanálisis en red, encontró que en el caso de ancianos con agitación y conductas agresivas la atención multidisciplinaria, el masaje y la terapia de contacto son clínicamente eficaces.

Huckshorn⁴⁴ establece 6 estrategias principales para disminuir las medidas restrictivas:

- Cambio en la política y la misión. Cambiar la visión hospitalaria de estabilización de la enfermedad por una de ayudar a la recuperación de la persona. Se estableció que había que crear un medio ambiente y las oportunidades que permitan a la gente recuperarse, alcanzar sus metas y reintegrarlos con ellos mismos, los demás, los medios y los propósitos de su vida. Recuperación se definió como «recordar quién eres y usar tus capacidades para llegar a lo que quieres ser». Se considera fundamental para reducir las medidas restrictivas la participación constante y continua de las autoridades del hospital. Las estrategias de liderazgo que implementar incluyen la definición y la articulación de una visión, unos valores y una filosofía que espera su reducción, desarrollo e implementación de una instalación específica y plan de acción de mejora del rendimiento de la unidad (similar a una instalación para «plan de tratamiento») y responsabilizar al personal con ese plan. Esta intervención incluye la supervisión de cada sujeción con el fin de investigar la causalidad (antecedentes), examinar y revisar las instalaciones, políticas y procedimientos que pueden instigar conflictos, controlar y mejorar los problemas de desarrollo laboral e implicar a la administración con el personal de atención directa en esta importante labor. El plan de acción desarrollado tiene que basarse en un enfoque de prevención de la salud pública y seguir los principios de la mejora continua de la calidad. Se recomienda un equipo de mejora del rendimiento multidisciplinario o grupo de trabajo.
- Reforzar un ambiente saludable. Los programas deben tener un objetivo de recuperación y los servicios, un ambiente no institucional. La gente deberá de continuar con sus redes de apoyo. Como ya se mencionó, esta declaración podría incluir declaraciones tales como que sujeción no es tratamiento, sino una medida de seguridad de último recurso, y que la

sujeción indica el fracaso del tratamiento; son ejemplos de declaraciones de política disponibles para su revisión.

- Implementar un liderazgo. Para crear un entorno de colaboración, no punitiva, identificar y trabajar a través de problemas mediante la comunicación de expectativas para el personal, y ser constantes en el mantenimiento del esfuerzo. Este paso puede incluir una declaración a los funcionarios que, si bien los miembros del personal pueden actuar con la mejor intención, se puede determinar después que había otras intervenciones que podrían haberse tomado. Es solo a través de la confianza del personal en el liderazgo que van a ser capaces de hablar libremente de las circunstancias que condujeron a un evento de sujeción para que se pueda analizar con cuidado y producir un aprendizaje. Sin embargo, las reglas que definen el abuso y la negligencia son claras y la afirmación anterior no quita la responsabilidad por ese tipo de problemas de rendimiento.
- Evitar el uso de sujeción. Esta estrategia reduce el uso de restricción mediante una variedad de instrumentos y evaluaciones que se integran en la política y los procedimientos del hospital y en el plan de recuperación de manera individual para cada paciente. Esta estrategia se basa en gran medida en el concepto de tratamiento individualizado. Incluye instrumentos de evaluación para identificar el riesgo de violencia y los antecedentes de sujeción; una evaluación universal del trauma; medios para identificar a personas con factores de alto riesgo de muerte y lesiones; estudios de reducción de los síntomas de agitación o planes de seguridad; servirse de un lenguaje no discriminatorio de primera persona y de documentos escritos; cambios ambientales para incluir habitaciones confortables para disminuir los estímulos sensoriales; intervenciones de modulación sensorial, y otras actividades de tratamiento específicamente diseñadas para tratar al paciente con agitación psicomotriz.
- Rol del personal en el internamiento. Esta estrategia implica la inclusión plena y formal de todo el personal, ya sea niños, familiares y cuidadores externos en diversos roles y en todos los niveles de la organización para ayudar a reducir la sujeción. Incluye a los usuarios de los servicios y al personal dedicado a la supervisión de eventos, mediante el monitoreo, entrevistas y servicios de apoyo de pares, así como del personal clave de los comités dedicados a estos eventos. También implica una supervisión estrecha de estos miembros del personal y voluntarios por el personal ejecutivo que reconoce la dificultad inherente a estos roles y que está dispuesto a apoyar, proteger, mediar y abogar por la asimilación de estos miembros del personal y voluntarios especiales. La definición de los roles es fundamental en términos de descripciones de puestos de trabajo, expectativas, horas de trabajo y una capacidad para comunicar al personal la legitimidad del propósito y la función de estos papeles importantes.
- Técnicas de entrevista. Esta estrategia reconoce la utilidad de un análisis de cada evento de sujeción. La utilidad de estas estrategias es el conocimiento generado de cada análisis riguroso de la sujeción y utilizarlo para generar políticas, procedimientos y prácticas para evitar repetirlo en el futuro. Otra meta de esta intervención es intentar disminuir, en la

medida de lo posible, el efecto traumatizante que involucra al personal y el usuario, así como a todos los testigos del evento. Entre las actividades recomendadas, se incluyen 2: un análisis inmediatamente después del evento y un análisis más formal del problema con el equipo de tratamiento. Se recomienda utilizar los pasos del análisis de causa raíz (RCA)⁴⁵. Para las instalaciones que tratan a los niños y emplean sujeciones frecuentemente, se debe realizar un informe completo del procedimiento en cada evento, aunque no siempre es posible. Estas instalaciones deben discriminar su uso repetido en los niños, identificar la participación de los miembros del personal en estos eventos para anotar las necesidades de entrenamiento y evaluar las sujeciones que duran más de lo habitual.

Según la Declaración de consenso del Grupo de trabajo de desescalada del Proyecto BETA de la Asociación Estadounidense para la Psiquiatría de Emergencia⁴⁶, el nuevo paradigma para el control de la agitación se basa en tres pasos: a) establecer relación con el paciente; b) establecer una relación de colaboración, y c) disminuir la agitación del paciente mediante técnicas verbales. Esto se fundamenta en la premisa de «ayudar al paciente a controlarse por sí mismo». El acto de contención verbal se considera una forma de tratamiento, a través de la cual el paciente es capaz de desarrollar rápidamente su propia técnica de control^{46,47}.

Cuando se trabaja con un paciente agitado, se proponen 4 objetivos: a) promover la seguridad del paciente, el personal y otras personas en el área; b) ayudar al paciente a manejar sus emociones y estrés, y mantener o adquirir el dominio de su conducta; c) evitar la sujeción en cuanto sea posible, y d) evitar intervenciones coercitivas que incrementen la agitación⁴⁶.

En este consenso se proponen 10 recomendaciones o guías para la reducción de los síntomas de agitación que ayuden al clínico a tratar con los pacientes agitados. El grupo del consenso denominó dominios a estas recomendaciones.

Dominio I: respetar el espacio personal

Respetar al paciente y su espacio personal. Al acercarse al paciente agitado, mantenga al menos 2 brazos de distancia entre usted y el paciente. Esto no solo da al paciente el espacio que necesita, también da al clínico el espacio necesario para alejarse si el paciente estaba pateando o golpeando. El clínico puede necesitar más distancia para sentirse seguro.

Si un paciente le dice que se retire, hágalo inmediatamente. Tanto el paciente como el clínico deben ser capaces de salir de la habitación sin sentir que el otro está bloqueando su camino. Un alto porcentaje de pacientes tienen antecedentes de trauma, y la experiencia de emergencia tiene el potencial de que se repita la experiencia traumática cuando los aspectos específicos del espacio se ignoran. Una persona que vive en la calle puede ser muy sensible sobre la protección de sus pertenencias. Quienes han sufrido abuso sexual pueden ser aprehensivos acerca de estar desnudos, lo que puede aumentar su sensación de vulnerabilidad y causar humillación.

Dominio II: no ser provocador

Evitar la evolución iatrogénica. El clínico debe demostrar por medio del lenguaje corporal que no tiene intenciones de dañarlo, que quiere escuchar y que la intención es que todos estén seguros. Las manos deben ser visibles. Se debe evitar las manos ocultas, ya que esto pudiera interpretarse como un arma oculta⁴⁸. El clínico debe evitar mirar directamente al paciente agitado y debe estar en un ángulo que no parezca que confronta al paciente. La expresión facial y un comportamiento de tranquilidad son importantes. El contacto visual directo y excesivo se puede interpretar como un acto agresivo. No deben adoptarse conductas que puedan interpretarse como falta de interés, como dejar de atender al paciente. También es importante vigilar estrechamente que otros individuos no provoquen más al paciente.

Dominio III: intervenir de manera verbal

Solo una persona interviene verbalmente con el paciente. La primera persona en contactar con el paciente debe ser la designada para tranquilizarlo. Si no está capacitada o no puede asumir esta función, se deberá designar a otra inmediatamente. Que múltiples personas interactúen verbalmente puede confundir al paciente y dar lugar a una mayor agitación. Si bien la persona designada es quien trabajará con el paciente, otros miembros del equipo deben estar alerta para el encuentro y se deben eliminar los espectadores.

Preséntese con el paciente, provea orientación y tranquilidad. Una buena estrategia es ser educado. Diga al paciente su título y su nombre. Disminuya con rapidez las preocupaciones del paciente acerca de su papel al explicar que usted está allí para mantenerlo seguro, que no haya daño, y que no existe peligro para él o los demás en su entorno. Si el paciente está muy agitado, puede necesitar asegurarle que quiere ayudarlo a recuperar el control. Oriente al paciente acerca del lugar donde se encuentra y la causa. Si no sabe el nombre del paciente, pregúnteselo, pregunte cómo prefiere que se le llame; este acto le comunica que es importante y que tiene cierto control de la situación.

Dominio IV: ser conciso

Dado que los pacientes agitados pueden tener afectados los procesos de información verbal, se debe utilizar oraciones cortas y lenguaje simple. Las verbalizaciones más complejas pueden aumentar la confusión e incrementar la agitación. Dé al paciente tiempo para procesar lo que se le ha dicho y responder antes proporcionando información adicional.

La repetición es esencial para la reducción exitosa de los síntomas de agitación. Esto implica repetir su mensaje al paciente hasta que lo escuche. Dado que el paciente suele estar limitado en su capacidad para procesar información, la repetición es esencial siempre que sea por petición del paciente; se deben establecer límites, ofrecer opciones o proponer alternativas. Esta repetición se combina con otras habilidades de asertividad que implican escuchar al paciente y estar de acuerdo con su posición siempre que sea posible.

Dominio V: identificar los deseos y sentimientos

Ejemplos de deseos son la necesidad de ayuda, el deseo de ser escuchado con empatía, una solicitud de medicación, alguna intervención administrativa como una carta a su jefe o intervención por dificultades con su esposa o su padre. Tanto si se puede resolver la demanda del paciente como si no, siempre se debe de preguntarle cómo se podría solucionar su demanda.

Utilice la información posible para identificar los deseos y sentimientos del paciente. La información puede provenir de cosas triviales, su lenguaje corporal o de información previa que se tenga de él. La información ayuda al examinador a identificar los deseos y las necesidades del paciente. Esta conexión rápida basada en información permite al clínico responder empáticamente y expresar el deseo de ayudar al paciente a obtener lo que quiere, lo que facilita éxito en la rápida reducción de los síntomas de agitación.

Dominio VI: escuchar con atención lo que dice el paciente

Emplee la escucha activa, a través de la cual el clínico, mediante el reconocimiento verbal, la conversación y el lenguaje corporal, demuestra que está prestando atención a lo que el paciente está diciendo y sintiendo, y es capaz de repetir al paciente lo que ha dicho y comprender lo que siente. Emplear declaraciones clarificadoras como «dime si lo que repito es correcto...» es una técnica útil.

Use la Ley de Miller⁴⁹, que establece que «para entender lo que otra persona está diciendo, usted debe asumir que es verdad y tratar de imaginar lo que podría ser cierto».

Dominio VII: de acuerdo o de acuerdo en desacuerdo

Acreditar es una intervención empática que consiste en encontrar algo en la posición del paciente con la que uno pueda estar de acuerdo. Puede ser muy eficaz para desarrollar la relación con él. Hay 3 formas de estar de acuerdo con un paciente. Primero es estar de acuerdo con la verdad. La segunda es estar de acuerdo en principio. Tercero es estar de acuerdo con las probabilidades. Si no hay forma de estar honestamente de acuerdo con el paciente, acepte no estar de acuerdo.

Dominio VIII: aclarar las reglas y establecer límites claros

Establezca las condiciones básicas de trabajo. Es fundamental que el paciente esté claramente informado sobre comportamientos aceptables. Diga al paciente que una lesión a sí mismo o a otros es inaceptable. Si es necesario, dígame que puede ser arrestado y procesado si lastima a alguien. Esto debería ser comunicado de una manera práctica, y no como una amenaza.

El ajuste de límites debe ser razonable y hecho de una manera respetuosa. Establecer límites que demuestren la intención y deseo de dar ayuda, pero sin que el paciente abuse. Si el paciente está haciendo que el clínico se sienta incómodo, esto debe reconocerse. A menudo es útil decir al paciente que su comportamiento es provocativo. Si el clínico se siente incómodo, haga una declaración empática al paciente para que coopere o se terminará la entrevista.

Dominio IX: ofrecer opciones y optimismo

Para el paciente que no tiene más que luchar o huir, ofrecerle una opción puede ser una herramienta poderosa. La elección es una forma de empoderamiento para un paciente que piensa que la violencia es la única respuesta. El clínico puede proponer alternativas para evitarla. Nunca engañe a un paciente prometiendo algo que no se puede cumplir.

El objetivo de medicar al paciente agitado no es sedar, sino calmarlo. Según Allen et al.⁵⁰, la calma consiste en un paciente que puede participar en su propio cuidado y trabajar con el clínico para un tratamiento apropiado.

Dominio X: informe al paciente y el personal

Reúname con el paciente y explique su decisión. Después de una intervención con un paciente agitado, es responsabilidad del clínico que ordenó esta intervención restablecer la relación terapéutica para aliviar el trauma de la intervención coercitiva y disminuir el riesgo de violencia adicional.

Comience explicando por qué fue necesaria la intervención. Deje que el paciente explique los acontecimientos desde su perspectiva. Explore alternativas para el manejo de la agresión si el paciente volviera a agitarse. Enseñe al paciente cómo solicitar un tiempo fuera y cómo expresar adecuadamente su ira. Explique por qué se utilizan los medicamentos y cómo estos pueden ayudar a prevenir actos de violencia y obtenga la retroalimentación del paciente sobre si se han abordado sus preocupaciones. Finalmente, informe a la familia del paciente que fue testigo del incidente. Una vez que el paciente está en calma, el clínico puede trabajar con él en un nivel más profundo y ayudar a poner sus preocupaciones en perspectiva y en la resolución de la situación precipitante.

Informe del personal: si en la restricción se utilizó la fuerza, es importante hablar con el personal sobre las acciones tomadas. El personal debe sentirse libre para indicar qué se hizo bien y qué no para recomendar mejoras para un próximo episodio.

Conclusiones

La restricción física plantea actualmente un dilema ético en las instituciones de salud mental, por lo que se cuestiona si se trata de un método de control adecuado para pacientes que cursan con agitación psicomotriz, fenómeno que se presenta con frecuencia en los diferentes servicios de nuestras instituciones psiquiátricas y que, por las características del cuadro clínico, requiere una atención pronta y eficaz del personal; la intervención inmediata sobre los factores causales y el tratamiento del cuadro son fundamentales para prevenir una conducta potencialmente peligrosa.

Es cierto que existen casos en los que las instituciones emplean restricciones físicas y medicación forzada no siempre como medidas terapéuticas, más bien como instrumento coercitivo, lo cual facilita una evolución adversa para nuestros pacientes y aumenta la incidencia de episodios de carácter violento. Existen secuelas físicas y psicológicas, se daña la

relación médico-paciente e incrementa el costo de los servicios; sobra decir que el tratamiento es poco efectivo y resulta antiterapéutico para el paciente.

Aunque también es cierto que existen situaciones en las cuales las intervenciones conductuales y verbales, la contención farmacológica y otras medidas no bastan para contener a un paciente agitado. En estos casos, la sujeción física llega a ser necesaria y útil, siempre y cuando se ajusten a las indicaciones clínicas precisas.

Una adecuada evaluación del paciente es la meta principal de los profesionales de la salud mental, de modo que evite incurrir en lo antes descrito, brinde seguridad y desarrolle las estrategias más pertinentes para el adecuado tratamiento de un paciente agitado. Para este fin es necesario tener en cuenta que la valoración solo puede completarse cuando el paciente está tranquilo, pues hacerla en un momento de crisis solo puede exacerbar la agitación, con riesgo de que progrese a mayor violencia.

Por ello es necesario que el personal que tiene contacto con el paciente esté entrenado en el tratamiento del paciente violento; esto no se reduce a aprender un conjunto de técnicas o métodos prácticos, pues lo que se pretende es crear un cambio en la actitud de los profesionales, la cultura hospitalaria y el medio ambiente personal, es decir, es necesario instruir al personal para evitar deshumanizarlo. Proporcionar información y medios precisos que permitan una adecuada gestión de la situación es un primer paso para un cambio positivo. Pero estos cambios deben tener como base la participación constante y continua de las autoridades hospitalarias, pues es necesario hacer cambios en los procedimientos, el entrenamiento del equipo y una retroalimentación constante; cambiar la visión hospitalaria de la enfermedad, sus valores y filosofía y responsabilizar al personal con este plan; supervisar la sujeción con el fin de investigar la causalidad del comportamiento agitado, y por lo demás intentar disminuir, en la medida de lo posible, el efecto traumatizante que involucra al personal y el usuario, así como a todos los testigos del evento.

Se pretende de esta manera disminuir la sujeción física en los hospitales psiquiátricos con un tratamiento personalizado que incluya al paciente de manera activa en el control de sus emociones y su conducta e implementando estrategias que tengan como base una adecuada contención verbal en un ambiente de respeto y ayuda.

De igual importancia es la necesidad de desarrollar nuevas medidas psicofarmacológicas, con base en la práctica clínica, que posibiliten el adecuado tratamiento del paciente agitado sin recurrir a la sujeción física y cumpliendo con el objetivo primordial de disminuir el riesgo de conductas peligrosas para los otros pacientes, el personal y el paciente mismo. Se requiere el compromiso de todos los implicados para que las ulteriores investigaciones en esta materia rindan frutos que faciliten el tratamiento y mejoren nuestros recursos clínicos.

Para llegar a ello habrá que sortear una gran cantidad de obstáculos, pues en nuestra institución se cuenta con el personal suficiente y la infraestructura adecuada para llevar a cabo el programa de forma efectiva, eso sin tomar en cuenta las dificultades que plantea la falta de cooperación del paciente por la falta de conciencia de enfermedad mental que tan a menudo se presenta en los padecimientos que tratamos día a día.

En conclusión, la sujeción física es un recurso indispensable para el tratamiento, pero en ocasiones se abusa de ella. Es necesario buscar mejores formas de intervención, como las propuestas en el texto, y disponer un comité de evaluación de la sujeción física para buscar áreas de oportunidad.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Garriga M, Pachiarotti 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;17:86-128.
- Mansutti I, Venturini M, Palese A. ESAMED team. Episodes of psychomotor agitation among medical patients: findings from a longitudinal multicentre study. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32:1101-10.
- Lindenmayer JP. The pathophysiology of agitation. *J Clin Psychiatr*. 2000;61:5-10.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. *Drugs*. 2005;65:1207-22.
- Fountoulakis KN, Leucht S, Kaprinis GS. Personality disorders and violence. *Curr Opin Psychiatr*. 2008;21:84-92.
- Nordstrom K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS Spectr*. 2007;12:5-11.
- Lesser JM, Hughes S. Psychosis-related disturbances, Psychosis, agitation, and disinhibition in Alzheimer's disease: definitions and treatment options. *Geriatrics*. 2006;61:14-20.
- Zeeh J. Die 3 wichtigsten Schritte bei plötzlicher Unruhe und Agitiertheit: Belastende Alterssymptome. *MMW Fortschr Med*. 2020;162:39-41.
- Shenvi C, Kennedy M, Austin CA, Wilson MP, Gerardi M, Schneider S. Managing Delirium and Agitation in the Older Emergency Department Patient: The ADEPT Tool. *Ann Emerg Med*. 2020;75:136-45.
- Wong AH, Crispino L, Parker JB, McVane C, Rosenberg A, Ray JM, et al. Characteristics and Severity of Agitation Associated With Use of Sedatives and Restraints in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2019;57:611-9.
- Pascual JC, Madre M, Puigdemont D, Oller S, Corripio I, Díaz A, et al. A naturalistic study: 100 consecutive episodes of acute agitation in a psychiatric emergency department. *Acta Esp Psiquiatr (Barc.)*. 2006;34:239-44.
- Huf G, Alexander J, Allen MH. Haloperidol plus promethazine for psychosis induced aggression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;1:CD005146.
- Sachs GS. A review of agitation in mental illness: burden of illness and underlying pathology. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:5-12.
- Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatr*. 2012;13:318-78.
- Soyka M. Aggression in schizophrenia: assessment and prevalence. *Br J Psychiatr*. 2002;180:278-9.
- Pilowsky LS, Ring H, Shine PJ, Battersby M, Lader M. Rapid tranquillisation. A survey of emergency prescribing in a general psychiatric hospital. *Br J Psychiatry*. 1992;160:831-5.
- Sacchetti E, Valsecchi P, Tamussi E, Paulli L, Morigi R, Vita A. Psychomotor agitation in subjects hospitalized for an acute exacerbation of Schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2018;270:357-64.
- Vieta E, Valenti M. Pharmacological management of bipolar depression: acute treatment, maintenance, and prophylaxis. *CNS Drugs*. 2013;27:515-29.
- Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Rossler W. Does psychomotor agitation in major depressive episodes indicate bipolarity? Evidence from the Zurich Study. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*. 2009;259:55107.
- Hankin C, Bronstone A, Koran L. Agitation in inpatient psychiatric setting: A Review of Clinical Presentation. Burden and Treatment. *J Psychiatr*. 2011;17:170-85.
- Escobar-Córdoba F, Suárez-Beltrán M. Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria. *Univ Méd Bogotá (Colombia)*. 2011;52:421-30.
- Polanía-Dussán IG, Toro-Herrera SM, Escobar-Córdoba F. Uso de midazolam y haloperidol en urgencias psiquiátricas. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;38:693-700.
- Gómez-Restrepo C, Bohórquez Peñaranda AP, Ávila MJ, Jaramillo L, Vélez C, Vélez A, et al. Tratamiento farmacológico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;44Supl1:59-65.
- Campo-Torregrosa E, Campo-Torregrosa Y. *Cuidados de enfermería al paciente con agitación psicomotriz*. En: Contención o inmovilización. (Documento de docencia N° 4). Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia; 2017.
- Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. *Drugs*. 2005;65:1207-22.
- Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies. *J Psychiatr Pract*. 2005;11(5-108):110-2.
- Holloman GH, Zeller SL. Overview of Project BETA: Best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med*. 2012;13:1-2.
- Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA, Shahabuddin S, Allen MH, Currier GW, et al. Clinical policy: critical issues in the diagnosis and management of the adult psychiatric patient in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2006;47:79-99.
- Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatr*. 2012;13:318-78.
- Kasper S, Baranyi A, Eisenburger P, Erfurth A, Ertl M, Frey R, et al. Die Behandlung der Agitation beim psychiatrischen Notfall. Konsensus-Statement - State of the art 2013. *Clin Neuropsych Sonderausgabe*. 2013 Nov:4-9.
- Department of Health and Human Services. Condition of participation: patient's rights. *Federal Register* 482.13. 2006: 71426-28.
- Moore N. Restrain by far the worst thing about working in mental health. *Nursing Times*. 2013.
- Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1584-91.
- McCue RE, Urcuyo L, Lilu Y, Tobias T, Chambers MJ. Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *J Behav Health Serv Res*. 2004;31:217-24.
- Position Statement on Seclusion and Restraint. National Association of State Mental Health Program Directors. Approved by the NASMHPD membership on July 13, 1999.

37. Khadivi AN, Patel RC, Atkinson AR, Levine JM. Association between seclusion and restraint and patient-related violence. *Psychiatr Serv.* 2004;55:1311-2.
38. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, et al. Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv.* 2005;56:1115-22.
39. Madan A, Borckardt JJ, Grubaugh AL, Danielson CK, McLeod-Bryant S, Cooney H, et al. Efforts to Reduce Seclusion and Restraint Use in State Psychiatric Hospital: A Ten-Year Perspective. *Psychiatr Serv.* 2014;65:1273-6.
40. Zun L. A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *J Emerg Med.* 2003;24:119-24.
41. Busch AB. Special section on seclusion and restraint: introduction to the special section. *Psychiatric Serv.* 2005;56:1104.
42. Ashcroft L, Anthony W. Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatric Serv.* 2005;59:1198-202.
43. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al. Comparative Efficacy of Interventions for Aggressive and Agitated Behaviors in Dementia: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2019;171:633-42.
44. Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2004;42:22-33.
45. Huckshorn KA. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors;. 2006.
46. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AV, 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. *Western J Emerg Med.* 2012;13:17-25.
47. Lazare A, Eisenthal S, Wasserman L. The customer approach to patienthood: attending to patient requests in a walk-in clinic. *Arch Gen Psychiatry.* 1975;32:553-8.
48. Fishkind A, Agitation II. De-escalation of the aggressive patient and avoiding coercion. En: Glick RL, Berlin JS, Fishkind AB, et al, editores. *Emergency Psychiatry: Principles and Practice.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
49. Elgin SH. *Language in Emergency Medicine: A Verbal Self-Defense Handbook.* Bloomington: XLibris Corporation; 1999.
50. 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.