



**Osakidetza**

VITORIA-GASTEIZKO ERIZAINZAKO UNIBERTSITATE-ESKOLA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE VITORIA-GASTEIZ



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea



---

## Jatorri psikiatrikoa duen agitazio psikomotorearen maneia de-eskalatze neurri ez hertsatzailearen bitartez: definizioa eta deskribapena

---

Gradu Amaierako Lana – Gasteizko Erizaintzako  
Unibertsitate Eskola



Hitz kopurua: 7863

Ikaslea: Oihane Martinez de Musitu Santiago

Zuzendariak: Jaione Santiago Garín eta Leire Aldeano Merchán

2017 - 2018



# Aurkibidea

---

1. Sarrera .....	4
2. Marko teorikoa eta justifikazioa .....	5
3. Helburua .....	10
4. Diseinu mota .....	10
5. Metodologia .....	11
Bilaketa estrategia .....	11
Barneratze irizpideak .....	11
Kanporatze irizpideak .....	12
Hautaketa prozesua .....	13
6. Eztabaida eta emaitzak .....	15
Definizioa .....	15
Deskribapena .....	16
Prozedura .....	16
Teknikak .....	19
Prozesuaren eraldatzaileak (“modifiers”) .....	24
Formakuntza eta eraginkortasuna .....	28
7. Ondorioak eta mugapenak .....	30
8. Bibliografia .....	32
9. Eranskinak .....	37
<u>1.</u> Eranskina: Kontzeptu taula .....	37
<u>2.</u> Eranskina: Bilaketa estrategia .....	38
Datu baseak .....	38
Beste baliabide elektronikoak .....	41
Eskuko bilaketak .....	42
<u>3.</u> Eranskina: Diagrama fluxua .....	43
<u>4.</u> Eranskina: Kalitate metodologikoa neurtzea .....	44
<u>5.</u> Eranskina: Laburpen taula .....	48
<u>6.</u> Eranskina: Zuhaitz kategoriala .....	56
<u>7.</u> Eranskina: De-eskalada Agitazioan Posterra .....	57

## Sarrera

---

Agitazio psikomotorea (AP) ondorio negatibo ezberdin eta askotarikoak dituen urgentzia psikiatrikoa da. Ez soilik pazientearekiko, baizik eta inguruko pertsona zein erizainengan, zainketaren lehenengo ilaran kokatzen den profesionala. Gainera, honen maneian zailtasunak aurkeztu dira literaturan zehar, askotan maneiua neurri hertsatzaileen erabilerara mugatuz.

Agitazioak eragiten dituen ondorioei, gaur egun arte, eta oraindik ere erabiltzen diren neurri hertsatzaileek dakartzatenak gehitu behar dira ere. Hortaz, arazo potentzial honen aurrean formakuntza eta aurrerapenak beharrezkoak suertatzen dira erizainetan maneiua ez-hertsatzailean.

Lan honetan de-eskalada interbentzio ez hertsatzailearen inguruko definizio eta deskribapenaren inguruko literaturaren berrikusketa kritikoa eraman da aurrera. Horretarako, PubMed, Medline, Cuiden, The Cochrane Library, PyscINFO, JBI bezalako datu baseak eta Wiley Library, NICE eta RNAO baliabide elektronikoak erabili dira.

Nahiz eta berrikusitako 25 iturri ezberdinetan prozedura eta teknikak zehaztasunez ez diren taldekatzen, antzekotasunak zirela eta, prozeduraren eta erabili behar diren teknika ezberdinen sailkapen bat egitea ahalbidetu dute. Hala ere, hauek frogatzeko ebidentzia nahikorik ez da aurkitu. Hortaz, ikerketa esperimental gehiagoren beharra somatu da etorkizunera begira.

## Marko teorikoa eta justifikazioa

---

Agitazio psikomotorea (AP) barne tentsio sentimendu batez lagunduta doan gehiegizko aktibitate motor adierazgarri eta desegokia da (errepikakorra eta ez eraginkorra). Askotan arlo emozionalaren asaldurekin bat ager daiteke (labilitate emozionala, beldurra, kolera, euforia, antsietate latza...), atentzioaren murrizketarekin edota funtzio kognitiboaren asaldurekin batera. Intentsitate aldakorra du, egonezin psikomotorretik erabat koordinazio eta helburu gabeko mugimenduak aurkeztuz (ibilera azkarra, mugimendu etengabeak, geldi egoteko ezintasuna, arropak kentzea...) (1-3).

Entitate sindromiko bat da; nahaste ezberdinen, bai psikiatriko, nahiz organikoen jokabideak azalarazten bait ditu. Jokabide nahasteen barne sailkatzen da. Hiru jatorri nagusi ezberdintzen dira: *jatorri organikoa*; deliriuma nagusi, entzefalopatia, oreka hidroelektrokoko nahaste zein epilepsia bezalako beste batzuen artean, *substanzia psikoaktiboen edo medikazio kontsumoaren* ondoriozkoa (intoxicazioa edo abstinentzia, substanzia psikoaktiboen ondoriozko psikosia, antikolinergiko edo kortikosteroideen erabilpena...) eta *jatorri psikiatrikoa*; non nahaste psikotikoak edota antsietateagatiko nahasteak aurkitzen ditugu, besteak beste. Hauen ezberdintasun nagusizat kontzientziaren asaldura daukagu. Jatorri organikoko AP-an alterazio gorabeheratsua agertu ohi da, labilitate emozionala, sukarra edota fokalitate neurologikoarekin bat ager daitekeena. Psikiatrikoan, bestalde, kontzientzia ez da asaldatuta agertzen eta disforia edo euforia bezalako manifestazioak adieraz daitezke (3-5).

Jatorri psikiatrikoan, AP pairatzen duten pazienteengan, oinarrizko psikopatologiaren deskonpentsazio edo larriagotze testuinguru batean ematen da. Agitazio egoeretara maiztasun gehiagorekin esleitzen den patologia eskizofrenia da. Ikerketa batean, eskizofrenia pairatzen zuten ospitaleratutako %14-ek agitazio egoera batean aurkitu ziren eta hauetako %20-ak bizitzan zehar egoera hau pairatuko zuten. Agitazio egoerak pairatzeko maiztasun kopuru altuak dituen beste patologia bat mania fasean dagoen nahaste bipolarra da, batez ere, sintoma psikotikoekin agertzen bada (2,6).

Prozesuari dagokionez, literaturaren arabera, AP continuum bat da: agitazio maila ezberdinen eskalatzea, bakoitzak bere manifestazio eta ondorioak izanik. Nagusiki, hiru fase ezberdintzen dira: fase arina edo *pre-agitazioa*, agitazio moderatua edo *agitazioa*, eta larria edo *jokabide agresiboz laguntzen den fasea*. Hasierako fasean egonezin nagusi bat ematen da, izerditzea, aurpegiko tentsioa, takikardia eta takipnea edota oka eta goragaleekin lagundu daitekeena. Pazienteak ezin du bere burua modu egoki batean adierazi eta "urduritasuna" adierazten du. Bigarren fasean, *agitazio* fasean, antsietatea da nagusi. Honekin batera beldurra, amorrua, suminkortasuna, aktibitate sinpleak egiteko zailtasuna edota ahozko mehatxuak dira ohikoak. Azkenik, *jokabide agresiboz laguntzen den agitazioa* ematen da. Paziente eta erizainen segurtasuna ez ezik, inguruko pertsonena eta objektuena ere arriskuan jartzen duena (auto edo heteroagresibitatea) (7).

Hortaz, urgentzia psikiatriko bat dela argi esan dezakegu; ematen den pentsamenduaren, emozioaren zein jarreraren egoera hain da disruptiboa, non pazientea bera, familiak edo gizarteak berehalako artatzea beharrezkotzat jotzen duen (7).

Bada, Espainian, zehazki, urgentzia orokorren %12a, urgentzia psikiatrikoak dira, eta hauetatik, %10a AP-ren ondoriozkoak. Espainian ez ezik, Alemanian egindako ikerketa batean emergentzia zerbitzuetan jasotako deien %12-a urgentzia psikiatrikoak ziren ere. EEUU-n ere, urte bateko emergentzia zerbitzu sistemetara doazen pazienteetatik 1.7 milioik, AP-rekin erlazioa duten egoerak pairatzen dituzte; zuzenean emergentzia psikiatrikoetara doazen pazienteen %20-50-ak AP jasateko arriskua izanik (2,5,6,8).

Esan bezala, eta egoera honek duen prebalentzia altua ikusita, egoeraren maneiu egokia (erantzun azkar eta koordinatua) beharrezkoa da antsietatearen handiagotzea geldiarazteko eta kontrola bermatzen jarraitzeko egoerak dakartzan ondorioak saihestuz (1,9,10). Paziente hauek erizainaren laguntza behar dute bere jokabidearen kontrola berriro bereganatzeko. Momentuan jasaten duten asaldura psikikoaren ondorioz, ez baitira gai erizainaren lanik gabe kontrola berreskuratzeko (11).

Aipatutako ondorioen artean, banako ezberdinei zuzenduta doazenak ditugu. Alde batetik, pazienteari era zuzenean eragin diezaioketen gertaerak eman daitezke: autoagresibitatearen ondoriozko kalteak, bere osasun prozesurako egokiak diren interbentzioak gauzatzeko ezintasuna (kateterrak kentzea, zundak...), edota prozesuak berak eragin ditzakeen efektu fisikoak; palpitzioak, hiperbentilazioa, hipertentsio arteriala, izerditzea...(6,7).

Bestalde, inguruko pertsonengan eman daitezkeen ondorioak ditugu. Erizaina, artapenaren lehen ilaran kokatzen da, pazientearen harrera egin eta honen etengabeko balorazioa egiten duen profesionala baita. Hortaz, biolentzia jasateko arrisku handia du. Ikerketek adierazi bezala, erizainak dira ahozko zein biolentzia fisikoa jasaten duten profesional ohikoena(12). Bestalde, erizainek, agresibitate jarreraren ondoriozko ongizate fisiko zein psikologikoan efektu negatiboak pairatzen dituzte. Ikerketa honetan, ahozko zein agresio fisikoa jasan zuten parte hartutako erizainen %90ek izugarrizko inpaktu emozionala jasan zuten, batzuk tratamendu medikoen beharra izanik eta beste batzuk lan gabeko egunen behararekin (13).

Bistan da, erizainek, gertaerari irtenbidea eman eta etorkizunera begira, gertaera berriak prebenitzeko krisi aurreko seinale ezberdinak ezagutzen dituzten profesionalak izan behar direla. Eguneratutako ezagutzak izatea garrantzitsua da, osasun zerbitzu ezberdinen lana erraz oztopatu daitekeelako paziente hauen aurrean. Alde batetik, larrialdi zerbitzuak ez diren beste hainbat osasun atentzio zerbitzuetan aurki ditzakegu paziente psikiatrikoak, eta beraz, jatorri psikiatrikoko AP egoerak; larrialdietan, ospitalizazioan, lehen mailako arretan (14). Bestetik, kolaborazio eskasa duten pazienteak direlako, eskatzaileak, eta batzuetan nahastuta agertzen direnak (2,5,9).

Maneiuari dagokionez, ingurua eta inplikaturako pertsonen, hala nola, pazienteen beraren, gainerako pazienteen, familien eta profesionalen segurtasuna bermatzen duen interbentzioak garatu behar dira.

Bestalde, gaixotasun psikiatrikoa duen pertsona egonezinetik agresibitate edo etsaitasun jarrerara eskalatzeko arriskua duen pazienteak da; hortaz, neurriak hartzen hastea beharrezkoa litzateke agitzazio egoera batean barneratzen dituzten lehenengo seinale eta faktore eragileak antzemandakoan (2,11). Hau da, aurreikustea eta prebentzioa.

Alarma zeinuei dagokienez, aditu ezberdinek jarrera agresiboak aurretiko alarma zeinurik gabe ematen direla adierazten duten arren, badaude kontrakoak justifikatzen dutenak (2,5,9). Hauek, agresibitate jarrera posible baten hurrengo alarma zeinuak aipatzen dituzte: hizkera azkarra, ahots tonuaren igoera, burlatia igartzea, esertzeko ezezkua edota etengabeko ibilera, masailezurraren estutzea...edota berehalako agresio zeinu ezberdinak: ukabilak ixtea eta astintzea, esku-azpia ukabilaren kontra kolpatzea, toraxa zabaltzea, eraso jarrera hartzea...(2,5)

Era berean, eskalatzeko prozesu horretan lagungarriak diren faktoreak kontuan hartu behar dira. Alde batetik arrisku faktore demografikoak: gaztea izatea, gizona izatea, ezkongabea, duela gutxi langabezi egoera...Bestetik, aurrekari diagnostikoak eta aurretiko egoera klinikoak: aurretiko agresibitate gertakariak, inpultsibitate/areriotasun presentzia, egoera probokatzailak, aurretiko ideia autolitikoak, substantzia kontsumo aurrekariak, ahozko irainak, ospitalizazio denboraldi behartua, eskizofrenia edo nahaste bipolarraren diagnostikoa (batez ere sintoma positiboak dituztenean)...Eta azkenik egoerarekin lotuta doazen arrisku faktoreak, hala nola, genero berdineko paziente-profesionala (2,4).

Nahiz eta aipaturako faktore eta alarma zeinuak kontuan hartu, pertsona eustea beharrezkoa suertatzen diren egoerak sortu daitezke, bere burua zein ingurukoena kaltetzeko gaitasuna duten egoera eman daitekeelako (10). Literaturak, orokorki, bi euspen talde mota aurkezten ditu: **neurri hertsatzaile** eta **neurri ez hertsatzaileak** (15). Hertsatzaile bezala ulertzen da: pertsonaren borondatea eta jokabidea behartzeko erabiltzen dena, zapaltzailea edo inhibitzailea dena (16). *Isolamendua, euste fisikoa edo mekanikoa eta nahi gabeko tratamendu farmakologikoa* daude talde honen barne (15). Neurri hauek, baina, pertsonaren askatasunaren urratzaileak izateaz gain, pazienteen baimenik gabe aplikatzen dira askotan, horrek dakartzan ondorio ezberdinekin (17).

Alde batetik, pazienteak neurri egozgarri bat bezala pertzibitzea eragin dezake. Pazienteek izandako sententzio ezberdinak agertzen dira literaturan. "Injustizia", "duintasun galera", "abandonu", "lotsa", edota "zigorra" bezalako sentimenduak, besteak beste (15,18). Adituek hurrengo adierazten dute: mugikortasun askatasunaren gabetzeak, askatasun hori beharrezkotzat jotzen duen edozein jarduera eta eguneroko bizitzako jarduerak gauzatzeko ezintasuna eragiten duela. Hau da, autonomia printzipioa, autogobernatzeko, hertsadurarik gabeko bizi-proiektu bat sortzeko eta ezagutzen bitartez jokatzeko gaitasuna bezala ulertuta, mugatu egiten dela, askatasuna mugatu egiten dela. Autonomia printzipioa ongizate printzipioarekin lehiatzen da. Bere osasunaren inguruan erabakitze askatasuna, osasun

profesionalek pazientearen ongizatea bermatzearekin (19). Gainera, gehiegizkoa den, egokia ez den edo egoki justifikatuta ez dagoen kasuetan, neurriak ez du justizia printzipioa errespetatzen, gaizkia baizik (18). MOE-k eta CPT-k, talde zaurgarri bezala identifikatzen ditu gaixotasun mental larriren bat sufritzen duten pertsonak, neurri ezberdinekin haien Giza Eskubideak urratzeko duten erraztasunagatik (15).

Bestetik, pazienteek ondorio fisiko ezberdinak jasan ditzakete. Hauen artean, mina, presioagatiko ultzerak, tronboak, muskulu tonuaren galera, ezegonkortasuna ibileran, arnasteko zailtasunak, nerbio konpresioa, odol-hodien konpresioa, asfixia, bronkoaspirazioa, azal osotasunaren kaltea, nahaste neurologikoak....(20).

Horretaz gain, pazienteei ez ezik, erizainei eragiten diela ikusi da ere. Oraindik, estres (fisiko eta psikikoa) eta estutasun menpeko bizipen bat bezala itzultzen da AP. Lan egiterako orduan gainean duten presioaren ondorioz, interbentzio egokienaren ezjakintasun errearen ondorioz eta gaiak duen eztabaidaren ondorioz (2,10). Erizainak, pazientearen borondatearen aurka jokatzera behartuta ikusten du bere burua, bere askatasuna urratuz. Hau, paziente-profesional erlazioarenganako efektu kaltegarriekin erlazionatuta dago (21).

Egoera hauen maneiu desegokiaren ondorioz neurri hertsatzaileen (*nahi gabeko medikazio administrazioa, isolamendu eta euspen fisikoa edo mekanikoa*) ez beharrezko erabilpenaz gain, ospitale baliabideen erabilpenaren igoera eta saihestu daitezkeen ospitalizazio-aldiak (hauek dakartzaten kostu ekonomikoarekin) identifikatu dira, besteak beste (1,2).

Nahiz eta paziente psikiatrikoen inguruan ez dagoen informazio askorik, ospitaleratutako paziente helduen %6-12-ak jasaten dute euste mekanikoa. Horrekin batera emergentzia zerbitzuetan artatutako %30-ak ere jasaten du. Espainian, Madrilen zehazki, 2007. urtean unitate ezberdinetan egindako erregistroen ondorioz, pazienteen %10-ak euspen mota hori jasan zutela ikusi zen (22).

Bestalde, ondorio hauek saihesteko edota ahalik eta gehien murrizteko, neurri ez-hertsatzaileak ditugu. Badaukagu esatea, hauek, batzuetan, nahikoak direla agitazioa eta lotutako agresibitate jokabideak murrizteko (2). Beti ere, kontuan hartuta pazientearen zein fasetan aurkitzen den, horren arabera moldatu behar izango dugulako gure artatzea (7).

Neurri hauen artean de-eskalada interbentzioan zentratutako lana da hau. De-eskalada, agresibitate zein biolentzia egoerak saihesteko emozioen erregulazioan edo autogestiorako teknikan oinarritzen den interbentzioa da. Agertzen den moduan, de-eskalatzea, "eskalatze fasea" abordatzeko diseinatu diren trebetasunak dira, ahozkoak zein ez-ahozko komunikazio trebetasunak barne hartzen dituena. Orokorrean, prebentzio neurri edo pazientearen egoeraren endekapena saihesteko neurri goiztiar bezala gomendatzen da, hortaz, teknika honetan trebeak diren erizainak prestatuz gero, neurri hertsatzaileekin amaitzen diren gertaera kopurua murriztuko litzateke (14).



Bigarren neurri hauek, neurri hertsatzaileekin alderatuta abantaila ezberdinak aurkezten dituzte. Alde batetik, pazientearen eskubide eta printzipioak betetzen dituzte, haien parte hartze aktiboa bultzatuz eta berarekin kontrolaren lorpen komun bat bilatuz. Neurri hauek pazientearen duintasunaren errespetua nabarmentzen dute (14). Pazientearen ahalduntzea bermatzen dute, bere erabaki hartzea ustiatuz. Alde batera uzten dute pazientearekiko bere borondatearen kontrako praktika, erizain-paziente arteko erlazio terapeutikoa hobetuz.

Bestetik, erizainaren zein inguruko edozein pertsonaren segurtasuna bermatzen laguntzen dute. Ebidentzian oinarritutako estrategia berri hauen garapenak zaintza eremua hobetu egiten dute. Pazientearekiko praktika kliniko hoberena bermatuz.

Erizainak modu jarrai batean pazienteen zaintza darama. Artapenaren lehenengo ilaran kokatzen den profesionala da, eta hortaz, rol aktibo bat eskuratu dezan, estrategia hauetan oinarritzen diren ikerketak aurrera eramatea komenigarria litzateke. Erizainek egoera hauei aurre egiteko formakuntza eta gaitasuna garatu behar dute, horrela, beharrezkoa den artapen goiztiarra ematea bermatzea posible izango da. Kontuan izan behar dugu pazientearekiko erlazio terapeutiko eta komunikazio teknikak erizaintzaren ikaskuntza prozesuaren gaitasunak direla (23). Hauen garapen, hobekuntza eta maneiua beharrezkoak dira erizain trebeak eta adituak lortzeko. Bestalde, geroz eta prebalentzia handiagoak dituen arazoa da (24), beharrezkoa suertatuz aurrerapen hau.

Guzti hau dela eta, gaur egun, hainbat aurrerapen eramaten ari dira alor honetan. Zoritxarrez, neurri hauek praktika klinikoan orokortzeko eta modu egokian erabiltzeko, formakuntza eta ikerketa sakon eta zientifikoki ebidentziatuen falta dago oraindik ere.

Literaturaren berrikusketan ikusi den moduan, zehazki, ez dago estandar bat de-eskalazio prozesuari dagokionez. Gomendio eta protokoloak publikatu dira baina inolako adostasunik gabe (1,7,14). Hauen garrantzia eta bestalde, ebidentzia falta dela eta, lan hau aurrera eramatea erabaki zen.

## Helburua

---

Jatorri psikiatrikoa duten agitazio psikomotoarearen maneian de-eskalatze interbentzio ez hertsatzailea definitu eta deskribatzea.

## Diseinu mota

---

Ikerkuntza helburuari erantzuteko asmoz, literaturaren errebisio kritiko bat eraman da aurrera.

## Metodologia

---

### Bilaketa estrategia

Lehenengo pausua, helburuari erantzuten zioten **hitz-gakoen identifikazioa** izan zen. Behin hauek izanda, hauen sinonimo eta antonimoak definitu ziren taula bat diseinatuz. Hitz hauek ingelesera itzuli ziren, datu base ezberdinetan deskriptoreak aurkitu eta hauekin bilaketak egiteko helburuarekin (*Ikusi Eranskin I*)

Identifikatutako hitz-gakoak hurrengoak izan ziren:

- Agitazioa (“Pcyhomotor agitation”, “Agitation”, “Aggressiveness”, “Aggression”; nagusiki)
- De-eskalatze (“De-escalation”, “Containment”, “Verbal de-escalation”; kontuan izanda deskriptore zehatzik ez zela aurkitu)
- Interbentzioa (“Intervention”, “Crisis intervention”, “Strategies”; nagusiki)
- Osasun Mentala (“Mental health”, “Psychiatry”, “Psychiatric units/nursing” )

Ondoren, lanak barne hartuko zituen **irizpideak definitu** ziren. *Hizkuntza, argitalpen data, ikerketa eta lan motak* eta *gaia eta populazioa* atalak landu ziren.

### Barneratze irizpideak

#### **Hizkuntza**

Gaztelaniaz eta ingeleraz argitaratutako artikuluak bakarrik hartu ziren kontuan bilaketa hau aurrera eramateko.

#### **Argitalpen data**

2007-tik aurrera argitaratutako artikuluak hartu ziren kontuan. Egungo dataren gertuagoak diren argitalpenak zehaztasun zientifiko handiagoa izango dutelakoan egilearen aburuz.

#### **Ikerketa eta lan motak**

Nahiz eta ebidentzia altuko literatura gailenduko zen (ikerketa aleatorizatu eta kontrolatuak, errebisio sistematikoak...) gaiaren berritasuna dela eta ebidentzia maila baxuko literatura ere onartuko zen (errebisioak, kohorte ikerketak, kasu ikerketak...) kalitatezko iturri egokia zela baieztatuz gero. Literaturaren errebisioa egiteko hurrengo publikazio motak onartuko ziren:

*Lehenengo mailako iturriak:*

- Ikerketa artikuluak (esperimentalak, deskriptiboak)

*Bigarren mailako iturriak:*

- Praktika klinikoko gidak
- Ebidentzia oinarritutako protokoloak
- Literatura errebisioak
- Liburuak
- Tesiak

Beti ere, abstract eta full text-era sarrera duten testuak hartu ziren kontuan.

### **Gaia eta populazioa**

Jatorri psikiatrikoko agitazio psikomotorra jasaten duten 18 urtetik gorako pertsonen buruz hitz egiten duten iturriak barne hartu ziren. Agitazioaren jatorria zehazten ez dutenak barne hartuko ziren ere, ahalik eta informazio gehiena kontuan hartzeko. Gaiaren inguruan idatzita dagoen informazioa modu globalago batean aztertzeko, osasun zerbitzu ezberdinetan (*larrialdi zerbitzuak, osasun mentaleko zerbitzu ezberdinak, lehen mailako arretako zerbitzuak*) lanketa egiten dituztenak aintzat hartu ziren.

Interbentzio neurriei dagokionez, de-eskalatze prozesuaren inguruan aritzen diren iturriak aztertuko ziren. Hauetaz gain, neurri hertsatzaileak barne hartzen dituztenak ere onartuko ziren, beti ere, neurri ez-hertsatzaile edo de-eskalazio prozesuari buruzko informazioa ere aztertzen baldin bazuten edota hauen arteko alderaketak egiten bazituzten.

## Kanporatze irizpideak

### **Hizkuntza**

Gaztelaniaz edo ingelesez idatziak ez dauden testuak kanporatuko ziren.

### **Argitalpen data**

2007. urtea baino lehen argitaratutako artikuluak ez ziren kontuan hartuko.

### **Ikerketa eta lan motak**

Barneratze irizpidetan aipatutako iturrietatik kanpo aurkitzen zirenak ez ziren aintzat hartuko.

### **Gaia eta populazioa**

Jatorri psikiatrikoko agitazio psikomotorea jasaten duten 18 urte baino gutxiagoko erabiltzaileei zuzendutako lanak ez ziren kontuan hartuko. Hauei, baldintza ezberdinak direla eta, psikiatria arloko diagnostikorik ez baitaie esleitzen 18 urte bete arte. Bestalde, familiaren inplikazio ezberdina eta manei ezberdina behar dute.

Bakarrik jatorri organikoko agitazio psikomotorearen inguruan aritzen diren iturriak ez ziren barneratuko kontzientziaren asaldura dela eta.

Azkenik, interbentzioei dagokienez, ez ziren kontuan hartuko neurri hertsatzaileen inguruan soilik aritzen diren iturriak.

Behin barneratze eta kanporatze irizpideak eta kontzeptuak definituta, **bilaketa prozesu** sakona eraman zen aurrera base datu ezberdinetan (*Ikusi Eranskin II*). Hauen artean: PubMed, Medline, Cuiden, The Cochrane Library, PsycINFO eta JBI (Joanna Briggs Institute). Base datu hauetara sarrera lortzeko, UPV-EHU Cisco eta Osakidetzako My Athens plataformen eskutik egin zen. Honetaz gain, beste iturri elektronikoko batzuk erabili ziren ere: RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario), Wiley Library, eta NICE (The National Institute for Health and Care Excellence).

Eskuko bilaketak ere eraman ziren aurrera. Hauetan, irizpide zehatz batzuk zehaztu ziren ere. Testuak osoki eta dohainik agertu behar ziren. Hizkuntzari dagokionez, gaztelaniaz edo ingelesez idatzitako aldizkariak soilik aukeratu ziren eta ez ziren alde batera utzi erizaintza espezializatuan lan egiten duten aldizkariak. Bakarrik *International Journal of Mental Health Nursing* aldizkarian aurkitu ziren ikerketarako artikuluko interesgarriak. Nahiz eta artikuluko hauek ez ziren zehaztutako epe-mugaren barruan sartzen barneratze irizpideen arabera, garrantzitsutzat jo ziren eta aukeratutako literaturan gehitu ziren.

## Hautaketa prozesua

Azkeneko pausua **hautaketa prozesua** izan zen. Diagrama fluxua eraiki zen prozesu hau adierazgarria egiteko (*Ikusi Eranskin III*).

### 1. Hautaketa

Irakurritako 1271 izenburu eta 191 laburpenetatik, lehenengo hautaketa bat egin zen.

Barneratze irizpideak jarraituz, 106 artikuluko aukeratu ziren lehenengo irakurketa oso bat egiteko. Hauetatik, 25-ek ez zuten sarrerarik, 24 errepikatuak ziren eta 2-k ez zuten hizkuntza irizpidea betetzen.

Eskuko bilaketen bidez 2 artikuluko lortu ziren. Eta bibliografian oinarrituz beste 2 artikuluko barneratu ziren.

Hortaz, datu baseetako artikuluen lehenengo irakurketa baterako 55 testu lortu ziren, hauetara aipatutako lauak gehituz, 59 (%100).

### 2. Hautaketa

Arrazoi ezberdinak zirela eta, lehenengo irakurketa egin eta gero, 34 artikuluko alde batera utzi ziren, 25 artikuluko lagina lortuz (% 42.37).

Eskuko bilaketen bidez lortutako emaitzek ez zuten dataren irizpidea betetzen baina ikerketarako zuten garrantzia baieztatu ondoren eta hauen kalitatea ziurtatu ondoren, hauek ikerketan barneratzea erabaki zen.

Literaturaren errebisioa aurrera eramateko, beraz, 25 artikulua aukeratu ziren.

### **3. Hautaketa**

Bigarren irakurketa sakon baten ondoren, aukeratutako artikuluetatik 9-k diseinu kuantitatiboa zuten. Hauen kalitate metodologikoa neurtzeko helburuarekin, artikulua irakurketa kritikoko parrila batekin ebaluatu ziren (*Ikusi Eranskin IV*). Artikulu guztiak onartuak izan ziren.

Aukeratutako testuen laburpen taula bat egin zen informazio guztia sailkatu eta antolatzeko (*Ikusi Eranskin V*).

Aurrera eramandako literaturaren bilaketa eta hautaketarekin, hurrengo emaitzak lortu ziren.

## Eztabaida eta emaitzak

---

Lan honen helburuari erantzuteko asmoz, 25 iturri ezberdinetan oinarritu dira hurrengo emaitzak: 9 errebisio, 3 gida kliniko, 4 ikerketa kualitatibo, 2 entsegu kliniko eta 7 ikerketa kuantitatibo.

Informazio iturri hauetatik lortutako informazioa aurrerantzean azalduko den modura antolatzea erabaki zen:

Hasieran, interbentzioaren definizioa eta deskribapena aurkezten da: prozedura, honetan zehar erabili daitezkeen teknika ezberdinak (ahozko zein ez ahozkoak), eta interbentzioa baldintzatzen duten eraldatzaileak. Azkenik, neurri honen eraginkortasunarekin eta formakuntzarekin erlazio duen atala aurkezten da. Nahiz eta hasierako helburua ez zuen barneratzen hauek aztertzearen ideia, ikerketa aurrera joan den heinean aurkeztu den informazio garrantzitsu eta interesgarriaren ondorioz, atal hau lanean barne hartzea erabaki da (*Ikusi Eranskin VI*).

BETA proiektuan, adituen kontsentsuan aipatzen diren agitazioaren maneioak dituen helburuak kontuan hartuta (pazientearen, profesionalaren eta ingurukoaren segurtasuna bermatzea, pazienteari bere emozioak kontrolatzen eta egoeraren kontrola mantentzen edo berreskuratzen laguntzea, euspenaren erabilera ahalik eta gehien saihestea eta eskalada eragiten duten neurri hertsatzaileak saihestea) eta aurretik aipatu diren ondorioak direla eta, neurri hertsatzaileak neurri ez-hertsatzaileengatik ordezkatzuz doaz pixkanaka (25). Adituen kontsentsuan ondorioztatu bezala, ez dira gutxi pazienteen jokabidea kontrolatzeko erabili daitezkeen neurri ez-hertsatzaileak (2). Lan hau, zehazki, de-eskalada interbentzioaz arituko da.

Teknika hau izendatzeko modu bakarra egon ez arren (*verbal approach, verbal de-escalation, verbal containment, talk down...*) **de-eskalatze interbentzio edo neurri** kontzeptuaren izendapenean barneratuko dira talde honetan dauden teknika ezagunenak. Hauen artean, ahozko komunikazio trebetasunak ez ezik, ez-ahozkoak zein profesionalek beraiek izan eta maneiatu behar dituzten interakzio abileziak ere barne hartzen dira (26).

## Definizioa

Adituen hitzetan, de-eskalada, mailaz-mailako komunikazio-prozesu konplexu eta interaktiboa da, ahozko zein ez ahozko teknikak barne hartzen dituena. Prozesu honek, potentzialki agresiboa den egoera baten ebazpena, hainbat jokabide disruptibo ezberdinen irtenbidea, edo bortizkeriaren eskalada saihestea du xede. Honen erabilpenak pazientearen ingurune lasaiago batera bideratzea du helburu, bere kabuz lasaitzen lagunduz (barne locusa bere kabuz berreskuratzen lagunduz). Hau da, zeharkako helburutzat, pazientearen duintasuna eta autonomia mantentzea eta sustatzea ditu. Pazientearen aktibo eta parte hartzailea bihurtuz (2,25–30).

## Deskribapena

De-eskalada, mailaz mailakako prozesua da. BETA adituen kontsentsuan eta Rubio-Valera et al –ek egindako ikerketaren arabera, hainbat erizain eta psikiatren iritziak aztertu ondoren, agitazioak fase ezberdinak dituela baieztatzen da. Gainera, fase bakoitzerako interbentzio ezberdinen beharra aurkezten dute (7,25). Literaturan bilatutako informazioan emaitzak modu honetan antolatzeko adostasunik aurkitu ez arren, badaude nahiko adierazgarri informazioa sailkatu den beste modua justifikatzeko.

De-eskalada prozesuaren inguruan aritzen dira aditu askok, hauek guztiek hainbat pausu aipatzen dituztelarik. Iturri gehienetan 3 faseko prozesua deskribatzen duten arren (25–27), fase hauen artean hainbat berezitasun ezberdin aurki daitezke. Esate baterako, BETA proiektuak pazientearen konpromezua lortuz hasi behar dela adierazten du, ondoren elkarlanean oinarritzen den erlazioa sortu eta, azkenik, agitazio egoeratik de-eskalatu egiten da paziente (25). Bestalde, Hallet et al-en ikerketan, non beste modelo batzuen aipamena egiten den, arazoaren erraiaren bilaketa aipatzen da bigarren pausu bezala, azkena elkarlanean oinarritutako irtenbidearen lorpena izanik (26) Cowin et al-ek, bere aldetik, nahiz eta prozesuaren pausutzat ez dituen hartzen, de-eskaladaren hurrengo hiru elementuak aipatzen ditu: difusioa, negoziazioa eta arazoaren irtenbidea (27).

Literaturan aurkitutakoaren arabera, beraz, de-eskalada hiru pausu interdependientez osatutako prozesua dela esan daiteke. Hasieran pazientearekin lotura ematen da. Ondoren pazientearekin elkarlanean bere jokabidearen edo egoeraren kausa bilatzen da, eta azkenik, negoziazioaren bitartez arazoari irtenbidea bilatzen zaio (27,31,32).

Prozesu honetan zehar, aliantza terapeutikoa mantentzea garrantzitsua da RNAO gidaren eta Robertson et al-en hitzetan, nahiz eta bigarren honen artikulua kalitate baxuagokoa izan. Hau, benekotasunean, komunikazio terapeutikoan eta pazientearen jokabidearen ulermenean oinarritzen den erlazioa delarik (31,33).

## Prozedura

Literaturaren arabera, interbentzio hau hiru pausu interdependientez osatuta dagoela aurkitu arren, esku-hartzeari berari noiz ekiteko adostasuna bilatzea zailagoa izan da. Izan ere, interbentzio hau ze momentutan hasi behar den jakitea ezinbestekoa da. Nahiz eta adostasun argi bat ikusi ez den, orokorrean, adituek interbentzio goiztiarra izan behar dela diote (2,7,26,27,34–36), hau da, aurrera eraman behar den lehenengoa, paziente (26) fase arina edo fase moderatuan aurkitzen bada. Esate baterako, Price eta Bakerren ikerketan, interbentzioari ekiteko hurrengo oinarriak lagungarritzat bezala ondorioztatu zituzten: pazientearen ezaguera, jokabidearen esanahia, pazientearen jokabidea haren jokabide normaletik desbideratzen den, jokabidearen arriskua, besteengan eta ingurunean izango duen eragina eta profesionalen baliabideak (34).



Bestalde, Bowers-ek, berehalako neurria behar duten egoera batzuk aipatzen ditu: besteenganako agresioa eta buruaz beste egiteko ideia, besteak beste. Honetaz gain, denbora gehiagoz tolera daitezkeenak ere aipatzen ditu, adibidez, objektuak apurtzea (37).

Hala ere, beste iturrien arabera, behar ez diren interbentzioak modu goiztiar batean aplikatzeak kaltegarria izan daiteke ere, hertsatzaileak diren neurriak erabiltzera eramanez (34,38).

Aurretik aipatu bezala hiru pausutan oinarritutako interbentzioa da; pazientearekin lotura, arazoaren kausaren bilaketa eta arazoaren irtenbidearen bilaketa, hain zuzen, fase bakoitzean helburu ezberdina dagoelarik.

### **1. Pazientearekin lotura**

Lehenengo pausu honetan pazientearekin lotura sortzea da helburu. Adituen arabera, hau, laguntza harremanean, konpromezuan eta elkarlanean oinarrituko da (7,25–27,31,33).

Lehenengo momentuan, Mavandadi et al-ek, Nau et al-ek eta BETA proiektuan aurkezten den bezala, erizainak bere izena eta rola aurkeztu eta pazienteari kalte egin nahi ez diola adierazi behar dio. Bera laguntzeko, babesteko eta egoeraren kausa jakiteko dagoela argi utzi behar du. Etorkizunera begira jasaten ari den egoera lagungarria izango delarik. Horrek, pazientearen beldurra murrizten lagunduko du (25,38,39). Bestalde, Hallet et al-ek eta Dickens et al-ek atxikimendua eskuratzeko beste hainbeste jardura lagungarri zehazten dituzte, besteak beste, kontsolamendua, euskarria edota pazienteari bere teknika propioak (arnasa lasai hartzea, erlaxazio teknikak...) erabiltzen irakastea agresioa haiek kontrolatu ahal izateko (7,26,30).

Literaturaren arabera, pazienteak baloratuta sentitu behar da. Benetan sinestu behar du bere larritasunak erizainarentzat garrantzitsuak direla. Bere sentimenduak aintzat hartu nahi direla (34,38,39).

Azkenik, Price eta Bakerrek bere 2012. urteko errebisioan adierazi bezala, errefortzu positiboaren laguntzaz pazienteari de-eskalatua izatea berak erabaki duela eta ez erizainak derrigortuta sentiarazi behar zaiola ondorioztatzen da. Bestalde, pazientearen sentimenduen balidazioa aipatzen dute; bere buruari zein besteei kalte egin gabe bere haserrea, sentimenduak, ezinegona...adieraztea posiblea dela ulertaraztea, hain zuzen (34). Robertson et al-en errebisioan ondorioztatu bezala, pazienteak agresioa emozioak zein nahiak kanporatzeko modu bat bezala ulertzean, bere duintasuna mantenduko du (31).

Lehenengo pausu hau oso garrantzitsua da pazientearekin erlazioa ahalik eta momentu goiztiarrean sortzeko (26). Erlazio terapeutikoaren sorrera jokabide agresibo eta disruptiboak murrizten laguntzen du, hau beti benekotasunean oinarritzen delarik. Modu honetan beharrezko egoeretan ematen den komunikazio

terapeutikoa eta lasaitzeko teknikak pazienteak hobeto onartzen dituela aipatzen da RNAO-ren gida klinikoan (33).

## 2. Arazoaren erraia bilatzea

Bigarren pausu honetan pazientearekin batera jokabide disruptiboaren benetako arrazoia zein den, arazoaren erraia bilatzea, da helburua. Hau da, bere sentimenduak, bere nahiak, artatzea (25,26,30,32).

Bien arteko komunikazio prozesu jarraia hasi dela, arazoaren erraia bilatzetik hasiko da erizaina. Horretarako, pazientearekin kausen araketa eramango da aurrera. Pazienteari bere zalantza, sentimendu, nahia zein jokabidearen kausagatik galdetuko zaio (34,38,39). Bestalde, 2017. urtean Price eta Bakerrek aurrera eramandako ikerketan, pazienteei egindako elkarrizketetan, lehenengo pausua bezala identifikatu zen hau (32).

“Kausa aurkitzeak interbentzioak erabakitzeke erraztasuna dakarrela” aipatzen dute Price eta Bakerrek (34). Kontuan izan behar dugu pazienteek zerbaiten bila daudela, sentimendu bat adieraztea, zerbaiten nahia...Zerbait hori ematea posible ez denean, honelaxe adierazi behar diegu, hala ere, laguntzeko nahimenarekin jarraitzen dugula jakinaraziz BETA proiektuaren arabera (25).

Bestalde, pazienteak bere kontrola berreskuratzen doala, honen alde positiboak eta abantailak adieraziko zaizkio Price eta Baker-en arabera: bera ulertzea errazagoa suertatzen dela, momentu horretan gai direla elkarlanean aritzeko...(34).

BETA proiektuan azaltzen den moduan, konfiantzazko ingurune honetan pazienteak gai izango da elkarlanean arazoari irtenbidea lortzen hasteko (25).

## 3. Negoziazioa, arazoari irtenbidea

Azken pausu honetan helburua identifikatutako arazoari edo egoerari irtenbidea lortzea izango da.

Horretarako erizainak bi rol ezberdin beteko ditu: gidari moduan zein pazientearekin elkarlanean aukera ezberdinak planteatuko ditu, hain zuzen.

Alde batetik, pazientearen gidaria izango da erizaina. Instrukzio simple eta zuzenak adieraziko dizkio pazienteak ezertara derrigortu gabe. Pazienteak bere arazoei edo egoerari nola aurre egin adieraziko zaio eta aurrerantzean hauek prebenitzeko neurriak adierazi (30,34,38,39). Bestalde, Bee et al-ek egindako ikerketa kualitatiboan, non de-eskalazio teknikei eta euren eragileei buruz aritzen diren erizainen deskripzioak aurkezten diren, instrukzioak autoritarismo gradu bat daukatela eta hauek pazienteak eskalatzera eramanez dezentatzen aipatzen dute (36).

Bigarren kasuan, ondorioztatu den moduan, elkarlanean oinarrituta, pazientearen parte hartzea sustatuko da jokabide agresiboaren ordezkotzat izango diren aukera, alternatiba, ezberdinak eskainiz. Agresibitatearen beharra ikusten duen pazientearen ahalduzko bermatuko du honek. Gainera, pazienteari berari lagungarria zaion edo lasaitasuna ematen dion aukeraz galdetzearen garrantzia aipatzen dute Robertson et al eta Price eta Bakerrek (25,31,32,34), ahalduzko bermatuko beste modu bat delarik. Robertson et al-ek bere errebisioan adierazi bezala, de-eskalatze teknikaren gakoa bi aldeetako itzaropenen bateragarritasuna dela esan daiteke. Laguntza harremanaren sendotzea (31). Honek, gainera, pazientearen duintasuna zein autonomia bermatuko du. Honen hitzetan, "pazienteari aukerak ematea erizainarenganako erreprozititatea bermatuko duen tratu errespetagarria da" (31,34).

Eskaintzen direnak, beti aukera errealistak eta adeitasunez aurkeztutakoak izango dira (aldizkariak, telefono dei bat egitea, denbora eta espazioa, "time out" (beste leku batera joatea edo mugitzea...)) (27-30,32). Hallet et al-ek "bete ezingo diren aukerekin inoiz ez dela zin egingo" aipatzen du (26). Aukerak aurkezterakoan, iritzi ezberdinak daude "behar deneko" medikazioaren eskaintzaren inguruan. Nahiz eta orokorrean literaturan ez da de-eskalada prozesuaren osagai bezala aintzat hartzen, badaude kontrobertsia sortarazten duten iturriak. Hiru iturrik medikazioa eskaintzea de-eskalada interbentzio teknikatik at identifikatzen dute, honek pazientearen eskalada bultzatu dezakeela justifikatuz ere. Bowers-en ikerketan, non gatazka eta euspen ezberdinen arteko korrelazioak aztertzen diren, medikazioaren administrazioa de-eskaladan zein jokabide agresibo baten sorreran eragina duela adierazten dute, hiru gertaera hauen artean ematen diren trantsizioak ohikoenak izanik (35,37,40). Bee et al-ek aurkeztutako ikerketan, euspen fisikoko neurri bezala aipatzen da (36) eta, azkenik, bost iturrik de-eskalada prozesuaren osagai bezala hartzen dute (7,25,26,29,30).

Azkenik, aukerak adostu ondoren, denbora epe motzerako irtenbideak (distrakzio teknikak; pazientearen atentzioa desbideratzea...(26,30,36)) eta denbora epe luzerako akzio plana akordatzea litzateke azkeneko pausua (38,39).

## Teknikak

Ondoren, de-eskalada prozesua aurrera eramateko literaturan aurkitutako hainbat teknika deskribatzen dira. Hurrengo teknikak prozesuaren 3 pausuetan modu dinamiko batean zeharka gauzatzeko posible bezala identifikatu dira. Hala ere, haien deskribapena errazteko, bi ataletan banatu dira: alde batetik ahozkoak direnak eta, bestetik, ez ahozkoak.

## Ahozko teknikak

- Elkarrizketaren bideraketa: *isiluneak eta errepikapenak, esaldi sinple eta zuzenak, galdera irekiak, parafrasia, laburpena eta lengoia naturala.*

Adituen arabera, paziente hauek, ahozko informazioa prozesatzeko gaitasuna galtzen dute maila batean. Garrantzitsua izango da beraz, esandakoa prozesatu ahal izateko eta erantzuna bilatzeko denbora uztea, hau da, isiluneak errespetatzea. Bestalde, pazienteak zerbait uler edo entzun dezaten, askotan, hainbatetan errepikatu beharko die erizainak esandakoa (25,26,31).

Beraz, esaldi sinple eta zuzenak erabili behar dira. BETA proiektuaren arabera esaldi konplexuagoek konfusioa areagotu ditzaketeelako eta pazientearen eskalazioa eragin. Orokorrean, amaiera irekiko esaldi eta galderak gomendatzen dira literaturan (2,25,26,31,32).

Parafrasia eta laburpena erabiltzeak erizainaren ulermen maila eta grina adieraziko dio pazienteari. Nahiz eta esandakoarekin ados ez egon, esandakoa ulertu dela baieztatu du erizainaren erantzunak (25,26).

Azkenik, ildo honetan, beste hainbeste ikerketetan ere aipatzen den lengoaiaren erabilera “naturala”, “normala”, “gizaki-gizaki arteko erlazioko lengoia” aipatzen zuten Baker eta Price-n ikerketako pazienteek. Beste bi ikerketetan, bestalde, jerga gabeko lengoia aipatzen da. (32,38,39).

- Mugen ezarpena

Aditu askok aipatzen dute teknika hau (7,25,26,30,31,38). Robertson et al-en hitzetan, mugen ezarpena “onartuko den eta lortu nahi den jokabideen parametroak ezartzean datza”. Hauek, egoera disruptibo baten aurrean ematen den erantzuna zein disruptiboa ez den baten aurrean aurretik planteatutakoa (adibidez, arau baten urratzeak izango dituen ondorioak) izanik (31).

Adituen iritziz, onartuko ez diren jokabideak eta hauek gertatuz gero eman daitezkeen ondorioak azalduko dira, modu objektibo eta erreal batean mehatxua saihestuz. Ondorioak errespetuz azalduko dira, aipatu bezala, zuzenean jokabidearen ondoriozkoak izango dira eta zentzuzkoak, bidezkoak, izango dira. Nolako arrisku maila somatzen den, halako handiagotzea emango da ondorioen ezarpen mailan. Horrek ez du esan nahi erizainaren agresibitatea handiagotu behar denik, baizik eta zorrotasun maila (25,26,38). Honetan ez da desadostasunik aurkitu.

Mugak errespetuzkoak izan behar dira, pazienteak laguntzeko eta ez bere aurka jokatzeko edota abusua garatzeko (25,26). Robertson et al-ek aipatu bezala, garrantzitsua da mugen ezarpen modua, honen arabera baldintzatuko baita prozesua. Izan ere, erizainenganako

agresioen prezipitante ohikoenetarikoa dela, erizain-paziente aliantza edo erlazio terapeutikoarekin negatiboki lotzen dela edota agresibitate jokabide baten arriskua bermatzen duela aipatzen da, besteak beste (26,31).

- Sentimenduak adieraztea

Ahozko teknika hau profesionalak berak “pazienteari euren sentimenduak zeintzuk diren adieraztean datza”, aurkitutako bi iturriren arabera. Honela, pazientearen jarrerak erizainari sentiarazi dizkion emozioak (beldurra, deserosotasuna, eta abar) errefortzu bezala erabiliz. Hala ere, ez da aurkitu adostasun bat honen inguruan (25,30). Bestalde, Price eta Bakerrek, 2012an hurrengo aipatzen dute: nahiz eta antsietatea erizainaren barnean nagusitu, lasaitasun itxura hartu behar du kanpotik; hau, kontrako argudio bezala hartu daitekeena (34).

- Pazientearen posizioarekin adostasuna

Pazientearekin prozesuan zehar etengabe adostasuna bilatzea garrantzitsua da. Foster et al-en ikerketan, non 10 hilabetetan 5 unitate psikiatrikoetan emandako gatazka agresiboak dokumentatu egin ziren, agresioa eragindako probokazio nagusia pazienteari eskaera bat ezeztatzea izan zela identifikatu zen. 2017. Urteko Price eta Bakerren ikerketan ere, pazienteek zenbait aukera ezeztatzea de-eskalada eraginkorrerako muga bezala identifikatu zuten (25,26,32,40).

BETA proiektuak bi modu aurkezten ditu nagusiki pazientearekin adostasuna adierazteko:

- Egiarekin ados egotea: erizaina ados dago pazienteak esandakoarekin.
- Oinarriarekin ados egotea: erizaina ez dago ados bere iritziarekin baina ados dago horrelako iritzia izatearekin (25).

### Ez ahozko teknikak

- Egoeraren balorazioa

Edozein prozesutan gaudela, egoeraren hasierako balorazio bat beharrezkoa da. Iturri ezberdinetan ikusi da hasierako honen garrantzia (26,29,36). Arriskuen balorazioa beharrezkoa da zein interbentzio eta noiz eraman daitezkeen aurrera jakiteko. Bestalde, Hallet et al-ek eta Lavelle et al-ek adierazi bezala, etengabeko monitorizazioa eta pazientearen feedbacken ebaluazioa ezinbestekoa da. Paziente batekin egokia den interbentzioa beste batzuetan eskalatzera eraman dezake, hori dela eta, beharrezkoa da

jakitea noiz eta zer egin momentu bakoitzean (26,30,35). Aipatutako azken adituekin batera, Robertson et al-ek hurrengo puntuen balorazioa gomendatzen dute (26,31):

- Pazientea: Pazientearen ahozko zein ez ahozkoaren bitartez honen emozio eta sintomak baloratu. Berehalako agresioaren alarma zeinu goiztiarrak identifikatu eta behatu (26).
- Erizaina: Erizainaren emozioak, beldurra eta profesional taldearen partaide kopurua, geroago aipatuko den moduan.
- Ingurunea: Ingurunea ezagutu egin behar da. Alde batetik lekua bera, egokiena den jakiteko, eta bestetik, bere egituraren eta espazioaren balorazioa egiteko (irteera posibleak, arma bezala erabili daitezkeen tresna edo objektuak, distantziak...). “Ingurune egokia”, orokorrean adituek, horrela aurkezten dute: estimulu gutxiko espazioa, isila, beste pazienteak eta tartean sartuta ez dauden profesionaletatik at...(logela, de-eskalada prozesurako logela zehatza...) Hortaz, pazientearen egoera larriagotzen ez badu, eremu horietara mugiaraziko da pazienteak (29,30,34). Beste pazienteak egoeraz kontagiatzeko edota pazienteak beraren egoera okerragotzearen arriskua dela eta, beste aukera bat aurkezten da Hallet et al eta Bee et al-en eskutik; beste paziente eta profesionalak espazio horretatik mugiaraztea (7,26,36,41), hain zuzen.

- Entzute aktiboa

Pazientea entzun eta benetan atentziora jartzen ari dela erakutsi behar du erizainak. Gai dela berriro pazienteak esan duena errepikatzeko (2,7,25,34).

Arretaz entzun behar da pazienteak adierazten duena. Horretarako hitz egin baino gehiago, entzun egin behar da pazienteak, etenaldiak saihestuz (32).

- Ahotsa eta gorputz hizkuntza

Ahozkoarekin koherentzia adieraztea garrantzitsua bihurtzen da (26). BETA proiektuan adierazi bezala, ez ahozkoaren bitartez, zehazki gorputz lengoaiaren bitartez, emozioen %90-a eta emandako informazio guztiaren %50-a adierazten da (25). Muñoz-Castaño-k ere, aurrera eramandako errebisioan, ez ahozkoari erantzten dio interakzioaren %65-a (42), nahiz eta azken honen artikulua kalitate baxuagokoa dela aipatu behar den.

Parametro estralinguistikoaren inguruan adostasuna ikusi da. Ahots tonu eta hizketaldi lasaia aipatzen da, ziurra, adeitsua eta gozoa. Dickens et al-ek aurrera eramandako ikerketan %99-ek “calm talk” (hizketaldi lasaia) aukeratu zuten de-eskaladaren teknika bezala. Robertson et al-en artikuluan ere, lasaitasunez hitz egitearen balioa nabarmentzekoa dela ikus daiteke ere (26,30,31,34).

Gorputz lengoaiari dagozkion gomendioak ere identifikatu dira. Orokorrean, gorputz jarrerari dagokionez, gorputz-jarrera irekia izan behar da. Mehatxagarria ez den jarrera. BETA proiektuan adierazten den bezala, gorputz jarrera itxiak interes falta adieraz dezake (25,26,31). Bestalde, erizaina maila berean kokatu behar dela aipatzen da. Eserita pazientea eserita baldin badago eta zutik pazientea zutik badago. Eskuak ikusgarria diren leku batean utzi behar dira (mehatxu bezala hauteman dezake pazientea) eta belauak arinki tolestuta izatea gomendatzen dute adituek (25,26).

Mugimenduak orokorrean lasaiak izan behar direla aipatzen da behin, agresiboki hauteman ez daitezen (26).

Adostasuna adierazten duen, neutroa eta lasaia den aurpegi adierazpena aipatzen dute aditu ezberdinek (25,26,31).

Hallet et al-ek, Price eta Bakerrek 2012. Urteko errebisioan eta BETA kontsentsuko adituek, begiradarekin kontaktu zuzena eta ez jarraia izan behar dela adierazten dute. Elkar-ulertzea eta balorazio jarraia ahalbidetzen duena, pazientearekiko atentzioa adierazten duena, baina mehatxagarria edota agresiboa izatera iristen ez dena (25,26,34).

Azkenik, pazientea ukitzeari buruz hiru iturrik aritzen dira. Bik pazientea lasaitzeko baliagarria dela aipatzen dute, beti ere, lasaitu eta lagundu egingo diola ziurtatuz. Paziente batzuentzat mehatxagarria izan daitekeelako (26,34). Gainera, pazienteen iritzia jasotzen duen Price eta Bakerren ikerketan, hauek, baliotsu bezala baloratu zen ukitzea (32).

- Espazioaren erabilera eta espazioan kokagunea: proxemia

Garrantzitsua den beste arlo bat espazioaren erabilera da. Honi dagokionez, kontuan izan behar den puntu garrantzitsuena pazientearen espazioaren errespetua da (2,25). Ahatik, pazienteari eman behar zaion espazioaren neurria zehazterakoan, ez da adostasunik aurkitu. Hainbat adituk adierazi bezala, agitazioan dauden pazienteak espazio pertsonal handiagoa behar dute (25,31,34). Zehazki, Robertson et al-ek distantzia hau normalean behar denaren baino lau aldiz handiagoa izan behar duela aipatzen dute (31). Bestalde, BETA proiektuak, pazientearen zein erizainaren espazioa errespetatzeko asmoz, 1m eta 40zm-ko distantzia aipatzen du, hau, ustekabekoen babesle eta, bestalde, pazientearekiko zuhurra ez den distantzia delarik (25,38,39). Laburbilduz, Price eta Bakerrek 2012an adierazi bezala, elkarulermena, erlazio egokia eta segurtasuna ahalbidetu baino pazientearen espazioa hartzen ez duen kokapena izan behar da (2,34).

Erizainaren segurtasunari dagokionez, bi iturrik hurrengoak aipatzen dute: erizaina ez da angelu zaurgarri eta isolatuetan kokatu behar. Ezta pazienteari zuzenean aurka egiten dion angelu batean (aurrean zuzenki begira) (2,25,26). Horretaz gain, tentsioko momentu

batean bata bestearen blokeorik gabe espaziotik ateratzeko gaitasuna izan behar dutela (ateak, irteerak) adierazten dute iturri ezberdinek (2,25,26).

### Prozesuaren eraldatzaileak (“modifiers”)

De-eskalada prozesua, euspen neurri bat delarik (“pazienteak eta ingurukoak kaltegarria den zerbaitetik babesteko erizainak aurrera eramaten dituen ekintzak” Bowers-en hitzetan (37)), literaturan adierazten den moduan hainbat eraldatzaileengatik baldintzatuta dago (25,35,36,41). Artikuluetan agerpen handiagoa izan dutenak hurrengoak dira:

#### Erizainaren eraldatzaileak

Erizainak de-eskalada interbentzioa aurrera eramateko orduan eragina duten eraldatzaileak 3 dira: pazientearekiko eduki beharreko jarrera, emozioen kudeaketa eta lan-taldearen profesional kopurua, hain zuzen.

Pazientearekiko erizainaren jarrerari dagokionez 4 dira adituek gehien aipatzen dituzten puntuak:

- Enpatia: Enpatia literaturan etengabe errepikatu den eraldatzaile bat da (25,29–34,42) . “Bestearen lekuan jartzeko gaitasuna da, bestearen emozioa edo akzioa zurea eginez”. “Komunikazio baliabide bat da, interbentzio kopuru zabala barne hartzen dituen eta entrenamenduaren bitartez hobetu daitekeena” (42). RNAO-ren euspen hertsatzaileekiko alternatibak aurkezten dituen gidaren arabera eta Dickens et al-en arabera, pazientearekin sortutako erlazioa honetan oinarritu behar da, enpatia de-eskalatze prozesuaren arlo garrantzitsu bat delarik. Horrela, Price eta Bakerrek adierazi bezala, pazienteak ulertuta sentiarazten lagunduko du. Hauen esperientziak balioztatu eta jokabide agresiboaren beharra murriztuko da (34). BETA proiektuan, berriz, norbaitek esaten duena ulertzeko egia dela pentsatu behar dela aipatzen dute. Modu honetan, nahiz eta adostasunik ez egon pazienteak esandakoarekin, egia dela imajinatzen saiatu eta epaiketa gutxiago egingo ditu erizainak (25). 2017ko Price eta Baker-en ikerketan, “enpatia benetazkoa izan behar dela” azpimarratzen da, faltsukerian oinarritutako enpatiak pazienteak eskalatzera eramanez (32).
- Benekotasuna: Benekotasunean ere, adostasuna ikusi den puntua izan da (31–33). RNAO-ren gidak erlazioaren beste oinarri garrantzitsutzat jotzen du. Gidaren arabera, benekotasunean oinarritu den erlazioa ezartzen denean, lasaitasun teknikak eta komunikazio terapeutikoa modu harkorrago batean jasotzen dituzte pazienteak (33). Price eta Bakerren 2017ko ikerketako parte hartzaile batzuen aburuz, agitazio egoera aurretik



benekotasunean oinarritzen den erlazioa erakutsi duen erizainak, agresibitatea murriztu dezake agertzerakoan (32).

- Autoritarismo eza: Zenbait adituk aritzen dira autoritarismoaren inguruan (27,32,34) puntu honetan ere adostasuna nagusitzen delarik. Hain zuzen ere, modu autoritario batean jokatzek, profesionalen akats bezala hauteman da egindako hainbat ikerketetan ez ezik (27), pazienteen ikuspegitik ere, (32), azken hauek malgutasunari balio handia ematen diotelarik; gainera, pazienteari ez autoritarioa eta permisiboa den jarrera batean gerturatzeak eta kezka adierazteak sinesgarritasuna ematen dio erizainari eta murrizketak konpentsatzen ditu (34,41).
- Errespetua: Ahobatezko iritzia ikusi da puntu honetan ere (25,32-34). RNAO-k bere gidan erizain-paziente erlazioaren azken oinarria litzatekela adierazten duen bitartean (33), Price eta Bakerrek 2012an hurrengo baieztatu zuten: “pazientea errespetuz tratatzea bere duintasuna bermatuko du, agresioa murriztuz” (34). Horri, aurretik aipatutako Robertson et al-en erizainenganako erreprozitarea gehitu behar zaio (31). Bestalde, pazienteen iritzia ikertzen diren Price eta Bakerren ikerketan, hauek, errespetu falta muga bezala atzeman zuten (32). BETA proiektuak, berriz, errespetu adibidetzat hurrengo aurkezten du: pazienteari bere izenaz edo gustuko duen deitzeko era galdetzea, honela garrantzia eta kontrola berari emango baitzaio (25).

Bestalde, erizainek aurrera eraman behar duten emozioen gestio pertsonala aipatzen da ere.

Orokorrean, ikerketa guztiek eraginkortzat hartzen dute emozioen kudeaketa egokia gauzatzea. Esaterako, Robertson et al-en aburuz, gaitasun honetan trebatzea egoera agresiboan aurrean emaitza onak dakartza, eraginkorragoa baita egoerari erantzuteko gai den erizain bat, bere frustrazioei erantzuten dion beste bat baino (31). Iturri asko dira iritzi berekoa, emozioak kudeatzea beharrezkoa suertatzen dela diotenak. Modu horretan, lasaitasuna adieraziko da, pazientearen agresibitatearen eskalada de-eskalatu ahal izango da eta euspen neurri hertsatzaile zein fisikoak saihestu ahal izango dira (25,26,36). Flood et al-en City Nurse ikerketan (pazientearekiko erantzunetan erizainen emozioak kudeatzeko gaitasunak hobetzean oinarrituta), aitzitik, nahiz eta gatazka-euspen egoerak murriztu egin ziren, kontrol taldearekin alderatzerakoan ez zen emaitza esanguratsurik aurkitu (31,43).

Nagusiki, bi emozio aipatzen dira: beldurra eta antsietatea. Beldurrak antsietatea eragiten duelarik BETA eta Price eta Bakerren 2012. urteko ikerketaren hitzetan. Ondorioz, pazientearen segurtasun eza sentimendua garatu dezakeela aipatzen dute (25,34).

NICE-ko gidak, bere aldetik, ahozko zein ez ahozko antsietate eta frustrazio adierazpenak kontrolatzeko emozioen erregulazioa eta autogestiorako teknikak aurrera eramatea beharrezkotzat jotzen ditu (29).

Gainera, pazientearen antsietateak, erizainaren autokontrolerako gaitasunean eta erantzuteko gaitasunean zailtasunak nabarmenduko ditu eta erizainaren rol autoritario ez-eraginkor bat garatzera eramango du (32,41).

Emozioen kontrol hau lortzeko, bi iturrik estrategia ezberdinak aipatzen dituzte (atentzioa pazientearen balorazioan jartzea, erizainak bere emozioak onartzea eta hauek aurre egiten ez saiatzea, kontratransferentziak eta pazientearen erreakzio negatiboak identifikatu eta kontrolatu, pazienteen mugak ezagutzea...), zoritxarrez hauen eraginkortasuna frogatzen duen ebidentzia nahikorik ez dago (25,34).

Azkenik, de-eskalada esku-hartzean parte hartuko duten profesional kopuruak ere baldintzatuko du prozesua:

Arlo honetan adostasunik ez dagoela esan dezakegu. Alde batetik, NICE-ko gidan eta BETA proiektuan komunikaziorako rol nagusia pertsona bakarrak hartu behar duela gomendatzen dute, pertsona batek baino gehiago, pazienteak konfunditu dezaketela adierazten baitute (25,29). Pertsona hau, gainera, pazientearekin kontaktuan jartzen den lehenengo pertsona izatea gomendatzen da. Honek, bere burua prest ez ikustekotan, berehala beste pertsona batek hartu beharko luke bere postua (25).

Beste alde batean, Rubio-Valera-k egindako ikerketan, psikiatreek 5-6 pertsonako taldea behar dela diote. Ildo berdinean, BETA proiektuak ere, egoera maneiatzeko eta modu ez-ahozko batean pazienteari bere jokabidea onartuko ez dela adierazteko 4-6 pertsona bitarteko taldea gomendatzen du, batez ere, gainezka dagoen emergentzia zerbitzu batean. Talde honek erizainak, medikuak, teknikoak eta polizia edo segurtasun funtzioa duen pertsonala osatu behar dute, ahal izatekotan (7,25).

Dena dela, Baker eta Price-k 2012. urtean egindako ikerketan dioten bezala, agerian geratzen da balorazio baten beharra dagoela, segurtasunez pertsona de-eskalatu ahal izateko baina, aldi berean, "botere" erakuste horrek pazienteak eskalatzera eraman ez dezan (34).

### Pazientearen eraldatzaileak

- Agitazioan dagoen pazientearen jarrera: Probokazioan murgiltzeko duten erraztasuna dela eta, erizainaren autoritatea, gaitasunak eta egiaztagarriak zalantzan jar ditzakete. Batzuetan haien zaurgarritasuna saihesteko erizainaren zaurgarritasunak asmatzen azkarrak dira eta hauetan enfokatzen dituzte bere ahultasunak (25).

- Sintomatologia: Sintoma ezberdinen araberako maneian ematen diren salbuespen edo zailtasunak aipatzen dira iturri batzuetan nahiz eta ebidentzia handirik ez dagoen bakoitzean nola jardun eta jokaera horren eraginkortasunaren inguruan (32,36,41).
  - Psikosia/haluzinazioak: Pazienteen iritziak ikertu ziren Price eta Bakerren ikerketan, psikosian dagoen pertsona batek, inguruko komunikazioa ezagutzeko eta barneratzeko gaitasuna galtzen dela adierazi zuten (32). Horren harira, Bee et al-en gomendioa jarraituz, instrukzio zurrun, argi eta autoritarioak eman beharko lirarteke. Alabaina, momentu honetan interbentzio pasiboaren aldeko adostasun handia adierazi zen Bee et al-en ikerketan (36,41).
  - Nortasun nahasteak: Hauetan, aldiz, Bee et al-ek egindako ikerketan instrukzio autoritarioagoak ez eraginkortzat jo zituzten. Alde batetik zaintzailearengandik sentitzen duten errefusagatik, eta bestetik, errespetua eta erizainarengan duten menderatzea mantentzeko agresio beharra handiagotu behar dutela pertzibitzen dutelako pazienteek (36,41).
- Faktore demografikoak: Gizentasuna eta gaztetasuna adierazten dira faktore eragile bezala iturri bat baino gehiagotan (35,41). Lavelle et al-en ikerketan, beltzarana izatea aipatzen da ere, nahiz eta honek ez du inolako ebidentziarik. Horrela azaltzen dute: “faktore hau eragile izatea “beldurraren zirkuluen” eraginez ematen da. Bai profesionalak bai haiek aurreiritziak dituztelako elkarren artean” (35). NICE-k adierazi bezala, alabaina, etnial, kulturen edo erlijioan oinarritutako edozein susmo negatibo saihestu behar da (29).
- Aurrekariak: Biolentzia aurrekariak izan dituzten pazienteetan Lavelle et al-en ikerketan ikusi den moduan, eta beste adituk aipatzen duten moduan, erlazioa ikusi da de-escalatze ez-eraginkorarekin (29,32,35).

### Inguruneko eraldatzaileak

Honen inguruan aipamenak besterik ez dira egiten, arlo honen inguruan aurkezten diren gomendioetan ez baitago adostasun edo ebidentziarik. Orokorrean unitatearen egitura eta egoeraren inguruko aipamenak dira.

Egiturari dagokionez kalitatea eta konplexutasuna neurtu zituen Safewards modeloak. Espazioaren kalitate onak zaintzaren kalitate hobea ziurtatzen duela adieraziz. Hauen aburuz, erosoagoa bihurtzen da profesionalentzat eta pazienteekiko errespetuan bilakatzen da. Aitzitik, konplexutasunak gainbegiraketa zailtzen duen muga bihurtzen da (41). Safewards modeloak eta NICE-ren gidak aipatzen dituzten beste baldintzapen puntu batzuk pazienteentzako unitatearen ateen egoera (ateak itxita egotea haserrearekin, erresistentziarekin eta autoestimua beharrezkoa edo autolesioarekin erlazionatzen da) edota sekulio logelak egotea dira (29,41).

Egoerari dagokionez, bestalde, Safewards eta Cowin et al aritzen dira. Jendez gainezka dauden unitateak, fisikoki bizitzeko baldintza urriak, profesionalen arteko kohesio desegokia, gainbegiraketa desegokia edota profesional kopuru desegokiak, baldintzapen bezala aipatzen dira. Baita profesionalen arteko rolen, funtzioen eta formakuntza desegokiak.

Baldintzapen guzti hauek eremu horren arazo larriekin erlazionatzen dira (27).

## Formakuntza eta eraginkortasuna

Nahiz eta hasierako helburuetan ez zegoen de-eskalatze prozesuaren formakuntza eta prozesuaren eragina aztertzea, literaturaren berrikusketan hainbatetan agertu diren bi arlo garrantzitsu dira. Horregatik, hauen azterketa ere eraman da aurrera.

### Formakuntza

Alderdi honi dagokionez, aditu ugari ahobatezko iritzia dute, de-eskalatze prozesua aurrera eramateko ezinbestekoa dela formakuntza, alegia (25,27,29,34,39,44,45). Gainera, BETA proiektuan zehazten den moduan, formakuntza jasoz gero, de-eskalada prozesua edozeinek ikasi eta erabili dezakeen eskuhartze erabilgarria bilakatu daiteke (25).

Alde batetik, formakuntza zer motatakoa izan behar den inguruan aritzen dira literaturan. Ildo horretan, Price eta Bakerrek gizaki eta agresibitate jokabideetan oinarritzen diren modelo psikologikoak behar direla adierazten dute. Non, NICE-ko gidan baieztatzen den bezala, erizainak enpatiaz jokatzeko sustatuko da (29,34).

Jarraitzeko, formakuntzak barne hartu beharreko arloak deskribatzen dituzte hainbat artikuluetan, gako honetan adostasunik aurkitu ez delarik. Izan ere, Farrell et al-en 28 formakuntza programa ezberdinen arteko ikerketa batean "komunikazioa" gehien landu behar zen arloa aipatzen zuen arren (44), aztertutako iturriak ez datoz bat formakuntza arloan joratu beharreko arloekin. Honela, Nau et al-ek, negoziazioa, kolaborazioa eta komunikazio trebetasunak (29,39) aipatzen dituzten bitartean, Cowin et al-ek de-eskaladaren adierazleak, de-eskaladan trebetasunak, negoziazio trebetasunak, ahozko interbentziorako trebetasunak eta mugen ezarpenerako trebetasunak lantzea proposatzen dute, besteak beste (27).

Azkenik, agitazioari edo jokabide agresiboari aurre egiteko formakuntzaren eraginkortasuna hainbat adituk frogatu eta baieztatu dute (12,45). Price eta Bakerren hitzetan, formakuntza programei esker prozesuarenganako erizainaren konfiantza eta jakinduria (epaiketa gutxiago egingo ditu erizainak (41)) lortzen da eta intzidentziaren murrizketa ematen da (34). Modu berean, Cowin et al-ek hezkuntza prozesuak ezagutzan eta kontzientzian hobekuntza dakartzatela

adierazten dute (27). Horrela, Hallet et al-ek eta Nau et al-ek aipatu bezala, erizaina pazientearen eta ingurukoaren segurtasuna bermatzeko gai izango da, dinamikoki teknika egokiena eta eraginkorra momentu bakoitzean erabakiz (26,39). Beste alde batetik, hainbat iturrik formakuntza programa hauen maiztasunaren eta errepikatzearen beharren inguruan aritzen dira. Wakefield-en ikerketan (de-eskalazioaren oinarriko interbentzioak lantzen zituen formakuntza programaren ikerketa) esaterako, ikusitako emaitzen ondorioz, programa hauen errefortzua beharrezkotzat jotzen du 6 hilabetero (45). Farrell et al-ek, berriz, nahiz eta zenbatero zehaztu gabe, formakuntza jarraia eta erregularra izan behar dela adierazten dute (44).

Aitzitik, formakuntzaren eraginkortasuna ikusi ez duten adituak ere agertzen dira, Robertson et al-ek interbentzioaren formakuntzari lotuta doan de-eskalada ebaluatu dutenean, beti eraginkorra ez dela izan aipatzen dute (31). Price eta Bakerrek eta Lavelle et al-ek programa askoren eraginkortasun mugatua aipatzen dute, hauek ez baitira ebidentzia hobereanean oinarritzen (34,35).

Muñoz-Castaño-k trebetasun sozialen garapenarekin komunikazioaren hobekuntza ematen dela aipatzen du; emozioen maneian formakuntza jasotako profesional batek nortasun nahasteen inguruko formakuntza jasotako profesional batek baino komunikazio bide eraginkorragoak garatzen dituelarik (42). Nahiz eta kalitate baxuko errebisioa dela aipatu behar den. Bestalde, Bee et al-ek antsietatearen erregulazioan eragin mugatua zutela adierazi duten (36).

## Eraginkortasuna

De-eskalada prozeduraren eraginkortasunaren inguruan ere hainbat aditu aritzen dira.

Lavelle et al-ek horrela definitzen dute de-eskalada eraginkorra: De-eskalazio esku-hartzea ezarri aurretik baino jokabide gatazkatsu edo agresibo gutxiago edo murriztagoa ematea (35). Cowin et al-ek, gainera, de-eskalada eraginkorraren zeinu aipagarriena nabarmentzen dute: ahots tonu eta gorputzetik tentsioaren xahutzea (27).

Orokorrean, aditu ezberdin eta anitzen aburuz, de-eskalada teknika, funtsezko ehuneko batean eraginkorra izan daiteke (25). Batzuk, %80-ko eraginkortasuna esleitzen diote (32,36). Lavelle et al-ek eginda ikerketa batean gatazka-euspen sekuentzien %61-a eraginkorra izan zen de-eskaladaren bitartez (476 sekuentzia) (35). Beste ikerketa batean, gatazka sekuentziei irtenbidea aurkitzeko hiru interbentzio eraginkorren artean kokatzen da de-eskalazioa (37). Azkenik, egindako entsegu kliniko batean de-eskalada interbentzio bezala zuen Safewards modeloaren eraginkortasuna baieztatu zuen (46).

De-eskalada teknika eraginkorra dela ikusi da. Agitazioaren, euspen hertsatzaileen eta ahozko agresiotik biolentziarako bideei etena jarritz (2,36).

## Ondorioak eta mugapenak

---

Literaturaren errebisio honetan egindako emaitzen azterketa eta eztabaidaren ostean, hurrengo ondorioztatu da:

Literaturak adierazten duen bezala, prebalentzia altua duen arazoa da aurretik aurkeztutakoa, eta zoritxarrez, oraindik ere, pazientearen autonomia eta duintasuna bermatzen ez duten neurriak hartzen dute gehienetan paper nagusia. Horren aurka, eta pertsonalki neurri hauek egileari sentiarazi dizkioten emozioek mugituta eraman da ikerketa hau aurrera.

Horretaz gain, ikerketa honek aurkeztu dituen onurak jartzen dira ikerketaren lehenengo ilaran: euspen hertsatzaileen eta gatazken murrizpena, honen ondoriozko ospitalizazio denboraldi murrizpenak, erizain-paziente erlazioaren hobekuntza, pazientearen autonomia eta duintasunaren errespetua, eta honen ahalduntzea bermatzea. Laburbilduz, gizakoiagoak diren neurriak dira.

Nahiz eta helburua ez zen interbentzioaren eraginkortasuna aztertzea, iturri ezberdinek emandako emaitzak ikusita, honen eraginkortasuna eta formakuntza aztertu dira azaleko modu batean. Eraginkortasunari dagokionez, ez daude honen inguruan aritzen diren iturri asko, baina orokorrean, interbentzio eraginkorra dela ondoriozta dezakegu. De-eskalada eraginkor baterako erizainen formakuntza ezinbestekoa suertatzen da. Honi esker, konfiantzan, jakindurian eta kontzientzian oinarritutako de-eskalada prozesua aurrera eramateko gai izango baitira. Erizainei lan hau gerturatzeko asmoz eta zerbitzu ezberdinetan prozeduran lagungarria izan zitekelakoan, **“De-eskalada Agitazioan”** (*Ikusi Eranskin VII*) izenburuarekin egileak egindako poster bat sortu eta aurkezten da lan honetan.

Zoritxarrez, de-eskalada interbentzioa zehazki zer den eta zer interbentzio barne hartzen dituen ondorioztatzea zaila suertatu da. Alde batetik, “de-eskalada” kontzeptuaren deskriptorerik ez delako aurkitu. Hortaz, beste kontzepturen izendapenean idatzitako iturri guztiak aztertzea ezinezkoa suertatzen da. Bestetik, izendapen horien menpe ikertzen hasi berri diren teknikak direlako. Nahiz eta aspalditik ikertu izan den, ez zen gaur egun bezala interbentzio moduan aurkezten. Aurkitutako beste muga bat, aditu eta iturri ezberdinen arteko sailkapenerako adostasun eta aurkezpen urria izan da, hortaz, zehatza eta mugatua ez den praktika egokiago batera gerturatzen gaituzten iturriak dira.

De-eskalada prozesua agitazioaren hasierako faseetan ahozko eta ez-ahozko teknikak erabiltzen dituen hiru pausuko prozesua dela ondorioztatu da. Non hasierako momentuan pazientearekin lotura ematen den, bigarren batean egoeraren kausa bilatzen den eta azkenik pazientearekin elkarlanean oinarritutako negoziaketa eta arazoari irtenbidea ematen den.

Ebidentzia murrizta zela eta, agitazioaren zein fasetan zein interbentzio litzatekeen egokiena ezin izan da ondorioztatu. Bestetik, osasun zerbitzu bakoitzean artatze egokiena zein litzateke

ondorioztatzea ere, ezinezkoa suertatu da arrazoi berdinetatik. Batez ere, psikiatria arloko zerbitzuetan emandako ikerketa eta lanak izan dira oinarri.

Iturriei dagokienez, hurrengo baieztapena ondoriozta daiteke: ikerketa esperimental gehiagoren beharra sumatu da. Aurkitutako iturri gehienak behaketazkoak eta errebisioak izan dira. Etikoki agitazioan dagoen de-eskaladaren esperimentazioa dakartzan printzipioen urratzeak (*benefizientzia, duintasuna...*) interbentzio eta ikerketen garapena zailtzen duela kontuan izan behar dugu. Gainera, hauen artean, eztabaida gutxi identifikatu da, gehienak interbentzio eta prozesatzeko moduekin adostasuna aurkeztuz.

Aurkitutako beste mugapen bat, iturrien testu osorako sarbidea ez aurkitzea izan da.

Etorkizunera begira, ebidentzia kuantitatibo esperimentalaren beharra dela eta, etikoki pazientearen printzipioak betetzen dituzten interbentzio esperimentalen ikerketa proposatzen da. Baita kontzeptualizazioaren inguruan ikertzeko proposamen. Modu horretan, iturri guztiak multzokatu eta ikerketa globalagoa, errazagoa eta eraginkorragoa lortzeko asmoz. Bestetik, agitazioan ematen diren fase ezberdinetan eta zerbitzu bakoitzean eman beharreko interbentzio egoki eta zehatzen ikerketa ere proposatzen da. Teknikaren gauzatzea beste ikuspegi batetik ikertzeko eta gauzatzeko.

Azkenik, formakuntzak duen eragina ikusita, erizainei begirako formakuntzen inguruko ikerketa zehatzagoak proposatzen dira. Erizain aditu eta trebeen beharra dago, modu honetan hauek egoera ezberdin bakoitzean teknika egoki eta eraginkorrena erabakitzeko gai izango baitira, de-eskalada ez delako teknika guztiak barneratzen dituen sekuentzia finkoa baizik eta teknika ezberdinak erabili dezakeen prozesu dinamikoa. Horrela ere, eredu medikalizatutik eta euspen hertsatzaileengandik aldentzen diren eta pazientearen ahalduntzea eta artatze duina bermatzen duten praktiketara gerturatuz.

## Bibliografía

---

1. 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* [Internet]. 2017;17(1):328. Eskuragarri: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1490-0>
2. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry* [Internet]. 2016;17(2):86–128. Eskuragarri: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/15622975.2015.1132007>
3. García, M.J. Bugarín R. Agitación psicomotriz. *Cadernos de atención primaria* [Internet]. 2012;18:73–7. Eskuragarri: [http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18\\_4\\_Act\\_ABCD\\_2\\_Cadernos.pdf](http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_4_Act_ABCD_2_Cadernos.pdf)
4. Stucchi-Portocarreiro S, Cruzado L, Fernández-Ygreña R, Vargas-Murga H. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. *Revista Neuropsiquiatría*. 2014;77(1):19–30.
5. Bustos JI, Capponi I, Ferrante R, Frausin MJ. Excitación psicomotriz : “ manejo en los diferentes contextos .” *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2010;16(3):291–304.
6. Fernandez Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino JA, Casal Angulo C GEM. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias* [Internet]. 2009;21(Urtarrila):121–32. Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2937058>
7. Rubio-Valera M, Huerta-Ramos E, Baladon L, Aznar-Lou I, Ortiz-Moreno JM, Luciano J V, et al. Qualitative study of the agitation states and their characterization, and the interventions used to attend them. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2016;44(5):166–77.
8. Flórez IC, Santos LS, Calzada RR, Rico-villademoros F, Arissó PR, Torres EC. Incidencia y variabilidad de manejo de la agitación aguda en los servicios de emergencias médicas. *Emergencias*. 2017;(29):253–6.
9. Antonio R, Ramos E, Machado IB, Guadalupe M, Rocío D, Lara G, et al. La sujeción del paciente con agitación psicomotriz. *Enfermería Neurológica* [Internet]. 2011;10(1):32–8. Eskuragarri: <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurológica>
10. Llull UR, Leonor HI. Abordaje y cuidados del paciente agitado; Documento de Consenso. *Revista Española de Enfermería en Salud Mental*. 2016;1(1).
11. Carricaburu A. Intervención enfermera, contención mecánica en la agitación motriz. *Escuela Universitaria de Enfermería de La Rioja* [Internet]. 2015;51.
12. Kynoch K, Chiung-Jung J, Chang A. The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviours in patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review. 2009;7(6 7):175. Eskuragarri: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&AN=JBI4806>



13. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: A cross-sectional survey. *Journal of Advance Nursing*. 2012;68(12):2685–99.
14. Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, et al. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2017;(4).
15. Serrano CA, Pareja CH, Parra JG, Sánchez JAG, Cleries FM. Medidas coercitivas en salud mental . Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario. *Revista Española de Enfermería en Salud Mental*. 2017;(4):4–11.
16. Real Academia Española [Internet]. Felipe IV, 4 - 28014 Madrid. 2018.
17. Liaño Escobedo C. Contención física como medida de seguridad en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas. Trabajo de Fin Grado en Enfermería [Internet]. 2014;
18. Fernández Rodríguez Á, Zabala Blanco J. Restricción física: Revisión y reflexión ética. *Gerokomos*. 2014;25(2):63–7.
19. Astigarraga A, Aristín C, Rivera E, García B. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. *Nuberos Científica*. 2012;1(7):31–41.
20. Saez A. Protocolo de contención de movimientos de pacientes. Hospital Clínico San Carlos; 2010. p. 56.
21. Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *European Psychiatry*. 2011;26(4):244–51.
22. García I, García F, Moreno C, Sánchez E, Dominguez M, Malagón B. Contención Mecánica para pacientes ingresados en las unidades de hospitalización de psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2012;
23. Euskal Herriko Autonomia Erkidegoko Administrazioa. Osasun Saila. Erizaintza Graduko Gaitasunak -Competencias de Grado en Enfermería. 2015;
24. Shah L, Annamalai J, Aye SN, Xie H, Pavadai S s/o, Ng W, et al. Key components and strategies utilized by nurses for de-escalation of aggression in psychiatric in-patients. *Joanna Briggs Institute Database Systematic Review and Implementation Reports [Internet]*. 2016;14(12):109–18. Eskuragarri: <https://insights.ovid.com/crossref?an=01938924-201612000-00018>
25. Richmond J, Berlin J, Fishkind A, Holloman G, Zeller S, Wilson M, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal Emergency Medicine*. 2012;13(1):17–25.
26. Hallett N, Dickens GL. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;75(Otsaila):10–20.
27. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2003;12(1):64–73.
28. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Systematic Review*. 2012;

29. National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE Guidel [Internet]. 2015;(Maiatza). Eskuragarri: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-1837264712389>
30. Hallett N, Dickens GL. De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2015;24(4):324–33.
31. Robertson T, Daffern M, Thomas S, Martin T. De-escalation and limit-setting in forensic mental health units. *Journal of Forensic Nursing*. 2012;8(2):94–101.
32. 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. *Journal of Advance Nursing*. 2017;74(3):614–25.
33. Wagner L, Perivolaris A. Promoting Safety : Alternative Approaches to the Use of Restraints. *Regist Nurses' Association Ontario* [Internet]. 2012;(Otsaila):Zugriff: 04.02.2013. Eskuragarri: <http://abinetwork.ca/alternatives-to-restraint-use>
34. Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2012;21(4):310–9.
35. Lavelle M, Stewart D, James K, Richardson M, Renwick L, Brennan G, et al. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*. 2016;25(15–16):2180–8.
36. Bee P, Price O, Baker J, Lovell K. The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2017;77(2016ko urria):197–206. Eskuragarri: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002>
37. Bowers L, James K, Quirk A, Wright S, Williams H, Stewart D. Identification of the “minimal triangle” and other common event-to-event transitions in conflict and containment incidents. *Issues of Mental Health Nursing*. 2013;34(7):514–23.
38. Mavandadi V, Bieling PJ, Madsen V. Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the “De-Escalating Aggressive Behaviour Scale.” *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2016;23(6–7):357–68.
39. Nau J, Halfens R, Needham I, Dassen T. The de-escalating aggressive behaviour scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advance Nursing*. 2009;65(9):1956–64.
40. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advance Nursing*. 2007;2(58):140–9.
41. Bowers L. Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2014;21(6):499–508.
42. Castaño MM, Enfermería G, Huelva U De. Habilidades de comunicación en enfermería de salud mental: revisión bibliográfica. *Presencia*. 2014;

43. Flood C, Bowers L, Brennan G, Allan T. A replication study of the City nurse intervention: Reducing conflict and containment on three acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2008;15(9):737–42.
44. Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing* [Internet]. 2005;14(1):44–53. Eskuragarri: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-0979.2005.00354.x>
45. Gillam SW. Nonviolent crisis intervention training and the incidence of violent events in a large hospital emergency department: An observational quality improvement study. *Advance Emergency Nursing Journal*. 2014;36(2):177–88.
46. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(9):1412–22.



## Eranskinak

---



### 1. Eranskina: Kontzeptu taula

Kontzeptu nagusia	Lengoaia naturala			Lengoaia kontrolatua
	Sinonimoa	Antonimoa	Ingeleseaz	
<b>Agitazio psikomotorea</b>	Agitación psicomotriz Agitación Ansiedad Hiperactividad psicomotriz Agresividad Conflicto Excitación	Calma (Calm)	Psychomotor Agitation Agitation Anxiety Psychomotor hyperactivity Aggressiveness/Aggression Conflict Excitation	<b>Medline (MeSH):</b> Psychomotor agitation, Aggression, Anxiety, Anxiety management <b>PsycINFO (Thesaurus):</b> Agitation, Aggressiveness, Conflict, Anxiety, Aggressive behaviour <b>CUIDEN:</b> Agitación, Agitación psicomotriz, Ansiedad <b>Cochrane:</b> Psychomotor agitation, Emergence agitation, Anxiety, Aggression <b>JBI:</b> Psychomotor agitation, Anxiety, Aggression
<b>De-eskalada</b>	De-escalada (verbal) Descalada De-estimular Calmar Contención Contención verbal Medida no coercitiva Alternativa	Contención mecánica (Physical containment) Medida coercitiva (Coercive measure) Sujeción física (Physical restraint) Aislamiento (Seclusion) Tratamiento involuntario (Involuntary treatment)	De-escalation (verbal) Descalation De-stimulation Calm Containment Verbal containment Verbal approach Non-coercive (measure) Alternative Talk down	<b>Medline (MeSH):</b> Physical restraint, Coercion, Involuntary treatment (psychiatric), Communication <b>PsycINFO (Thesaurus):</b> Physical restraint, Coercion, Involuntary treatment, Patient seclusion, Verbal communication <b>CUIDEN:</b> Contención mecánica, Aislamiento, Medidas de aislamiento, Restricciones físicas, Comunicación (verbal), Comunicación en enfermería, Comunicación con el paciente, Medidas alternativas, Terapias alternativas <b>Cochrane:</b> Physical restraint, Physical containment, Coercion, Psychiatric involuntary treatment, Communication <b>JBI:</b> Communication, Physical restraint, Coercion
<b>Interbentzioa</b>	Intervención Intervención en la crisis Cuidados agudos Medida/Medida seguridad Manejo Estrategias Intervención Precoz Control comportamiento		Intervention Crisis intervention Acute care Measure/ security measure Management Strategies Early intervention Behaviour control	<b>Medline (MeSH):</b> Crisis intervention <b>PsycINFO (Thesaurus):</b> Intervention, Crisis intervention, Management, Strategies, Early intervention <b>CUIDEN:</b> Intervenciones enfermeras, Cuidados de psiquiatría <b>Cochrane:</b> Crisis intervention, Early intervention <b>JBI:</b> Crisis intervention
<b>Osasun mentala</b>	Salud Mental Psiquiatría Enfermería Salud Mental Unidad psiquiatría	Enfermedad mental (Mental disorder/illness) Paciente psiquiátrico (Psychiatric patient)	Mental health Psychiatry Mental Health Nurse Psychiatric setting	<b>Medline (MeSH):</b> Mental Health, Psychiatry, Mental disorders <b>PsycINFO (Thesaurus):</b> Mental Health (services), Psychiatry, Mental disorders, Psychiatric Patient, Psychiatric nurses, Psychiatric units, Psychiatric hospitalization/hospitals <b>CUIDEN:</b> Salud mental, Unidad de psiquiatría y salud mental, Psiquiatría <b>Cochrane:</b> Mental health, Mental health nursing/Service, Psychiatry, Psychiatric Hospitals, Psychiatric nursing, Psychiatric emergency service, Mental disorder <b>JBI:</b> Mental health, Psychiatry, Psychiatric emergency service, Mental disorder

## 2. Eranskina: Bilaketa estrategia

### Datu baseak

Datu-basea	Bilaketa ekuazioa	Emaizak		Oharrak
		Aurkitutakoak	Baliagarriak	
<b>Cuiden</b>	Agitación psicomotriz	Emaizak: 23	0	8 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 ez da sarrera aurkitzen</li> <li>• 2 ez da gaian zentratzen</li> <li>• 1 ebidentzia desegokia</li> </ul>
<b>Cuiden</b>	Comunicación enfermería	Emaizak: 248	<i>Habilidades de comunicación en enfermería de salud mental</i>	13 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 ez dira gaian zentratzen</li> <li>• 1 ebidentzia desegokia</li> <li>• 8 ez da sarrera aurkitzen</li> </ul>
<b>Cuiden</b>	Agitación psicomotriz AND Comunicación	Emaizak: 6	0	Ez da ezer hartzen, guztiak errepikatuak
	Agitación psicomotriz AND enfermería psiquiátrica	Emaizak: 1	0	Ez da ezer hartzen, ez da gaian zentratzen
	Agitación psicomotriz NOT contención mecánica	Emaizak: 15	0	8 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 ez da sarrera aurkitzen</li> <li>• 1 ez da gaian zentratzen</li> <li>• 2 ez dute edukirik gehitzen</li> <li>• 4 errepikatuak</li> </ul>
<b>PsycINFO</b>	Agitation AND De-escalation	Emaizak: 31	<i>Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus</i>  <i>Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the "De-Escalating Aggressive Behaviour Scale"</i>	6 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 eduki nahikorik ez</li> <li>• 1 sarrera ez da aurkitzen</li> <li>• 1 hizkuntza arazoak</li> </ul>

<b>PsycINFO</b>	Agitation AND Intervention	Emaizak: 596 Iragazkia (2007/2017) : 419 Iragazkia (Agitation): 127	<i>Qualitative study of the agitation states and their characterization, and the interventions used to attend them</i>	4 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 ez da gaian zentratzen</li> <li>• 1 zehaztasun gutxi</li> </ul> Bilaketa oso zabala, hasieran ez zen gaia zentratzen
<b>Medline</b>	De-escalation AND Psychomotor agitation <hr/> De-escalation AND Psychomotor agitation AND Aggression	Emaizak: 3273 <hr/> Emaizak: 1519 Iragazkia (no incluir términos relacionados) : 7	0 <hr/> <i>De-escalation of aggressive behaviour in healthcare setting: concept analysis</i>  <i>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</i>  <i>The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings</i>	Bilaketa oso zabala, zehaztugabea <hr/> 4 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 emaitzik gabe</li> </ul> Nahiz eta bilaketa zehatzagoa izan, hasieran oso zabala izan zen emaitza. Iragazkien beharra.
<b>Medline</b>	Verbal de-escalation AND psychomotor agitation	Emaizak: 1421 Iragazkia (2007/2017): 968 Iragazkia (no incluir términos relacionados): 2	<i>Verbal De-escalation of the Agitated à patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA</i>	2 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 ez da gaian zentratzen</li> </ul> Iragazkien beharra, emaitza oso zabala
<b>Cochrane Library</b>	De-escalation	Emaizak: 179 (5 reviews + 172 trials)	<i>Containment strategies for people with serious mental illness</i>	6 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 protokoloa</li> <li>• 1 eduki nahikorik ez</li> <li>• 1 errepikatua</li> <li>• 2 ez ziren gaian zentratzen</li> </ul>
<b>Cochrane Library</b>	Aggression AND containment	Emaizak: 2	<i>A replication study of the City nurse intervention: reducing conflict and containment on three acute psychiatric wards</i>	2 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 errepikatua</li> </ul>

<p><b>JBI</b></p>	<p>(Aggression OR Aggressive behaviour) AND (crisis intervntion OR management)</p>	<p>Emitzak: 143</p>	<p><i>The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviours in patients admitted to an acute hispital setting: a systematic review</i></p>	<p>6 hartzen dira</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 ez da sarrera aurkitzen</li> <li>• 1 errepikatua</li> </ul>
<p><b>Pubmed</b></p>	<p>De-escalation AND aggression</p>	<p>Emitzak: 75 Iragazkia (2007/2017): 60</p>	<p><i>The De-escalating Aggressive Behaviour Sacale: development and psychometric testing</i></p> <p><i>De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service</i></p>	<p>18 hartzen dira</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 errepikatuta</li> <li>• 3 ez da sarrera aurkitzen</li> <li>• 1 eduki egokirik ez</li> </ul> <p><i>Bilaketa oso egokia</i></p>
<p><b>Pubmed</b></p>	<p>(Psychiatry OR mental health) AND Agitation AND containment</p> <hr/> <p>(Psychiatry OR mental health) AND Aggression AND Containment</p> <hr/> <p>(Psychiatry OR mental health) AND Conflict AND Containment</p>	<p>Emitzak: 5</p> <hr/> <p>Emitzak: 47</p> <hr/> <p>Emitzak: 51 Iragazkia (2007/2017): 37</p>	<p>0</p> <hr/> <p><i>Safewards: a new modelo f conflict and containment on psychiatric wards</i></p> <p><i>Identification of the "Minimal Triangle" and other common event-to-event transitions in conflict and containment</i></p> <hr/> <p><i>Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the safeward cluster randomised controlled trial</i></p>	<p>Ez da ezer hartzen, ez dira gaien zentratzen (1 errepikatua)</p> <hr/> <p>6 hartzen dira</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 errepikatuak</li> <li>• 2 eduki egokirik ez</li> </ul> <p><i>Bilaketa oso egokia</i></p> <hr/> <p>6 hartzen dira</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 errepikatuak</li> <li>• 1 ez da sarrera aurkitzen</li> <li>• 2 ez dira gaien zentratzen</li> </ul> <p><i>Bilaketa oso egokia</i></p>



Beste baliabide elektronikoak

Baliabidea	Bilaketa ekuazioa	Emaizak		Oharrak
		Aurkitutakoak	Baliagarriak	
Wiley	De-escalation AND Agitation	Emaizak: 231 Iragazkia (2007/2017): 181	<i>Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings</i>	6 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 ez da sarrera aurkitzen</li> <li>• 1 ez da gaian zentratzen</li> <li>• 1 eduki egokirik ez</li> <li>• 1 hizkuntza arazoak</li> <li>• 1 errepikatua</li> </ul>
Wiley	De-escalation AND Aggression	Emaizak: 768 Iragazkia (2007/2017): 576 Iragazkia (full-text): 529 Iragazkia (publikazio-izenburuak): 0 Iragazkia (key words): 3	<i>Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis</i>  <i>De-escalation and limit-setting in forensic mental health units</i>	3 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ez da sarrera aurkitzen</li> </ul> Bilaketa zabala
NICE	Verbal de-escalation	Emaizak: 10	<i>Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings</i>	3 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 eduki egokirik ez</li> </ul>
NICE	Containment NOT restraint	Emaizak: 3	0	Ez da ezer hartzen (1 errepikatua)
RNAO	Containment NOT restraint	Emaizak: 101	0	<i>Ez da ezer hartzen, bilaketa zehaztugabea</i>
RNAO	Alternative AND Restraint	Emaizak: 26	<i>Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints</i>	5 hartzen dira <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 ez dira gaian zentratzen</li> </ul>

Eskuko bilaketak

Baliabidea	Baliagarriak
<b>International Journal of Mental Health Nursing (Aldizkaria)</b>	<p><i>Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs</i></p> <p><i>De-escalating aggression and violence in the mental health setting</i></p>
<b>Bibliografia</b>	<p><i>Nonviolent Crisis Intervention Training and the Incidence of Violent Events in a Large Hospital Emergency Department</i></p> <p><i>Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management</i></p>

### 3. Eranskina: Diagrama fluxua



4. Eranskina: Kalitate metodologikoa neurtzea

Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial			
<b>Helburuak eta hipotesiak</b>	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	<b>Bai</b>	Helburuaren osagai guztiak barne hartzen dituelako. Populazioa edo lagina, interbentzioa eta ekintza aditza eta emaitza agertzen baitira.
<b>Diseinua</b>	Erabilitako diseinu-mota egokia da ikerketaren helburuari dagokionez (helburuak edo/eta hipotesiak)?	<b>Bai</b>	Safewards modeloaren eragina aztertu nahi da. Horretarako modelo hau aplikatzen den lagin bat eta beste interbentzio ezberdina aplikatzen den beste bat behar da hauek aldaratu ahal izateko, kasu honetan bezala. Kontrol taldean aplikatzen den interbentzioa ez du inolako eraginik.
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan experimental bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?	<b>Bai</b>	Safewards modeloak azaltzen dituen hamar interbentzioak aipatzen dira banan. Modelo hau azaltzen duten iturriak eskainiz. Hauek beste ikerketa batean oinarrituak daude. Modeloa ez ezik, prozesua zehatz-mehatz azaltzen da; edozeinek errepikatzeko moduan.
<b>Populazioaren kontzeptua eta lagina</b>	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da?	<b>Bai</b>	Barneratze eta kanporatze irizpideak azaltzen dira.
	Laginketa-estrategia egokia da?	<b>Bai</b>	Laginketa aleatorioa da. Ospitaleena, ospitale bakoitzeko bi unitateena eta talde experimental edo kontrolerako sailkapena. Aleatorizazioa ikerlari zein estatistikariengatik independentea izan zen (itsu hirukoitza)
	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	<b>Bai</b>	Extrapolazioaren bidez, aurreko ikerketa batean oinarritu ziren ikerketa honetako laginketa egokia kalkulatzeko. Galerak kontuan hartu ziren.

<p><b>Aldagaiaren neurketa</b></p>	<p>Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?</p>	<p><b>Bai</b></p>	<p>Datuen analisia aurrera eramateko erabilitako tresnak aipatzen dira (Patient-staff Conflict Checklist, Attitude to personality disorder questionnaire, Self-harm Antipathy scale, Ward Atmosphere Scale and SF-36v2). Hauen fidagarritasuna adierazten da eta hauek batek gidaliburua atxikituta dakarrela ere adierazten du.</p>
<p><b>Alborapenen kontrola</b></p>	<p>Azterlana eraginkortasunekoak edo harremanekoak den: Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaiak dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu?</p>	<p><b>Bai</b></p>	<p>Eraginkortasunekoak. Lagina talde ezberdinetan esleitzeko 3 esleipen aleatorio simple eraman ziren aurrera.</p>
	<p>Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?</p>	<p><b>Bai</b></p>	<p>Kontrol eta experimental taldeak ez zuten ezagutzen benetan zein talde ziren. Hala ere, unitate ezberdinetan lan egin zuten eta ordezkariak egin zituzten profesionalak zeuden eta horrek sesgoak agerian uzten ditu (ez ziren adierazleak izan) Esleipen aleatorioak ikerlari zein estatistikarietatik at egin ziren.</p>
<p><b>Emaitzak</b></p>	<p>Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?</p>	<p><b>Bai</b></p>	<p>Datu kuantitatiboetan oinarritzen diren emaitza zehatzak lortzen dira. Hauek, hasieran planteatutako helburuari erantzuten diote.</p>
<p><b>Azken balorazioa</b></p>	<p>Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?</p>	<p><b>Bai</b></p>	<p>Lortutako emaitzak aurrera eramango den ikerketarako interesgarriak suertatu dira. Emaitza hauek fidagarriak eta baliozkoak kontsideratu dira.</p>

<b>Artikuluak</b>										
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A replication study of the City nurse intervention</li> <li>2. De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service</li> <li>3. Identification of the “Minimal Triangle”</li> <li>4. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings</li> <li>5. De-escalating aggression and violence in the mental health setting</li> <li>6. Nonviolent Crisis Intervention</li> <li>7. Aggressive behavior on acute psychiatric wards</li> <li>8. Effective ingredients of verbal de-escalation</li> </ol>										
	Irizpideak	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	
<b>Helburua</b> k eta hipotesia	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
<b>Diseinua</b>	Erabilitako diseinu mota egokia da ikerketaren helbururako (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimental bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
<b>Populazioaren kontzeptua eta lagina</b>	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
	Laginketa-estrategia egokia da?	Ez	Bai	—	Bai	Ez	Ez	Ez	Ez	Bai
	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez
<b>Aldagaien neurtzea</b>	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
<b>Alborapenen kontrola</b>	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaiei dagokienez homogeneous direla ziurta dezakezu?	Ez	—	—	—	—	—	—	—	—

	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada:  Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?	Ez	Bai	—	Ez	Bai	Ez	Ez	Ez
<b>Emaitzak</b>	Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
<b>Amaitu balorazioa</b>	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai

### 5. Eranskina: Laburpen taula

Izenburua	Data	Egilea	Helburuak	Diseinu mota	Lagina	Aurkikuntza bereizgarriak	Hitz gakoak
<b>Habilidades de comunicación en enfermería de salud mental</b>	2014	Muñoz Castaño, M	Komunikazio trebetasunen garrantzia aurkeztea eta profesional-paziente arteko interakzioarako metodo hoberenak aurkeztea	Errebisioa	N = 32	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formakuntzaren garrantzia emozioen maneian eta komunikazio eraginkorragoan. Honetan ere <b>laguntza erlazioa</b> duen garrantzia.</li> <li>Komunikazioak dimentsio eta ezaugarri ezberdinak aurkezten ditu. Alde batetik dimentsioak; fisikoa eta psikologikoa, eta bestetik, ezaugarriak: empatia, gupida eta espiritualtasuna.</li> </ul>	Comunicación en enfermería Habiidades sociales Habilidades de comunicación Salud Mental Psiquiatría
<b>Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus</b>	2016	Garriga, M Pacchiarotti, I Kasper, S L. Zeller, S H. Allen, M Vázquez, G Baldarcara, L	Jatorri psikiatrikoko pazienteen tratamendu erabakietan eta balorazioan laguntzea	Errebisioa	Jatorri psikiatrikoko agitazioa pairatzen duten 18 urte baino gehiagoko helduaz hitz egiten duten iturriak  N = 124	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pazientearekiko <b>lehenengo interbentzioak</b> ahozko euspen zein ingurune aldaketei begira izan behar da; guztiak euspen neurri hertsatzaileak saihestearren. Ahozko euspena, besteak beste, agitazioaren <b>lehenengo faseetan</b> erabiltzen da.</li> <li><b>Ahozko euspena:</b> teknika konplexu eta interaktiboa non paziente espazio pertsonalago batera bideratzen den. <i>De-eskalada teknikaren 10 printzipioen aurkezpen laburra</i></li> <li>Antsietatetik biolentzia edo jarrera agresiborako eskalada aurreikusteko <b>alarma zeinu eta arrisku faktore</b> ezberdinen aurkezpena.</li> </ul>	Agitation Assessment Psychiatric emergency Restraint Verbal de-escalation
<b>Effective ingredients of verbal de-escalation: validating the “DABS”</b>	2016	Mavandadi, V Bieling, P.J Madsen, V	Alemaniazko “De-escalating Aggressive Behaviour Scale” eskala modifikatzea, honetan profesionalenganako praktika hobeen deskripzio egokienak barneratzea eta “English Modified version of DABS” balizotatzea	Ikerketa kuantitatibo psikometrikoa	N = 272 simulazio	<ul style="list-style-type: none"> <li>De-eskalatze teknikaren trebetasunak kuantitatiboki neurtzeko lehenengo neurria</li> <li>EMDABS eskalak barne hartzen dituen zazpi itemak: “Valuing the client”, “remaining calm”, “reducing fear”, “working out possible agreements”, “inquiring about client’s queries and anxiety”, “risky” eta <b>“providing guidance to the client”</b></li> </ul>	Client agitation De-escalation De-escalation scale Seclusion and restraint reduction Validity and reliability Verbal de-escalation



<p><b>Qualitative study of the agitation states and their characterization, and the interventions used to attend them</b></p>	<p>2016</p>	<p>Rubio Varela, M Huerta Ramoz, E Baladón, L Aznat-Lou, I Ortiz Moreno, J</p>	<p>Urgentzia psikiatrikoetan eta akutuen psikiatriko unitate batean agertzen diren agitazio egoeren definizioa eta karakterizazioa eta egoera horietarako interbentzio multzoak deskribatzea</p>	<p>Ikerketa kualitatiboa</p>	<p>Urgentzia psikiatrikoetan eta akutuen psikiatriko unitateetako agitazioa pairatzen duten pazienteak</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ahozko gerturatzea:</b> De-eskaladaren oinarriak jarraitzen duen interbentzioa (nahiz eta askotan 10 faseetako sistema ez den osorik jarraitzen). Pazientea erlaxatu eta pre-agitazio egoeran pazienteari arazoa konpontzeko alternatibak eskaintzen duen gerturatzea. Enpatian eta egoeraren kausan oinarritzen da.</li> <li>- Agitazioaren fase ezberdinak. Hauen ezaugarriak eta klinika eta hauetako bakoitzean aurrera eramane beharrezko interbentzio multzoak: <b>1.go, 2. eta 3. mailako interbentzioak.</b></li> </ul>	<p>Agitation Intervention techniques Psychiatry Qualitative research</p>
<p><b>De-escalation of aggressive behaviour in healthcare setting: Concept Analysis</b></p>	<p>2017</p>	<p>Hallett, N Dickens, G.L</p>	<p>Kliniko, hezitzaile eta ikerlariarentzat argitasuna bermatzen duen de-eskalada kontzeptuaren kontzeptu analisi bat aurrera eramatea.</p>	<p>Errebisioa: kontzeptu analisia</p>	<p>N = 79 artikulua</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De-eskalatze teknika gehienetan erizainek aurrera eramane duten teknika da. Bere buruaren zein inguruko segurtasuna bermatzeko, momentu bakoitzean beharrezkoak suertatzen diren interbentzioen identifikazioa egiteko profesional trebeak izan behar dira. Teknika ezberdinak onuragarriak edo kaltegarriak izan daitezke egoera ezberdinetan eta paziente ezberdinetan.</li> <li>- <b>Trebetasun hauek berezkoak edo esperientziaren ondorioz</b> bereganatutakoak diren zalantzan jartzen da.</li> <li>- De-eskalatze teknikaren ezaugarriak: komunikazioa, auto-erregulazioa, akzioak, segurtasuna eta ebaluaketa.</li> </ul>	<p>Aggression Concept analysis De-escalation Violence</p>
<p><b>Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques</b></p>	<p>2017</p>	<p>Price, O Baker, J Bee, P Grundy, a Scott, A Utler, D Cree, L Lovell, K</p>	<p>Osasun mentaleko unitateetan ematen den agresioaren aurreko de-eskalazio tekniken eraginkortasuna baldintzatzen duten erraztaile eta oztopoen inguruko pazienteen ikuspuntuen ikerketa.</p>	<p>Ikerketa deskriptibo kualitatiboa: elkarrizketa semi-egituratuak eta egituraren analisia</p>	<p>Aurreko urtean osasun mentaleko egituretan ospitaleratutako pazienteak eta hauetan, profesionalen interbentzioa behar izan zuen eskalada-jarrera baten gertaera</p> <p>N = 26 paziente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De-eskalatze teknika aldagai ezberdinek baldintzatzen dute: <b>“staff modifiers”</b> (<i>praktikan ematen diren errefluxuen falta, boterea eta kontrola, errespetua, gomendatutako de-eskalatze teknika, arauen subertsioa, distantzia sozialaren hurbiltzea, benekotasuna</i>), <b>“patient modifiers”</b> eta <b>“environmental modifiers”</b>.</li> <li>- De-eskalazio teknikak %80 batean murrizten ditu praktika hertsatzaileak eta ahozko agresiotik biolentziara eskalatzen duten bideak.</li> </ul>	<p>Aggression Communication De-escalation techniques Mental health Nursing Patient and public involvement Qualitative Restrictive practices Safety Violence</p>

<p><b>The support control-continuum: An investigation of staff perspectives</b></p>	<p>2018</p>	<p>Bee, P Price, O Baker, J Lovell, K</p>	<p>De-eskalatze teknikaren erabilera eta eraginkortasuna baldintzatzen duten faktoreen azterketa eta profesionalen hauen eta de-eskalatze teknikaren inguruan duten iritzia jasotzea.</p>	<p>Ikerketa kualitatiboa: semi-egituratutako elkarrizketak eta egituraren analisia</p>	<p>Osasun mentaleko unitatean sei hilabete baino gehiago lanean diharduten profesionalak (erizainak, erizain laguntzaileak, gainbegiraleak edota talde liderrak).</p> <p>N = 20</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aurkeztutako interbentzio ezberdinak hiru taldetan sailkatu ziren: <b>“Support techniques”</b>, <b>“Non-physical techniques”</b> eta <b>“Physical control techniques”</b>. Hauen artean “Support” eta “Non physical techniques” de-eskalatze teknikaren barne sailkatu ziren.</li> <li>- Profesionalen lagungarria ez den “gaixotasunari lotutako jokabidea” eta “gaixotasunari lotuta ez doan jokabidea” dikotomia azaltzen dute. <b>Pazienteak ezagutzea nahitaezkoa</b> da teknika egokiaren aukeraketan.</li> </ul>	<p>Aggression Communication De-escalation techniques Mental health Nursing Physical restraint Restrictive practices (...)</p>
<p><b>Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Project BETA</b></p>	<p>2011</p>	<p>S. Richmond, J S. Berlin, J B. Fishkind, A H. Holloman, G L. Zeller, S</p>	<p>De-eskalada teknikaren oinarri onenak zehaztea eta interbentzio gida bat proposatzea.</p>	<p>Gida klinikoa</p>	<p>Jatorri psikiatrikoko AP pairatzen duten pazienteak urgentzietako unitateetan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paradigma berriak adierazten duen prozesua: <i>pazientea ahoz tartean sartzea, kolaborazioan oinarritutako erlazioa sustatu eta azkenik paziente ahoz de-eskalatu agitzio egoeratik.</i></li> <li>- “Pazientea lasaitu beharrean”, “pazientea bere burua lasaitzen laguntzea”-gatik egiten da apustu. Pazienteak bere “locus kontrola” berreskuratzeko prozesua.</li> </ul> <p><b>De-eskalazio teknikaren 10 domeinuak</b></p>	
<p><b>Containment strategies for people with serious mental illness</b></p>	<p>2012</p>	<p>Muralidharan, S Fenton, M</p>	<p>Krisi psikiatrikoetan paziente akutu disruptiboak eusteko estrategia ezberdinen efektuak konparatzea (isolamendua eta euste fisikoa kanpo geldituz)</p>	<p>Errebisioa</p>	<p>Bere burua edo ingurukoak kaltetzeko arriskua duen paziente eusteko edozein neurri ez farmakologikoak konparatzen dituzten entsegu kontrolatu aleatorioak</p> <p>N = 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De-eskalatze teknikak barne hartzen du: agitzio eta haserretarako zeinu eta sintomak behatzea eta pazientearengana modu lasai eta kontrolatu batean gerturatzea, beti ere, aukerak eta duintasuna mantentzeko bideak eskainiz.</li> <li>- Azpimarratzekoa da erizaina beraren nortasunaren eta pazientearekiko <b>erlazioaren erabilera terapeutikoa</b>.</li> <li>- Intrusio maila baxuagoko interbentzioak onuragarriagoak suertatu eta gizakoiagoak diren arren, hauen eraginkortasuna eta onuragarritasuna ikertzea beharrezkoa da.</li> </ul>	

<p><b>A replication study of the City nurse intervention</b></p>	<p>2008</p>	<p>Bowers, L Flood, C Brennan, G Allan, T</p>	<p>Hiru Unitate Psikiatriko Akutuen gatazka eta euspenak murriztea aurretik ikertutako modelo baten erreplika eginez.</p>	<p>Entsegu kontrolatu ez aleatorizatuta</p>	<p>N = Londreseko Ekialdeko hiru Unitate Psikiatrikoko 5316 gatazka-euspen gertaera</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>“Gatazka”</b> eta <b>“euste”</b> kontzeptuen definizioa</li> <li>- Bai kontrol bai experimental unitateetan murrizketak egon ziren gatazka zein euspenetan. Kontrol taldearekin alderatuz ez zen emaitza esanguratsurik aurkitu.</li> </ul>	<p>Aggression Inpatient issues Practice development Restraint Safety and security</p>
<p><b>The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviour</b></p>	<p>2009</p>	<p>Kynoch, K Chiung-Jung, J Chang, A</p>	<p>Akutuen ospitale unitate batean ospitaleratuta dauden pazienteetan agertzen diren jarrera agresiboak prebenitzeko eta maneiatzeko praktika onena ezartzea.</p>	<p>Errebisio sistematikoa</p>	<p>Jarrera agresiboak azaltzen dituen pazienteen prebentzio eta maneiarako interbentzio ezberdinen eraginkortasuna neurtzen duen edozein entsegu kontrolatu aleatorio; N = 13</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ahozko zein biolentzia fisiko gehien jasaten duten profesionalak erizainak dira.</li> <li>- Erizain guztiak ez dira eroso eta konfiantzan sentitzen teknika hau erabiltzeko. <b>Esperientzia eta formakuntza</b> egokia beharrezkoa da.</li> <li>- 4 Formakuntza programen ebaluazioa: orokorrean erizainen konfiantza sentimendua handiago egin zen. <b>Geroz eta programaren modulu gehiago bete, geroz eta konfiantza sentimendu handiagoa.</b> Bigarren ikerketan <b>agresio edo biolentzia egoeren murrizketa</b> eman zen.</li> </ul>	<p>Violence Patient assault Aggression Workplace violence Systematic review</p>
<p><b>The De-escalating Aggressive Behaviour Scale: development and psychometric testing</b></p>	<p>2009</p>	<p>Nau, J Halfens, R Needham, I Dassen, T</p>	<p>“De-escalating Aggressive Behaviour Scale”-aren propietate psikometrikoak ebaluatzea eta garatzea.</p>	<p>Ikerketa kualitatiboa</p>	<p>N = 1748 (ikasle)+ 456 (aditu) emanaldien ebaluaketa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Eskalak proposatzen dituen 7 teknika</b> eta bakoitzean fidagarritasun gehien daukan identifikatutako interbentzioa: <i>Pazientea baloratua, Beldurra murriztu, Pazientearen antsietate eta nahien inguruan kezka adierazi, Pazientea gidatu, Adostasunak bilatzen saiatzea, Lasaitasuna mantentzea, Arriskuen balorazioa.</i></li> <li>- Teknika baten erabiltzeak ez du besteen ekitea inplikatzeko. Erizainak erabakitzen du.</li> </ul>	<p>De-escalating aggressive behaviour acale Instrument development Nurse education Psychometric testing</p>
<p><b>De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service</b></p>	<p>2015</p>	<p>Hallet, N Dickens, G</p>	<p>De-eskalatzeari buruzko profesional kliniko multzo baten ikuspegia aztertu.</p>	<p>Elementu kuantitatibo eta kualitatiboak barne hartzen dituen zeharkako galdeketa mixtoa</p>	<p>Osasun mentaleko St. Andrew’s markoko nahitaezko eta komenentziatzko lagina hartu zen, 70 parte hartzaile baino gehiago hartu nahian.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>“Hizkera lasaia”</b> gehien erabilitako eraginkortasun handieneko interbentzioa izan zen.</li> <li>- Inork ez zuen “arrisku seinaleen hautematea” eta “IM medikazioa” de-eskaladaren interbentzio eraginkor zein erabilgarrietako bat bezala identifikatu.</li> </ul>	<p>Aggression Forensic nursing Inpatients Mental health Prevention Control</p>

<p><b>Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards</b></p>	<p>2014</p>	<p>Bowers, L</p>	<p>Gatazka-euspén prozesuetan eragina duten faktoreen Safeward Modeloa deskribatzea.</p>	<p>Errebisioa</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modeloak zera aurkezten du: euspéna eragiten duten gatazkak eragiten dituzten faktore ezberdinak daude: Pazientearen komunitatea, Pazientearen ezaugarriak, Erregulazio markoa, Profesionala, Ingurunea eta Ospitale kanpoaldea.</li> <li>- Ulermen berriak esku-hartzeko modu berriak ekarriko ditu.</li> </ul>	<p>Acute care Aggression Coercion Control and restraint Inpatient issues</p>
<p><b>Identification of the “Minimal triangle” and other common event-to-event transitions</b></p>	<p>2013</p>	<p>Bowers, L James, K Quirk, A Wright, S Williams, H Stewart, D</p>	<p>Gatazka eta euspén gertakarien arteko trantsizio ohikoak aztertzea.</p>	<p>Zeharkako ikerkuntza deskribatzailea</p>	<p>(2009-2010) Londres eta Londres inguruko 31 ospitale ezberdinetako 84 unitate psikiatriko akutuetako (NHS) 522 paziente heldu .</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gertakari ezberdinen arteko <b>trantsizio</b> motak.</li> <li>- Normalean sekuentzia bat amaitzen duten gertakariak: ihesalditik bueltatzea, PRN medikazioa, de-eskalatzea, medikazio IM, aldizkako gainbegiraketaren hasiera, gainbegiraketa jarraia, isolamendua edo “time out”. Hiru gertakari arteko trantsizio ohikoena (minimal triangle): <b>ahozko agresioa, de-eskalatzea eta PRN medikazioa.</b></li> </ul>	
<p><b>The Safewards cluster randomised controlled trial</b></p>	<p>2015</p>	<p>Bowers, L James, K Quirk, A Simpson, A Stewart, D Hodsoll, J</p>	<p>Erizaintzako “Safewards model”-ek identifikatzen dituen 10 interbentzioen eraginkortasuna frogatzea.</p>	<p>Entsegu kontrolatu aleatorizatua</p>	<p>Londres inguruko (100km) 15 ospitale ezberdineko (9 NHS) 31 unitate psikiatrikotan lan egiten duten profesional eta pazienteak  N = 564</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gatazkak eta euspénak murriztu egin ziren aurrera eramandako interbentzioei esker. Gatazkak % 15 batean murriztu ziren eta euspénak % 26.5 batean.</li> </ul>	<p>Absconding Inpatient Psychiatry Rapid tranquillisation Restraint Seclusion Self harm Special observation Violence</p>
<p><b>Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings</b></p>	<p>2016</p>	<p>Lavelle, M Stewart, D James, K Richardson, M Renwick, L Brennan, G Bowers, L</p>	<p>Psikiatriko Unitate Akutuetan ospitaleratutako pazienteekiko de-eskalada teknikaren eraginkortasuna eta erabilera baldintzatzen dituzten faktoreen ikerketa egitea.</p>	<p>Atzera begirako kasu noten analisia</p>	<p>Londres/ Londres inguruko 31 ospitale artean ausaz aukeratutako 84 Unitate Psikiatriko Akutu/Zaintza Intentsiboko Unitate Psikiatrikoetan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erizaintzako egiten diren de-eskalatze formakuntza programak ez dira ebidentzia empirikoan oinarritzen.</li> <li>- De-eskalatzean eragina dituzten faktoreen artean, osasun mentaleko sistema, unitateetako ingurunea, pazienteen ezaugarriak eta profesionalen trebetasunak aipatzen dira.</li> <li>- <b>Identifikatutako de-eskalatutako 784 sekuentzietatik 476 eraginkorrak</b> izan ziren (%61)</li> </ul>	<p>Aggression Communication Inpatient Psychiatric nursing</p>

					ospitaleratutako pazienteak N = 522	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aurretik biolentzia edo agresibitate gertaerak</b> izan zituzten pazienteetan, de-eskalada teknikaren eraginkortasuna txikiagoa zela ikusi zen.</li> </ul>	
<b>Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis</b>	2012	Price, O Baker, J	De-eskalazio tekniken inguruko praktika egokienei buruz dauden ikerketa kualitatiboen sintesia egitea.	Errebisioa	N = 11 artikulua	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jokabide disruptibo zein agresiboak murrizteko <b>teknika psikosozial</b> ezberdinen multzoa osatzen dute de-eskalada. Ahozko zein ez-ahozko trebetasun komunikatiboak erabiliz. Teknika hauen garapena jokabide agresibo hauek murriztera eramango du.</li> <li>- 3 atal profesionalen trebetasunen inguruan: <i>profesional eraginkor baten ezaugarriak, kontrol pertsonala mantentzeko gaitasuna, eta ahozko zein ez-ahozko trebetasunak.</i></li> <li>- 4 atal interbentzioa egiteko moduarekin: <i>pazientea tartean nola sartu, noiz esku hartu, segurtasun baldintzak ziurtatzea eta de-eskaladarako estrategiak.</i></li> <li>- Formakuntza programak: asko ez dira ebidentzia egokian oinarritzen. Modelo psikologikoen beharra.</li> </ul> <p>De-eskalada tekniketari trebatzea ez du atzean utzi behar paziente-erizainaren <b>erlazio terapeutikoa</b>.</p>	De-escalation techniques Literature review Nursing interventions Violence and aggression management
<b>De-escalation and limit setting in forensic mental health units</b>	2012	Roberton, T Daffern, M Thomas, S Martin, T	De-eskalada eta muga ezarpenari buruzko literatura eta aktibitate hauek nola hobetu aztertzea.	Errebisioa		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mugen ezarpenerako</b> metodo eta ikuspegi ezberdinak daude. Profesionalen trebetasunak eta taldean arazoei irtenbidea emateko gaitasuna gakoak dira mugen ezarpenean.</li> <li>- De-eskalada programa ezberdinetan identifikatutako interbentzioak: <b>komunikazioa, erlazio terapeutikoa eta difusio teknikak.</b></li> <li>- De-eskalada, <b>hasierako egoera ebaluatzeko gaitasunarekin</b> lotzen den prozesua da. Gertakari baten hasiera identifikatzeko gaitasuna ezinbesteko baldintza da.</li> <li>- De-eskalada gauzatzeko bi modelo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fase bakoitzean oinarritzen den prozesua</li> <li>- Modelo klinikoa: balorazioa, komunikazioa eta arazoen irtenbidea lortzeko taktikak</li> </ul> </li> </ul>	Aggression De-escalation Forensic nursing Hospital Limit setting

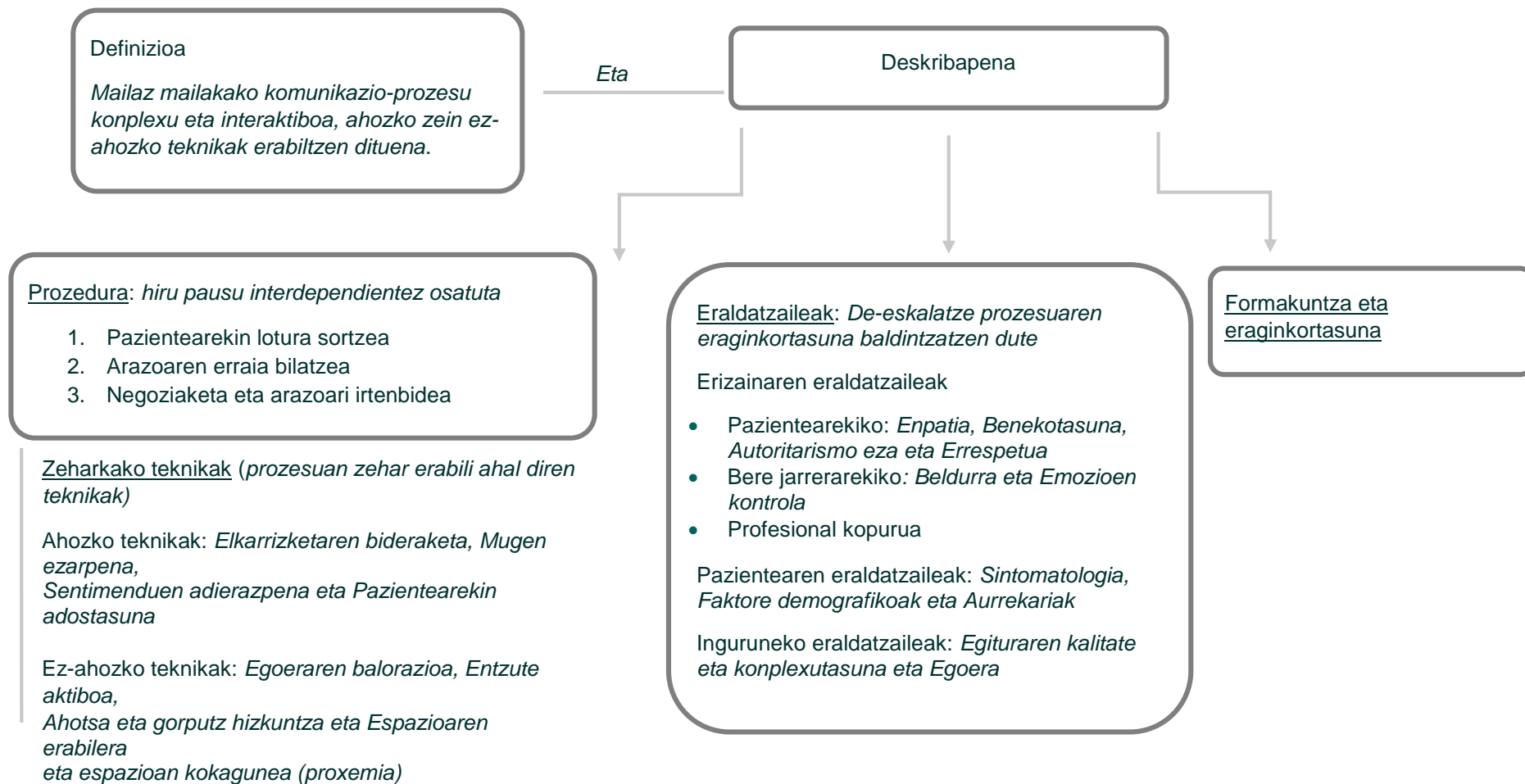
<p><b>Violence and aggression: short-term managements in mental health, health and community settings</b></p>	<p>2015</p>	<p>Carson, C Allaby, M Middleton, C Barnett, R Bowers, L Ducbury, J</p>		<p>Gida klinikoa</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osasun zainketa eta zainketa sozialak eskaintzen dituzten antolakuntzek, biolentzia eta agresioen maiztasuna kontuan hartuta, “breakaway techniques”-etan, de-eskaladan eta agresio prebentzio eta aurreikuspenean formakuntza jasotako profesionalen beharra kontsideratu behar dute.</li> <li>- Profesionalen formakuntzari dagokionez:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erabiltzailea bere tratamendu eta zainketa inguruko erabaki guztietan sartu behar da.</li> <li>- <b>Erlazio terapeutikoa</b> bultzatu</li> <li>- Biolentzia edo agresio arriskuaren eta osasun mentaleko arazoaren arteko erlazioa ulertu.</li> <li>- Agresio edo biolentziaren aurreikuspenean eta hauen maneirako teknika eta trebetasunetan formakuntza (de-eskalada)</li> </ul> </li> <li>- De-eskalada gauzatzeko gomendioak</li> </ul>	
<p><b>Practice Recommendations for Assessment, Prevention and Alternative Approaches to the Use of Restraint</b></p>	<p>2012</p>	<p>Wagner, L Perivolaris, A Boaro, N Casselmann, L Carreau, L Edgar, S</p>		<p>Gida klinikoa</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erlazio terapeutikoa jarrera agresibo zein disruptiboan murrizketa dakar. Erlazio honi esker erizainak komunikazio terapeutiko bat erabiltzen du pazientearen zainketa plan egokia bermatzeko. Bide honetan, de-eskalada beharrezkoa suertatzen da euspen hertsatzaileak beharrezkotzat jotzen dituzten jarrerak murriztu edo prebenitzeko.</li> <li>- Erlazioaren oinarriak: enpatia, benekotasuna eta errespetua.</li> <li>- Garrantzitsua da euspen hertsatzaileen laguntzarekin amaituko diren egoerak saihestea. Horretarako, erabiltzailea artatzen den lehenengo momentutik <b>arriku faktoreak identifikatzea</b> ezinbestekoa da. Hauek identifikatu, erregistratu eta talde multidiziplinarrarekin komunean jarri.</li> </ul>	
<p><b>Nurses under threat</b></p>	<p><u>2005</u></p>	<p>Farrell, G Cubit, K</p>	<p>Agresioak maneiatzeko 28 formakuntza programa ezberdinen edukien alderaketa egitea.</p>	<p>Errebisioa</p>	<p>Agresioa maneiatzeko formakuntza programak  N = 28</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programetan 13 edukien barneratzea baloratu zen. Gehien errepikatzen ziren edukiak “jokabide agresiboaren kausak” (n = 23), eta “<b>komunikazioa, erlazio terapeutikoa eta difusio teknikak</b>” (n = 22) izan ziren.</li> <li>- Formakuntza jarraia garrantzia.</li> </ul>	<p>Aggression management programs Aggression Nurses, Violence</p>

<p><b>De-escalating aggression and violence in the mental health setting</b></p>	<p><u>2003</u></p>	<p>Cowin, L Davies, R Estall, G Berlin, T Fitzgerald, M Hoot, S</p>	<p>De-eskalatze proiektua (kit) eta bere eraginkortasuna aztertzea (posterra, inkestak eta formakuntza sesio bat)</p>	<p>Ikerketa preexperimentala</p>	<p>N = 49 erizain</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De-eskalatze proiektua eraginkorra izan zen. Bai emergentzia zerbitzuetan bai osasun mentaleko unitateetan ezagutzen hobekuntza eman zen erizainetan. Formakuntza teknikak eraginkorrak dira.</li> </ul>	<p>Aggression and violence De-escalation Therapeutic nursing care Verbal de-escalation</p>
<p><b>Aggressive behaviour on acute psychiatric wards</b></p>	<p>2007</p>	<p>Foster, C Bowers, L Nijman, H</p>	<p>Jokabide agresiboen jatorria eta prebalentzia, eta heteroagresibitate kasuetan hauek maneiatzeko erizainek erabilitako neurriak ikertzea.</p>	<p>Atzera begirako kasuen analisia</p>	<p>Londreseko ospitale bateko 5 unitatetan emandako gatazka kopurua  N = 254</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gatazken % 29,5-ean kausa pazienteari zerbaitekiko ezezkua ematea izan zen.</li> <li>- Gatazken % 43.5-ean ahozko interbentzioa erabili zen.</li> <li>- "Pazientearekin hitz egitea" (%50) eta "modu lasaian lekutik mugiaraztea" (%50) gatazka agresiboa geldiarazteko erabiliak izan ziren.</li> </ul>	<p>Aggressive behaviour Empirical research report Inpatients Management Nursing Prevalence Psychiatry</p>
<p><b>Nonviolent Crisis Intervention</b></p>	<p>2014</p>	<p>Wakefield, S</p>	<p>"NCI Training"-aren eraginkortasuna ebaluatzea.</p>	<p>Ikerketa kuantitatiboa</p>	<p>N = 213 erizain (emergentzia zerbitzuetakoak)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ikerketak emaitzetan atzerakada jasan zuen. Nahiz eta hasieran eragin positibo bat izan zuen, ondoren erlazio negatiboa adierazi zen. Hala ere, "kodigo moreen" %23-ko murrizketa eman zen.</li> <li>- Formakuntzaren jarraitortasuna: 6 hilabetero formakuntza jarraia izatea beharrezkoa da etengabeko onurak lortzeko eta eraginaren beherakada saihesteko.</li> </ul>	<p>Hospital violence Nursing violence Violence de-escalation Violence incidence Violence training Workplace violence</p>

6. Eranskina: Zuhaitz kategoriala



De-eskalada teknika





## 7. Eranskina: De-eskalada Agitazioan Posterra

