



# Efectividad de la de-escalada verbal en el manejo de la agitación psicomotriz de origen psiquiátrico

Trabajo Fin de Grado

2018-2019

Autora: Laura Alutiz Cantabrana

Tutor: Javier Otero Prol

Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz

Número de palabras: 5.815



# ÍNDICE

Resumen .....	5
Marco conceptual y justificación.....	6
Objetivo .....	9
Metodología.....	10
Resultados.....	12
Intervenciones para la detección precoz .....	12
Escala de valoración.....	12
Intervenciones sobre el entorno.....	13
Modulación sensorial .....	14
Intervenciones sobre el personal.....	15
Omega .....	15
Trauma-Informed Care (TIC) .....	16
Nonviolent Crisis Intervention (NCI) .....	17
Methodical work (MW) .....	17
Otras.....	18
Intervenciones sobre el entorno y el personal .....	19
Safewards.....	19
Otras.....	21
Conclusiones .....	22
Bibliografía.....	23
Anexo 1: Ejercicio de búsqueda: Descomposición de los términos de búsqueda.....	26
Anexo 2: Tabla de proceso de búsqueda y proceso de selección de la bibliografía .....	29
Anexo 3: Diagrama de flujo para la selección de la literatura .....	36
Anexo 4: Lectura crítica de la literatura seleccionada .....	37
Anexo 5: Resumen de la literatura seleccionada.....	44
Anexo 6: Árbol categorial .....	64



## Resumen

La agitación psicomotriz (AP) de origen psiquiátrico es un tipo de urgencia con altos niveles de prevalencia cuyo abordaje erróneo puede derivar en situaciones de auto- y hetero-agresividad y/o violencia. Las medidas no coercitivas, por su menor número de consecuencias negativas, constituyen la primera línea de actuación ante este síndrome.

La presente revisión crítica de la literatura se centra en la de-escalada verbal con el fin de identificar las intervenciones más efectivas para el manejo de la AP de origen psiquiátrico. Para dar respuesta a este objetivo se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos y revistas científicas, de las cuales, un total de 15 artículos fueron seleccionados.

Se describieron cuatro tipos de intervenciones: detección precoz mediante escalas de valoración de riesgo, cambios en el entorno mediante la modulación sensorial, programas de educación a los profesionales y la combinación de las dos últimas. Finalmente se identificó el uso de las escalas de valoración de riesgo, las salas de modulación sensorial y la educación teórica a los profesionales y mediante los modelos Safewards, MW y Omega como las intervenciones más efectivas.

## Marco conceptual y justificación

En los servicios de urgencias y psiquiatría es habitual encontrar a pacientes con diferentes patologías que presentan una alteración súbita en la actividad motora que puede suponer un riesgo para ellos mismos o para terceros. Esta alteración, conocida como excitación o agitación psicomotriz (AP), se define como un síndrome en el que se produce un aumento de la actividad motora acompañado por una sensación de intranquilidad psíquica<sup>1</sup>.

Es preciso puntualizar que la AP no es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni por el DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) como una enfermedad, sino que es clasificada como un síndrome (conjunto de signos y síntomas) característico de múltiples patologías psiquiátricas<sup>1-3</sup>.

El aumento de la actividad motora puede cursar en diferentes niveles que comprenden desde una leve inquietud hasta movimientos descoordinados, repetitivos y no productivos localizados principalmente en las extremidades superiores. Por su parte, la tensión interna puede manifestarse por medio de un estado emocional ansioso, colérico, eufórico o irritable<sup>1,4-6</sup>.

El curso de la AP se clasifica como dinámico y de duración variable en el que entran en juego numerosas variables que pueden llevar a conductas agresivas e incluso violentas. Tanto la auto- como la hetero-agresión son situaciones excepcionales que pueden darse en pacientes con AP, no obstante, se debe subrayar que no todos los pacientes llegan a ese extremo, por lo que no se debe clasificar al paciente agitado como paciente agresivo y/o violento<sup>5,7</sup>.

Debido al carácter dinámico de la AP se han validado múltiples escalas de valoración, como *De-escalating Aggressive Behaviour Scale* y la escala Síntomas Positivos y Negativos, Componente de Excitación (PEC), las cuales tienen el objetivo de detectar cambios en la gravedad de la AP y a partir del riesgo que suponen dichos cambios poner en marcha las estrategias más adecuadas para su manejo<sup>8-9</sup>.

La etiología de la AP puede tener su base en la existencia de diversas patologías psiquiátricas, múltiples trastornos orgánicos y procesos mixtos (tabla 1)<sup>2,5,10</sup>. La diferencia característica entre la AP de origen psiquiátrico y las otras etiologías es que el nivel de conciencia de los pacientes que la padecen no se encuentra alterado<sup>6</sup>.

La AP es considerada una urgencia psiquiátrica, es decir, es una situación que exige una respuesta inmediata y coordinada por parte de profesionales sanitarios debido a una alteración que supone un riesgo para la vida o integridad del paciente y/o de terceros<sup>5,12</sup>.

Como urgencia psiquiátrica es común, tanto que en Estados Unidos se producen aproximadamente 1.7 millones de casos cada año<sup>13</sup>. De acuerdo con un estudio retrospectivo realizado Brasil, de las 1.088 urgencias psiquiátricas registradas, un 65,7% fueron por cuadros de AP y/o agresión<sup>14</sup>. Aproximadamente un tercio de las situaciones de AP progresan a conductas agresivas y/o violentas<sup>15</sup>.

Los datos recogidos relativos a las urgencias psiquiátricas anuales en España señalan que el 2.6% de las llamadas realizadas a los servicios de emergencias corresponden a urgencias psiquiátricas, y que entre dichas llamadas el 44,7% (37.951 llamadas) corresponden a pacientes con AP (1,9% de las llamadas totales al servicio de emergencias) <sup>16</sup>. Existen estudios que estiman que el 25% de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y el 15% de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar padecen al menos un episodio de AP cada año<sup>17</sup>.

**Tabla 1. Etiología principal de la agitación psicomotriz**

<i>Agitación psicomotriz de origen psiquiátrico</i>	Pacientes con trastornos psicóticos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esquizofrenia</li> <li>- Trastornos delirantes</li> <li>- Trastorno bipolar</li> </ul> Pacientes con trastornos no psicóticos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos afectivos</li> <li>- Trastornos adaptativos</li> <li>- Trastornos de ansiedad</li> <li>- Discapacidad intelectual</li> <li>- Trastorno de la personalidad</li> </ul>
<i>Agitación psicomotriz de origen orgánico (delirium)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatismo craneoencefálico</li> <li>- Procesos infecciosos que afectan el sistema nervioso central (encefalitis, meningitis)</li> <li>- Hipoxia</li> <li>- Alteraciones metabólicas</li> <li>- Epilepsia</li> <li>- Intoxicaciones</li> </ul>
<i>Agitación psicomotriz de origen mixto</i>	Intoxicación o abstinencia por consumo de alcohol, anfetaminas, cannabis, opiáceos, ansiolíticos, etc. en pacientes con patología psiquiátrica.

2, 5, 10-11

Las intervenciones llevadas a cabo por el personal sanitario ante la AP de etiología psiquiátrica han sido ampliamente investigadas, lo cual ha permitido implementar una gran variedad de actuaciones que, con el objetivo garantizar la seguridad y evitar la progresión en la escalada de agitación, pueden ser divididas en dos grupos: coercitivas y no coercitivas (tabla 2)<sup>18</sup>.

El uso de las medidas coercitivas está ampliamente extendido, pero investigaciones realizadas en las últimas décadas han determinado que este tipo de intervenciones conllevan repercusiones físicas (luxaciones, fracturas, úlceras por presión e incluso la muerte, etc.) y psicológicas (malestar emocional, sentimientos de miedo, humillación, etc.) sobre los pacientes. El uso de esas medidas también conlleva numerosas consecuencias negativas sobre los profesionales que las ponen en marcha, y abarcan desde leves lesiones traumatológicas hasta emociones de culpa, desesperanza etc. que pueden derivar en un estado emocional de agotamiento haciendo que se sientan sobrepasados por los problemas laborales, estado conocido como “*burn-out*”<sup>6,7,19</sup>.

**Tabla 2: Resumen de las principales intervenciones empleadas en el abordaje de la agitación psicomotriz asociada a enfermedad psiquiátrica**

Medidas coercitivas	Medidas no coercitivas
Aislamiento terapéutico	Contención verbal
Contención farmacológica	Tratamiento farmacológico consensuado
Contención física	
Contención mecánica	

5-6,9,18

Por otro lado, el uso de las intervenciones coercitivas conlleva importantes implicaciones bioéticas. El principal conflicto se produce entre los principios de autonomía y beneficencia, es decir, la libertad de decisión frente a la adopción de medidas involuntarias de protección. El uso de dichas medidas introduce también el conflicto legal por no respetar la autonomía del paciente, no obstante, el artículo 9.1. de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente estipula que en caso de existir un riesgo inminente para la integridad del paciente el médico puede poner en marcha dichas medidas<sup>4,20-21</sup>.

Igualmente, se debe tener en cuenta que el coste económico de cada contención mecánica es de entre 513 y 1.160 euros en concepto de material de sujeción e instalaciones, estimando que el proceso de contención no supere las 4 horas de duración (27 millones de euros anuales). En los casos de agitación de menor gravedad en los que únicamente se emplean medidas no coercitivas el coste aproximado de su manejo es de 282 euros<sup>17, 22</sup>.

Como consecuencia de las implicaciones negativas expuestas, se han establecido las medidas no coercitivas como primera línea de acción ante la AP de origen psiquiátrico, medidas entre las que se encuentra la de-escalada verbal, también conocida como contención o desactivación verbal<sup>2-3,5,18</sup>, la cual consiste en un acercamiento verbal que, acompañado de comunicación no verbal y control ambiental, tiene el fin de de-escalar y/o evitar la escalada en el nivel de agitación del paciente<sup>5,11</sup>. Múltiples recomendaciones y protocolos han sido desarrollados con el fin de estandarizar la técnica<sup>5-6,9,18,23</sup>, entre los cuales se debe destacar el proyecto de buenas prácticas para la evaluación y tratamiento de la agitación (BETA) realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría de Emergencias. En él se establecen 10 dominios a cerca de la comunicación verbal, no verbal, valoración, medidas ambientales y educación a los profesionales para la correcta práctica de la de-escalada verbal<sup>23</sup>.

Las/os profesionales de enfermería componen gran parte del personal que inicialmente se debe enfrentar a las situaciones de AP de origen psiquiátrico, y por ello son las/os que pueden y deben conocer y poner en marcha las intervenciones más efectivas de la de-escalada verbal, y con el objetivo de identificar dichas medidas se realiza la siguiente revisión crítica de la literatura.



## Objetivo

Identificar las intervenciones de la de-escalada verbal más efectivas para el manejo de la agitación psicomotriz de etiología psiquiátrica.

## Metodología

Tras definir el objetivo, se llevó a cabo una revisión crítica de la literatura. Para realizarla, se descompuso el objetivo y seleccionaron los conceptos clave, así como sinónimos, antónimos y su traducción al inglés (lenguaje natural). Tras la identificación de los diferentes términos se buscó su equivalente en lenguaje controlado (descriptores) de cada base de datos en las que se realizarían las búsquedas (anexo 1).

Entre noviembre de 2018 y febrero de 2019 se llevó a cabo la estrategia de búsqueda que consistió en el ensayo de diferentes ecuaciones en múltiples bases de datos: Medline, Cinhal, CUIDEN y PsycINFO. Para la creación de las ecuaciones de búsqueda se combinaron diferentes términos del lenguaje controlado y términos que no tenían un descriptor asignado mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”. Las búsquedas y sus resultados fueron analizados con el fin de ser reformulados y encontrar artículos centrados en el objetivo. También se llevaron a cabo búsquedas manuales en las revistas científicas Wiley Online Library y ScienceDirect (anexo 2).

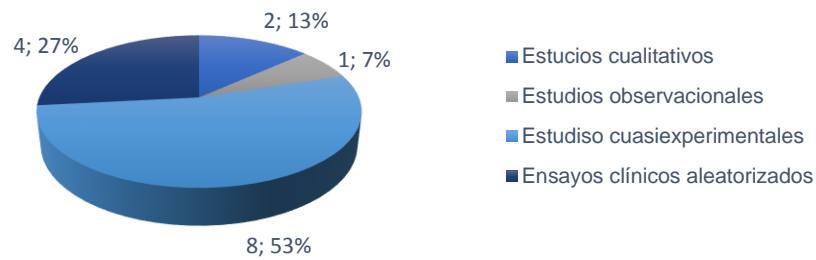
Con el fin de asegurar que los artículos seleccionados se ajustaran al objetivo definido, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión (la fecha de publicación se incluyó en las ecuaciones de búsqueda):

- Criterios de inclusión:
  - Fecha de publicación: artículos publicados entre 2008 y 2018 con el fin de que la información esté actualizada.
  - Idioma de publicación: artículos publicados tanto en inglés como en castellano debido a la mayor cantidad de evidencia que existe en inglés.
  - Origen de la agitación psicomotriz: artículos que aborden la AP asociada trastornos psiquiátricos.
  - Lugar de manejo de la AP: artículos que hablen del manejo de la agitación en hospitales psiquiátricos y hospitales generales en unidades de psiquiatría y servicio de urgencias, ya que son las áreas en las que más se van a ver estas situaciones.
  - Profesional: artículos que hagan referencia a competencias y actuaciones de los profesionales de enfermería.
  - Tipo de publicación: publicaciones basadas en la evidencia de bases de datos científicas y revistas. Debido al bajo número de ensayos clínicos aleatorizados y cuasiexperimentales se permite el uso de estudios cualitativos.
- Criterios de exclusión
  - Edad: artículos que hablen únicamente de la agitación psicomotriz de origen psiquiátrico en menores de edad, ya que el manejo de esta en menores de edad es diferente debido al desarrollo cognitivo de este grupo.

Tras finalizar las búsquedas en las bases de datos y revistas científicas se obtuvieron un total de 1.091 artículos, 793 y 298 respectivamente. Sobre ellos se llevó a cabo un proceso de selección dividido en 3 fases y reflejado en un diagrama de flujo (anexo 3). La fase 1 consistió en la selección de artículos mediante la lectura de título y resumen además de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión tras lo que se obtuvieron de 403 artículos, de los cuales 11 no estaban disponibles a texto completo. Después la lectura completa de los 392 artículos restantes (fase 2), un total de 345 fueron eliminados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión y 73 se repetían en las búsquedas. Los 15 artículos finales fueron sometidos a la tercera fase que consistía en su lectura crítica (fase 3) (anexo4) y se realizaron tablas resumen destacando la información más relevante de cada uno de ellos (anexo 5).

## Resultados

Tras la finalización del proceso de selección crítica de la literatura se obtuvieron 15 artículos para dar respuesta al objetivo, los cuales se encuentran representados en la figura 1. A partir de la información recogida en los artículos se diferenciaron 4 intervenciones sobre las que analizar su efectividad: detección precoz, intervención sobre el medio, sobre el personal y sobre ambos (anexo 6).



**Figura 1: Artículos seleccionados para responder al objetivo de la revisión**

### Intervenciones para la detección precoz

La detección de los signos y síntomas prodrómicos de la AP de origen psiquiátrico constituye el primer paso, previo a la implantación de cualquier intervención, algo para lo que se deben tener en cuenta las características de los pacientes y del episodio.

Se debe mencionar el estudio observacional retrospectivo realizado por *Lavelle M, et al.* con el fin de identificar los factores que influyen en el uso y éxito de la de-escalada verbal en pacientes psiquiátricos con sintomatología aguda. Mediante una escala validada para la recogida de información se observó que del número total de casos en los que se empleó la de-escalada (784) esta fue exitosa en el 61% (476), en los cuales se identificaron el sexo masculino, niveles de violencia menores (verbal y hacia objetos) y eventos relacionados con la medicación (por administración o negación de esta) como precursores de la AP con mayores tasas de éxito de la de-escalada. Los autores identificaron mejores resultados en la de-escalada verbal cuando el episodio de AP se identificaba precozmente<sup>24</sup>. Para poder realizar dicha identificación de forma estandarizada y objetiva el proyecto BETA menciona varias escalas de valoración validadas<sup>23</sup>. A continuación se presentan varios estudios que midieron la efectividad de uso de diferentes escalas de valoración.

### Escalas de valoración

El uso de la escala *Brøset Violence Checklist (BVC-CH)* es propuesto por *Abderhalden C, et al.* como estrategia para la reducción de la incidencia de episodios agresivos y uso y duración de medidas coercitivas para su tratamiento. Con el fin de dar respuesta a su objetivo implantaron el uso de la BVC-CH en 4 unidades de hospitalización psiquiátrica (grupo intervención, GI), mientras que en otras 5 unidades (grupo control, GC) no se estableció ninguna intervención.

Mediante una escala validada y el registro intrahospitalario estandarizado de las medidas coercitivas se llevó a cabo la recopilación de los resultados a estudio. Tras ajustarlos a las diferencias socio-demográficas entre el GI y GC, y a pesar del escaso tamaño muestral, el uso de la escala BVC-CH demostró tener un efecto estadísticamente significativo en la disminución de la incidencia de los ataques al personal y terceras personas (41%) y del uso de las medidas coercitivas (27%) con una  $p < 0.001$  para ambos objetivos en el GI. Los autores observaron una disminución en la incidencia de los sucesos agresivos para ambos grupos (41% GI y 15% GC) siendo estadísticamente significativo solo para el GI ( $p < 0.001$ ).

*Abderhalden C, et al.* relacionaron sus resultados positivos con el uso de la escala BVC-CH, pero también con una lista de medidas de actuación para el manejo de las situaciones de alto riesgo. En dicha lista exponían un total de 18 estrategias ordenadas de menos a más en su nivel de coerción entre las cuales se encontraba la medida de de-escalada verbal<sup>25</sup>.

*Van de Sande R, et al.*<sup>26</sup> realizaron un ensayo clínico aleatorizado sobre cuatro unidades de hospitalización psiquiátrica con el mismo objetivo que el estudio anterior con las diferencias de que se centraron en el aislamiento como principal medida coercitiva y emplearon múltiples escalas de valoración (tabla 3)<sup>26</sup>.

El análisis de los datos, recogidos con escalas validadas para el número de agresiones y la incidencia y duración de los aislamientos, demostró que el uso de las escalas es efectivo para la disminución del riesgo de incidentes agresivos (68% para el GI) a pesar de lo cual la incidencia no mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.10$ ). En lo referente a los eventos de aislamiento, la intervención de *Van de Sande R, et al.* no tuvo resultados positivos sobre la incidencia (disminuyó en un 15%,  $p > 0.05$ ), pero sí sobre el total de horas, 45% menor, en el GI.

**Tabla 3: Escalas de valoración empleadas por Van de Sande r, et al.**

<b>A diario</b>	Brøset Violence Checklist Kennedy-Axis V (versión reducida)
<b>Una vez a la semana</b>	Kennedy-Axis V (versión completa) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Dangerousness Scale Social Dysfunction and Aggression Scale

A pesar de ello, se debe tener en cuenta que los resultados negativos del estudio pueden ser debidos al escaso tamaño muestral y a la imposibilidad de asegurar el cegamiento de los profesionales de las unidades<sup>26</sup>.

### Intervenciones sobre el entorno

El proyecto BETA también señala la necesidad de un espacio adecuado para poder llevar a cabo una de-escalada verbal exitosa haciendo referencia a un espacio seguro para los pacientes y profesionales con objetos y características que eviten la estimulación excesiva<sup>23</sup>.

Los estudios presentados a continuación evaluaron los efectos de una sala de modulación sensorial, equipadas con diferente material, dentro de unidades de hospitalización psiquiátrica.

### *Modulación sensorial*

Los estudios cualitativos realizados por *Forsyth AS, et al.* y *Sutton D, et al.*, además de introducir una sala de modulación sensorial e instruir a los profesionales y pacientes en su uso, llevaron a cabo sesiones teóricas dirigidas a los profesionales sobre los principios de modulación sensorial. La recogida de información para la elaboración de los resultados de ambos estudios se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas a los participantes<sup>27-28</sup>.

Sin embargo, hay diferencias metodológicas entre los estudios. *Forsyth AS, et al.*, permitieron el uso de la sala a los pacientes para conocer sus preferencias, y a los profesionales tras episodios estresantes; y únicamente analizaron las perspectivas de 4 enfermeras y 2 terapeutas ocupacionales, no de los pacientes<sup>27</sup>. *Sutton D, et al.* realizaron reuniones grupales con los participantes en los estudios para la recogida de información, participantes entre los que incluyeron a 40 profesionales (29 enfermeras/os) y 20 pacientes dados de alta que utilizaron la sala<sup>28</sup>.

De acuerdo con los resultados presentados por ambos estudios, el uso de la sala tenía un efecto positivo para la prevención<sup>27</sup> y el manejo<sup>27-28</sup> de la AP, ya que los pacientes la identificaban como un espacio de tranquilidad, informal, libre de interrupciones y seguro en el que lograban una sensación de control sobre sus emociones e impulsos, así como una desconexión del medio que permitía centrar su atención en el momento y su estado físico, dejando atrás la sensación de hiperactividad física y mental<sup>27-28</sup>. Si bien los pacientes concluyeron que la habitación disminuía su nivel de agitación, señalaron que su efecto no era duradero<sup>28</sup>.

Por parte de los profesionales, estos observaron que la habitación también tuvo un efecto positivo en las relaciones interpersonales formadas entre pacientes y profesionales<sup>28</sup> y en la disminución en el uso de medicación de rescate<sup>27</sup>. Igualmente, los profesionales de ambos estudios señalaron que el efecto producido por el uso de la sala ayudaba al uso y éxito del resto de medidas de contención verbal<sup>27-28</sup>.

A pesar del escaso tamaño muestral de ambos estudios, los resultados muestran valoraciones positivas sobre el uso de la sala en el manejo de la AP, sin embargo, ambos estudios tienen una metodología cualitativa lo cual no permite conocer objetivamente la efectividad de la intervención. *Novak T, et al.* realizaron un estudio cuasiexperimental valorando la introducción de una sala de modulación sensorial en una unidad de hospitalización psiquiátrica, para lo que previamente profesionales y pacientes fueron instruidos en su uso. Realizaron una escala de autoevaluación de nivel de angustia para los pacientes y una escala con 11 ítems de comportamiento que completaban los profesionales antes y después del uso de la sala.

Con un total de 75 episodios registrados, de 39 minutos de duración media, concluyeron que el uso de la sala tenía un efecto estadísticamente significativo en la disminución el nivel de angustia percibido por los pacientes ( $p < 0.001$ ) y rebajando, de acuerdo con los profesionales, los ítems de actitud invasiva, irritabilidad, elevación del tono de voz, aumento de los movimientos y su velocidad, ansiedad ( $p < 0.001$ ) y retraimiento ( $p < 0.05$ ). También identificaron la manta con peso, la música, la lectura y la mecedora como los materiales más usados, aunque solo hallaron diferencias estadísticamente significativas sobre el nivel de angustia referido por los pacientes ( $p = 0.002$ ) y el nivel de ansiedad percibido por los profesionales ( $p = 0.03$ ) para la primera.

Los resultados presentados por *Novak T, et al.* demuestran la efectividad de la sala sobre la AP, sin embargo, se debe tener en cuenta que la muestra era predominantemente femenina y que las escalas de medición no fueron validadas, lo cual indica un posible sesgo respecto a la forma en la que cada individuo interpreta los términos empleados<sup>29</sup>.

### Intervenciones sobre el personal

El proyecto BETA, además de señalar la importancia del entorno en la de-escalada de la AP, subraya la necesidad de que los profesionales en contacto con el paciente en estado de AP estén instruidos de forma práctica y teórica en la técnica de de-escalada verbal<sup>23</sup>. De acuerdo con esto, a continuación, se presentan una serie de estudios que implantaron diferentes programas de intervención para la educación del personal.

#### Omega

*Geoffrion S, et al.* realizaron un estudio cuasiexperimental en el que implantaron la intervención Omega (tabla 4) en una unidad de cuidados psiquiátricos intensivos y otra de atención a urgencias psiquiátricas. Para la realización del estudio se recogió la información referente al número y duración de los aislamientos y las restricciones físicas ocurridas los 20 meses previos, los 10 meses inmediatamente después y 19 meses de seguimiento tras la implantación de la intervención. Durante el periodo de estudio se registraron un total de 6933 episodios en la unidad de cuidados intensivos frente a 880 registrados en el servicio de urgencias.

**Tabla 4: Educación a los profesionales con el modelo Omega**

<b>Día 1</b>	Enseñanza de los 4 valores (respeto, profesionalidad, seguridad y responsabilidad) y 5 principios (protección personal, evaluación de la situación, predicción de comportamientos, emplear el tiempo necesario e individualizar las intervenciones centrándolas en el paciente) del modelo.
<b>Día 2</b>	Teoría y práctica para realizar una correcta evaluación y clasificación de la situación y lograr el acercamiento pacífico al paciente.
<b>Día 3</b>	Información teórica y ejercicios prácticos a cerca de las estrategias y medidas (verbales, psicológicas y físicas) empleadas para el abordaje de la situación.

**Día 4** | Instrucción a cerca de la realización de informes post-incidente y feedback del modelo completo.

30

Tras analizar los resultados, observaron que la intervención tenía un efecto estadísticamente significativo en las 2 mediciones post-intervención para la reducción en el número de aislamientos ( $p=0.0004$  y  $p=0.0023$ ), el número de restricciones físicas empleadas ( $p=0.0015$  y  $p=0.0035$ ) y para la duración de las intervenciones de aislamiento ( $p=0.0021$  y  $p=0.0069$ ) en la unidad psiquiátrica. En la primera medición para la duración del uso de las restricciones físicas hallaron una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.0032$ ), sin embargo, en la segunda medición los resultados no fueron significativos ( $p=0.073$ ). En lo referente al servicio de urgencias, a pesar de presentar una disminución en todos los ítems, los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos mostrando una  $p>0.05$ .

De acuerdo con los resultados presentados, el modelo Omega es efectivo para la reducción del número y duración de aislamientos y restricciones físicas empleadas en unidades psiquiátricas de cuidados intensivos. A pesar de los resultados positivos, no se puede asegurar la efectividad de la intervención en otras unidades debido al limitado tamaño de la muestra y las características específicas de la unidad. Del mismo modo, el modelo no demostró ser efectivo en el servicio de urgencias, algo que los autores relacionan que estas unidades no están ambientalmente preparadas, y la mayor carga de trabajo que suelen presentar, imposibilitando el logro una relación terapéutica necesaria<sup>30</sup>.

#### *Trauma-Informed Care (TIC)*

Newman J, et al. llevaron a cabo un programa de educación a 35 profesionales de diferentes disciplinas que trabajaban en una unidad de hospitalización psiquiátrica para adultos con el objetivo de disminuir el número de aislamiento. El programa de educación de 90 minutos de duración que llevaron a cabo se basaba en el modelo de atención TIC (tabla 4).

**Tabla 5: Educación a los profesionales en el modelo TIC**

<b>30 minutos</b>	Teoría sobre las consecuencias traumáticas del aislamiento, información sobre estrategias alternativas, se les entregó una hoja de evaluación del proceso de de-escalada (basado en los dominios del proyecto BETA) y se desarrollaron sus habilidades para la realización de la de-escalada verbal.
<b>60 minutos</b>	Ejercicios prácticos de de-escalada verbal y discusión sobre las habilidades de de-escalada.

31

La recogida del número y duración de los aislamientos en los 6 meses posteriores a la intervención se realizó a través de la base de datos del hospital, datos que mostraron una disminución del 90.2% en el tiempo que los pacientes pasaban en aislamiento, pero no sobre el número aislamientos. Los investigadores encontraron diferencias estadísticamente



significativas ( $p < 0.001$ ) para los conocimientos y cambios en las actitudes de los profesionales hacia el uso y las consecuencias del aislamiento terapéutico, sin embargo, el cuestionario que emplearon no fue validado ni su confiabilidad probada.

En la última fase del estudio en la encuesta añadieron preguntas abiertas en las que identificaron, de acuerdo con sus experiencias en el uso de las medidas de de-escalada, los factores que obstaculizaban (tono de voz autoritario, no permitir la expresión de los pacientes y no proporcionar escucha activa) y que facilitan (empatía, distracción, administración de medicación consensuada) la técnica de la de-escalada<sup>31</sup>.

#### *Nonviolent Crisis Intervention (NCI)*

El programa de entrenamiento NCI fue desarrollado durante un año en el estudio de *Wakefield S.* con el fin de identificar su impacto sobre la incidencia de sucesos violentos en un servicio de urgencias. Durante las ocho horas del programa se instruyó a los profesionales en la identificación de comportamientos potencialmente violentos, estrategias de de-escalada verbal para su manejo, manejo del estrés emocional y evitar lesiones en caso de darse el comportamiento violento.

La recogida de la información se realizó a través de los registros del hospital y, tras su análisis, no reflejó una disminución estadísticamente significativa de los incidentes violentos ( $p > 0.05$ ) en relación a la intervención. Sin embargo, los investigadores identificaron dos factores para este resultado: el 40% de los profesionales ya habían sido instruidos antes del estudio; y constantes cambios en la plantilla, los cuales no permitían que el número de profesionales entrenados aumentara.

Como consecuencia del segundo factor, realizaron mediciones a los dos, tres, cuatro y cinco meses desde la implantación del modelo NCI. La intervención mostró ser estadísticamente significativa ( $p = 0.004$ ) únicamente a los 3 meses post-intervención disminuyendo en un 23% los incidentes. Los autores también refieren resultados estadísticamente significativos en el cuarto y quinto mes post-intervención, pero no muestran datos estadísticos que lo corroboren.

Por último, se debe mencionar que los autores realizaron un análisis del coste beneficio de la intervención en el cual estableció que el coste total de la implantación del modelo fueron 20.008 dólares (17.956 euros), con lo que calculó un ahorro aproximado de 362,26 dólares (325,10 euros) por cada incidente prevenido<sup>32</sup>.

#### *Methodical work (MW)*

El estudio cuasiexperimental realizado por *Boumans CE, et al.* propone la implantación del modelo de planificación de tratamiento MW en una unidad de cuidados intensivos a pacientes psiquiátricos con patología psicótica y abuso de sustancias (GI). Para ello se llevó a cabo un plan de cuidados individualizado para los pacientes del GI y 3 unidades que componían el GC, dichos planes solo se implementaron siguiendo el modelo MW en la unidad experimento. En este modelo de forma semanal o post-incidente se revisaban los logros y el plan de cuidados

en un equipo multidisciplinar junto al paciente. Además, los profesionales del GI recibieron un total de 4 sesiones a cerca del funcionamiento de modelo (mediante teoría y práctica), sus principios y consolidación.

Los resultados obtenidos mediante escalas validadas y cuyo análisis se realizó en 4 ocasiones durante los 26 meses que duró el estudio determinó que el modelo MW fue estadísticamente significativo para la reducción del número y duración de los casos en los que se empleó el aislamiento para el manejo de la AP ( $p < 0.01$ ).

Si bien los resultados muestran su efectividad, se deben tener en cuenta 3 sesgos que presenta el estudio: la determinación de las unidades a los grupos control y experimento no fueron aleatorias, existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las características socio-demográficas de los grupos y durante el periodo de implantación del modelo MW había un plan a nivel nacional para la reducción del uso de las medidas coercitivas en las unidades del GC<sup>33</sup>.

#### Otras

*Putkonen A, et al.* llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el que seleccionaron cuatro unidades (dos en el GC y dos en el GI) de atención a varones con esquizofrenia con altas tasas en el uso de medidas de aislamiento y restricciones físicas. En su intervención los autores impartieron sesiones teóricas a los profesionales de una hora de duración durante meses sobre los riesgos y efectos adversos del uso de las medidas coercitivas y la enseñanza de contención verbal.

Para la recogida de información emplearon los registros informáticos del hospital y escalas de valoración, aunque no se especificaron cuales, ni si estaban validadas. Tras la implantación de la intervención los autores observaron la disminución en el número y duración de los aislamientos y las restricciones físicas estadísticamente significativo para el GI ( $p < 0.001$ ), a excepción de los meses de julio y diciembre en los que las diferencias fueron estadísticamente significativas para ambos grupos ( $p < 0.05$ ). En lo que se refiere a la violencia dentro de las unidades, ambas registraron una disminución de esta, por lo que se la intervención realizada no tiene un efecto estadísticamente significativo ( $p = 0.91$ ).

Aunque *Putkonen A, et al.* hallaron diferencias estadísticamente significativas que señalan la efectividad de la intervención a pesar del escaso tamaño de la muestra, se deben tener en cuenta las características de las unidades (hombres, diagnóstico de esquizofrenia), lo cual impide afirmar su efectividad para unidades que no compartan dichos rasgos<sup>34</sup>.

El estudio cuasiexperimental de 2 años de duración realizado por *Laker C, et al.* analizó el efecto de su intervención de enseñanza práctica de las técnicas de de-escalada y prevención de las situaciones violentas sobre el número y duración de incidentes violentos. Los resultados recogidos mediante una escala validada y otra creada por los investigadores, reflejaron que la intervención no fue efectiva.

Se observó una disminución en el número (1%) y severidad (45%) de los incidentes registrados, pero los resultados no fueron estadísticamente significativos,  $p=0.92$  y  $p=0.064$  respectivamente. Debido a los resultados obtenidos *Laker C, et al.* ajustaron los cálculos incluyendo las posibles variantes socio-demográficas, sin embargo, los resultados se mantuvieron con una  $p>0.05$ . Es destacable que, mediante la escala creada para el estudio, pero no validada, se observaron diferencias en el uso de la contención farmacológica y restricciones físicas después de los incidentes, aunque solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas para la disminución del uso de las últimas ( $p=0.036$ ).

Si bien los resultados del estudio no reflejan un efecto de disminución de los incidentes violentos, se debe tener en cuenta que el tamaño de la muestra a estudio es pequeña. Además de la efectividad de la técnica *Laker C, et al.* se propusieron realizar un balance del coste-beneficio del entrenamiento realizado en el cual calcularon un total de 69.285,25 libras (79.948,25 euros) destinados al programa de entrenamiento, pero no lograron recopilar suficiente información para conocer el coste de los incidentes en la unidad<sup>35</sup>.

### Intervenciones sobre el entorno y el personal

De acuerdo con las recomendaciones del proyecto BETA<sup>23</sup> señaladas en los anteriores apartados, a continuación, se presenta la efectividad de programas que influyen tanto en el entorno como en los profesionales.

#### Safewards

*Bowels L, et al.*<sup>36</sup> (16 unidades GI y 15 unidades GC) y *Fletcher J, et al.*<sup>37</sup> (13 unidades GI y 31 unidades GC) realizaron un ensayo clínico aleatorizado y un estudio cuasiexperimental respectivamente, implantando una intervención basada en el modelo Safewards (tabla 6)<sup>36-38</sup> con la diferencia de que en el GC se llevó a cabo una intervención dirigida a la mejora de la salud física de los profesionales<sup>36</sup>. En el caso de *Fletcher J, et al.* el periodo de seguimiento post-intervención fue mayor<sup>37</sup>.

**Tabla 3: Ítems del modelo Safewards**

I.	Establecimiento de estándares y expectativas de conducta acordados por los pacientes y el personal que serán mostrados en un póster
II.	Breves declaraciones de asesoramiento (llamadas "palabras suaves") sobre el manejo de los puntos de información, colgados en la oficina de enfermería y cambiados cada pocos días
III.	Un modelo de de-escalada utilizado por el profesional con mayor experiencia (elegido por los miembros del personal de la unidad) para explicar las habilidades al resto del personal del barrio
IV.	Obligación a señalar algo bueno sobre cada paciente en cada cambio de los turnos de

- V. Escanear las posibles malas noticias que un paciente podría recibir de amigos, familiares o personal, e intervenir rápidamente para hablar sobre ello
- VI. Información personal, estructurada, compartida e inocua entre el personal y los pacientes (por ejemplo, preferencias musicales, películas y deportes favoritos, etc.) a través de una carpeta "se conocen mutuamente" que se guarda en la sala de pacientes.
- VII. Una reunión regular de pacientes para reforzar, formalizar e intensificar el apoyo entre los pacientes
- VIII. Creación de herramientas de distracción y modulación sensorial para usar con los pacientes agitados (juguetes de estrés, reproductores de mp3 con música relajante, pantallas de luz, mantas texturadas, etc.)
- IX. Explicaciones tranquilizadoras y reafirmantes para todos los pacientes después de incidentes potencialmente perturbadores
- X. Un despliegue de mensajes positivos sobre la unidad por parte de los pacientes dados de alta

La recogida de datos se llevó a cabo a través de escalas validadas y checklists en ambos estudios, mediante las cuales se analizó el número de conflictos y contenciones<sup>36</sup>, el número de aislamientos<sup>37</sup> y la adherencia a los 10 ítems del modelo<sup>36-37</sup>. *Bowels L, et al.* encontraron dificultades en la cumplimentación de los checklists de adherencia concluyendo que solo se implantaron 5/10 ítems. A pesar de ello, el modelo Safewards demostró tener un efecto estadísticamente significativo en la disminución del número de conflictos ( $p=0.001$ ) y en el número de contenciones realizadas ( $p=0.004$ ). Se debe mencionar que, aunque los grupos fueron aleatorizados, se demostró que los profesionales de las unidades habían intercambiado información acerca de las intervenciones implementadas (79% de los participantes)<sup>36</sup>.

En el estudio de *Fletcher J, et al.*, aunque no inmediatamente después de la intervención ( $p>0.05$ ), sí hallaron diferencias estadísticamente significativas en el periodo de seguimiento para la disminución en el número de aislamientos ( $p=0.04$ ). En este ensayo se debe tener en cuenta que la adherencia a los ítems del modelo Safewards aumento de 4/10 en la primera medición a 9/10 en la última, datos que sugieren que la efectividad de la intervención está unida a la cantidad de recomendaciones implantadas, algo que en un periodo corto no es factible en la práctica clínica. Para la correcta interpretación de los resultados es necesario señalar que, a pesar de ser un ensayo clínico, la asignación a los grupos no fue aleatoria y que

las unidades del GC implantaron otra intervención con el mismo objetivo y ajena al estudio durante el mismo periodo<sup>37</sup>.

#### Otras

*Blair EW, et al.* introdujeron en una unidad de hospitalización psiquiátrica una intervención en la que, además de instruir a los profesionales a cerca de la técnica de de-escalada verbal e introducir una habitación de modulación sensorial, educaron al personal en el uso rutinario la escala BVC con el fin de disminuir el uso de medidas coercitivas.

La intervención llevada a cabo por los investigadores muestra una reducción estadísticamente significativa en el número de aislamientos terapéuticos empleados durante el estudio ( $p < 0.001$ ). A pesar de ello, no obtuvieron un resultado estadísticamente significativo para la disminución del uso de las restricciones físicas y ni el tiempo de duración de ambas técnicas ( $p > 0.05$ ).

Pese a los buenos resultados presentados por *Blair EW, et al.*, es necesario tener en cuenta que en el artículo no se menciona el instrumento usado para la recogida de datos, por lo que no se puede asegurar que estos estén medidos adecuadamente. También es destacable la diferencia en el tamaño muestral, ya que se recogieron más del doble de pacientes<sup>39</sup>.

## Conclusiones

Después de realizar la presente revisión crítica de la literatura y el análisis de los resultados expuestos, se puede concluir que no existe suficiente evidencia científica actualizada que certifique la efectividad de las diferentes intervenciones que constituyen la técnica no coercitiva de de-escalada verbal para el manejo exclusivo de la AP de origen psiquiátrico tanto en unidades psiquiátricas de hospitalización como en servicios de urgencias.

A pesar de ello, ciertas intervenciones han demostrado ser efectivas para la prevención de situaciones de conflicto a las que pueden llegar los pacientes con AP de origen psiquiátrico y la disminución del uso de medidas coercitivas. Las intervenciones no han resultado eficaces en los servicios de urgencias debido a las características específicas de estas unidades, pero sí han resultado eficaces en unidades de hospitalización psiquiátrica.

De acuerdo con los resultados presentados, la introducción de una sala de modulación sensorial es efectiva para la disminución del número de incidentes violentos y/o de agresividad. El uso regular de la escala BVC para la detección precoz, además de prevenir dichas conductas, permite una actuación temprana mediante técnicas de de-escalada disminuyendo el número de medidas coercitivas. Las intervenciones de educación para los profesionales que se han identificado como efectivas para la disminución del uso y duración de medidas coercitivas, aislamiento en su mayoría, han sido clases teóricas, el modelo Omega y el modelo MW. El modelo Safewards que combina las intervenciones sobre el entorno y educación, manteniéndola en el tiempo, ha demostrado ser efectivo para todos los objetivos mencionados.

Debido a los resultados, se puede concluir que la combinación de los tres tipos de intervenciones en un único protocolo ayudaría a la prevención de las conductas agresivas y/o violentas. La implementación de las actividades debe ser individualizada de acuerdo a las características de los pacientes y consensuadas por un equipo multidisciplinar en el que la actuación de las enfermeras es de gran relevancia.

A pesar de los resultados favorables, es necesaria una mayor evidencia científica que demuestre la eficacia de las diferentes intervenciones. Para ello se deben realizar ensayos clínicos con doble ciego, con mayor tamaño muestral y periodos de seguimiento e instrumentos de medición validados y confiables.

En cuanto a las limitaciones encontradas durante la realización de esta revisión crítica, se debe destacar la dificultad para encontrar artículos actualizados que hagan referencia al manejo exclusivo de la AP de origen psiquiátrico, la escasez de intervenciones dirigidas a los servicios de urgencias y emergencias y la ausencia de estudios realizados a nivel nacional.

## Bibliografía

- 1- Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *Journal of Affective Disorders*. 1999; 55:89-98.
- 2- Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
- 3- American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 4- Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). Abordaje y cuidados del paciente agitado: Documento de consenso. 2016; 1(1):1-22.
- 5- Elizagarate Zabala E, Sánchez Gómez P, Ortiz de Zarate San Agustín A, Ubis González A, Ruiz de Azua Velasco MA. Protocolo de agitación en personas con enfermedad mental hospitalizadas en el hospital psiquiátrico de Álava. Bases teóricas fundamentales. En: INTERPSIQUIS XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. Abril 2018: 1-13.
- 6- Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J, Casal Angulo C, Gómez Estarlich MA. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*. 2009; 21:121-132.
- 7- Departamento de Emergencia Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014; 77(1):19-30.
- 8- 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;23:357–368.
- 9- Ortiz de Zarate A, Ibis A, Ruiz de Azua MA, Sánchez P, Elizagarate E. Protocolo de atención al paciente agitado. En: INTERPSIQUIS XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. Abril 2018: 1-19.
- 10- Gómez Restrepo C, González Ballesteros LM, Medina Márquez E, Tamayo Martínez N, Castros Díaz SM. Unidad 9. Urgencias en psiquiatría. Atención en el Componente de Salud Mental en APS: 3-11.
- 11- Bustos JI, Capponi I, Ferrante R, Frausin MJ, Ibáñez B. Excitación psicomotriz: “manejo en los diferentes contextos”. *Clínica-UNR*. 2010; 1-11.
- 12- González Arias, S. Urgencias psiquiátricas. En: Cheping Sánchez N, García Hernández ML, editores. *Temas de guardia clínicos y quirúrgicos*. La Habana: Ciencias médicas; 2002. p. 214-218.
- 13- Holloman GH, Zeller SL. Overview of project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *West J Emerg Med*. 2012; 13(1):1-2.
- 14- Veloso CV, Monteiro LSS, Veloso LUP, Moreira ICC, Monteiro CFS. Psychiatric nature care provided by the urgent mobile pre-hospital service. *Enferm*. 2018; 27(2):1-10.

- 15- Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, Dack C, Ross J, Khanom H, Jeffery D. Inpatient violence and aggression: a literature review. *Institute of Psychiatry*. 2011;5-13.
- 16- Casado Flórez I, Sánchez Santos L, Rodríguez Calzada R, Rico-Villademoros F, Roset Arisso P, Corral Torres E. Incidencia y variabilidad de manejo de la agitación aguda en los servicios de urgencias médicas. *Emergencias* 2017; 29: 253-256.
- 17- Garrido Viñado E, Lizano Díez I, Roset Arissó P, Villagrán Moreno J, Mur de Viu Bernard C. El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. *Psiquiatr. Biol.* 2015;22(1):12-16.
- 18- Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2016;17(2):86-128.
- 19- Moreno-Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Garrosa Hernández E, Morante Benadero ME. Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. "Quemarse en el Trabajo" [Internet]. 2005;161–183. Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/Bernardo\\_MorenoJimenez/publication/256296176\\_Breve\\_historia\\_del\\_burnout\\_a\\_traves\\_de\\_sus\\_instrumentos\\_de\\_evaluacion\\_2/links/0deec52234fd061440000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Bernardo_MorenoJimenez/publication/256296176_Breve_historia_del_burnout_a_traves_de_sus_instrumentos_de_evaluacion_2/links/0deec52234fd061440000000.pdf)
- 20- Fernández Rodríguez A, Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos*. 2014;25(2):63-67.
- 21- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274 de 15-11-02).
- 22- Serrano-Blanco A, Rubio-Valera M, Aznar-Lou I, Baladón L, Glibert K, García A, et al. In-patient costs of agitation and containment in a mental health catchment area. *BMC Psychiatry*. 2017(17):1-11.
- 23- 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.
- 24- 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):2180–2188.
- 25- Adberhalden C, Needman I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *BJP*. 2008; 193:44-50.
- 26- Van de Sande R, Nijman HLI, Noorthorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, Van der Staak C, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *BJP*. 2011; 199:473-478.



- 27- Forsyth A, Trevarrow R. Sensory strategies in adult mental health: A qualitative exploration of staff perspectives following the introduction of a sensory room on a mela adult acute ward. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018; 27:1689-1697.
- 28- Sutton D, Wilson M, Van Kessel K, Vanderpyl J. Optimizing arousal to manage aggression: A pilot study of sensory modulation. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013; 22:500-511.
- 29- Novak T, Scanlan J, McCaul D, MacDonald N, Clarke T. Pilot study of a sensory room in an acute inpatient psychiatric unit. *Australian Psychiatry*. 2012;20(5):401-406.
- 30- Geoffrion S, Goncalver J. Impact of a program for the management of aggressive behaviours on seclusion and restraint use in two high-risk units of a mental health institute. *Psychiatr Q*. 2018; 89:95-102.
- 31- Newman J, Paun O, Fogg L. Effects of a staff training intervention on seclusion rates on an adult inpatient psychiatric unit. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Nursing*. 2018;56(6):23-30.
- 32- Wakefield S. Nonviolent crisis intervention training and the incidence of violent events in a large hospital emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2014;36(2):177-188.
- 33- Boumans CE, Egger JIM, Souren PM, Hutschemaekers GJM. Reduction in the use of seclusion by the methodical work approach. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014; 23:167-170.
- 34- Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänen OP, Kautiainen H, et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services in Advance*. 2013:1-6.
- 35- Laker C, Gray R, Flach C. Case study evaluating the impact of de-escalation and physical intervention training. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Nursing*. 2017; 17:222-228.
- 36- 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.
- 37- Fletcher J, Spittal M, Brophy L, Tibble H, Kinner S, Elson S, et al. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2017; 26:461-471.
- 38- Bowers, L. Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2014;21:499–508.
- 39- Blair EW, Woolley S, Szarek BL, Mucha TF, Dutka O, Schwartz HI, et al. Reduction of seclusion and restraint in an inpatient psychiatric setting: a pilot study. *Psychiatr Q*. 2017; 88:1-7.

## Anexo 1: Ejercicio de búsqueda: Descomposición de los términos de búsqueda

Concepto	Lenguaje natural			Lenguaje controlado:
	Sinónimo	Antónimo	Inglés	Descriptor
De-escalada verbal	Desactivación verbal	Contención mecánica	Verbal de-escalation	<b>Medline/ PubMed (Mesh):</b> crisis intervention/ critical care/ patient care management/ risk management/ disease management/ restraint, physical/ patient isolation/ rapid tranquilisation
	Contención verbal	Sujeciones físicas	Verbal desactivation	
	Calmar	Restricciones físicas	Verbal containment	
	Medidas no coercitivas	Contención farmacológica	Calm	<b>PsycINFO (Thesaurus):</b> intervention/ crisis intervention/ contingency management/ risk management/ management/ restraint, physical/ isolation/ rapid tranquilisation
	Medida alternativa	Aislamiento terapéutico	Non-coercive measures	
	Intervención precoz	Medidas coercitivas	Alternative intervention	<b>CUIDEN:</b> cuidados agudos/ programas de intervención/ sujeciones mecánicas/ aislamiento/ medidas de aislamiento/ medicación
			Early intervention/ acute care	
		Physical restraint	<b>Cinhal (descriptor de Cinhal):</b> interventions/ strategies/ best practices/ treatment/ therapy/ program/ management/ action plan/ acute care/ restraint, physical/ isolation/ rapid tranquilisation	
		Containment		
		Rapid tranquilisation		
		Isolation		

			Coercive intervention	
Agitación psicomotriz	Agitación Excitación psicomotriz Hiperactividad psicomotriz Inquietud Alteración Agresividad /agresión Violencia	Tranquilidad Calma	Psychomotor agitation Agitation Psychomotor excitement Psychomotor hyperactivity Restlessness Disturbed behaviour Violence Aggression	<b>Medline/ PubMed (Mesh):</b> psychomotor agitation/ aggression/ violence <b>PsycINFO (Thesaurus):</b> agitation/ aggressive behaviour/ violence <b>CUIDEN:</b> agitación psicomotriz/ agitación/ agresividad/ violencia <b>Cinahl (descriptores de Cinahl):</b> psychomotor agitation/ violence/ aggression
Enfermedad psiquiátrica	Enfermedad mental Trastorno mental Trastorno psiquiátrico	Salud mental	Psychiatric illness/ disease Mental illness/ disease	<b>Medline/ PubMed (MeSh):</b> mental disorders/ mental health <b>PsycINFO (Thesaurus):</b> mental disorders <b>CUIDEN:</b> Salud mental

			Psychiatric disorder Mental disorder	<b>Cinahl (descriptores de Cinahl):</b> mental health/ mental illness/ mental disorder/ psychiatric illness/ psychiatric disorders
--	--	--	---	--

## Anexo 2: Tabla de proceso de búsqueda y proceso de selección de la bibliografía

Base de datos	Ecuación de búsqueda		Observaciones	Resultados primera ronda de selección		
				Encontrados	Descartados por título y resumen	Válidos
BASES DE DATOS						
Medline	1	(psychomotor agitation OR aggression OR violence) AND (de-escalation OR verbal containment OR alternative intervention) (limit 2008-2018)	Buena búsqueda, resultados de cantidad adecuada.	74	No cumplen objetivo: 32  No cumplen criterio inclusión: - Idioma: 7 - Lugar: 3 - Tipo de artículo: 2  Cumple criterio de exclusión edad: 5	25
	2	(psychomotor agitation OR aggression OR violence) AND (restraint, physical OR patient seclusion) AND alternative intervention (limit 2008-2018)	Búsqueda demasiado limitada. Emplear otros MeSh menos específicos.	0		0
	3	(de-escalation OR verbal	Búsqueda con número de	24	No cumplen objetivo: 8	8

	containment OR alternative intervention) AND restraint, physical (limit 2008-2018)	resultados limitados y poco adecuados al objetivo del trabajo, en próximas búsquedas variar los MeSh empleados.		No cumplen criterio inclusión: - Idioma: 3 - Lugar: 1 - Origen: 2  Cumple criterio de exclusión edad: 2	4 sin acceso
4	(mental health OR mental disorders) AND (de-escalation OR verbal containment OR alternative intervention) AND (psychomotor agitation OR aggression OR violence) (limit 2008-2018)	Búsqueda con número de resultados limitados pero muy adecuados al objetivo del trabajo.	22	No cumplen objetivo: 6  No cumplen criterio inclusión: - Idioma: 2  Cumple criterio de exclusión edad: 3	11  1 repetido
5	crisis intervention AND (psychomotor agitation OR aggression OR violence) (limit 2008-2018)	Buena cantidad de resultados, pero no muy adecuados al objetivo, emplear un MeSh diferente a <i>crisis intervention</i> o emplearlo junto a otros que sean más específicos.	78	No cumplen con objetivo: 33  No cumplen criterio inclusión: - Origen: 3 - Idioma: 25 - Profesional: 3 - Lugar: 1 - Tipo de artículo: 4  Cumple criterio de exclusión	5

					edad: 4	
PsycINFO	1	(de-escalation OR verbal de-escalation OR verbal containment) AND (agitation OR aggressive behaviour OR violence) (limit 2008-2018)	Búsqueda muy específica pero adecuada. Emplear más u otros Thesaurus en las siguientes búsquedas.	147	No cumple con objetivo: 39  No cumple criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Origen: 6</li> <li>- Tipo de artículo 2</li> <li>- Profesional: 5</li> <li>- Lugar: 2</li> </ul> Cumple criterio de exclusión edad: 3	90  25 repetidos
	2	(agitation OR aggressive behaviour OR violence) AND (restraint physical OR patient seclusion) (limit 2008-2018)	Número de resultados escasos pero relacionados estrechamente con el objetivo de la revisión.	283	No cumple con objetivo: 53  No cumple criterio de inclusión <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de artículo: 35</li> <li>- Profesional: 2</li> <li>- Origen: 17</li> <li>- Lugar: 13</li> </ul> Cumple criterio de exclusión edad: 2	203

	3	(mental disorders OR mental health) AND (crisis intervention OR intervention OR contingency management OR risk management OR management) AND (verbal de-escalation OR verbal containment OR de-escalation) (limit 2008-2018)	Búsqueda con pocos resultados emplear ecuaciones menos específicas.	9	No cumple con criterio de inclusión profesional: 1	8
Cinahl	1	(de-escalation OR verbal containment) AND (psychomotor agitation OR aggression OR violence) AND (mental illness OR mental disorders OR mental health) (limit 2008-2018)	Resultados escasos, aunque adecuados al objetivo.	31	No cumple con objetivo: 7  No cumple criterio de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Origen: 4</li> <li>- Lugar: 2</li> <li>- Profesional: 2</li> <li>- Idioma: 5</li> </ul> Cumple criterio de exclusión edad: 1	10
	2	(de-escalation technique) AND (psychomotor agitation OR aggression OR violence) AND (mental illness OR mental disorders	Resultados escasos. El descriptor <i>de-escalation technique</i> reduce mucho los resultados adecuados al objetivo, la	33	No cumple objetivo: 10  No cumple criterio de inclusión <ul style="list-style-type: none"> <li>- Origen: 4</li> <li>- Profesional: 1</li> </ul>	12  7 repetidos

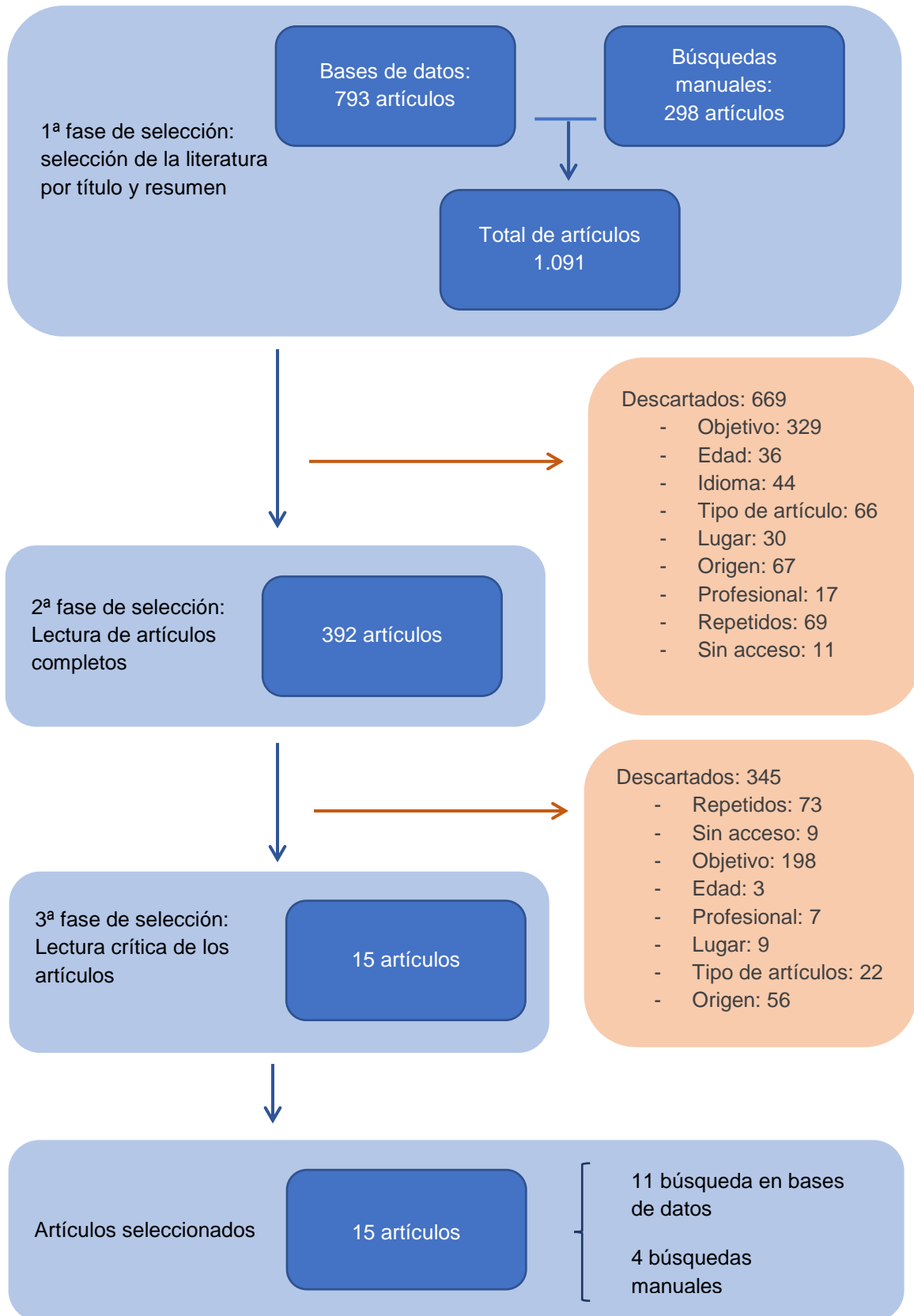


		OR mental health) (limit 2008-2018)	combinación de la anterior búsqueda da mejores resultados para el tipo de intervención.		- Tipo de artículo: 5 - Idioma: 1	
	3	(de-escalation OR verbal containment) AND (psychomotor agitation OR aggression OR violence) AND (physical restraint) (limit 2008-2018)	Búsqueda muy parecida a la primera en esta misma base de datos.	30	No cumple con objetivo: 12  No cumple criterio de inclusión: - Origen: 5 - Lugar: 2 - Profesional: 3 - Idioma: 1	7  3 repetidos
CUIDEN	1	(agitación OR agitación psicomotriz OR agresividad OR violencia) AND (de-escalada OR contención verbal OR terapias alternativas) (límite por año: 2008-2018)	Búsqueda demasiado específica.	4	No cumple objetivo: 1  No cumple criterio inclusión: - Tipo de artículo: 3	0
	2	(agitación OR agitación psicomotriz OR agresividad OR violencia) AND (enfermedad mental OR salud mental) (límite por año: 2008-2018)	Búsqueda con resultados similares a la primera y otros que no guardan relación con el objetivo	3	No cumple objetivo: 1  No cumple criterio inclusión tipo de artículo: 1	1

	3	(agitación psicomotriz OR violencia OR agresividad) AND terapias alternativas AND (contención mecánica OR aislamiento) (límite por año: 2008-2018)	Búsqueda con resultados adecuados y centrados en el objetivo	55	No cumple objetivo: 8  No cumple criterio de inclusión: - Tipo de artículo: 3 - Origen: 6	38  3 artículos están repetidos  2 artículos sin acceso
REVISTAS CIENTÍFICAS						
Wiley Library Online	1	psychomotor agitation and mental illness and (verbal de-escalation or verbal containment)  Filtros: 2008-2018; Journals	El número de resultados es adecuado, pero no responden al objetivo. Variar las palabras clave de en próximas búsquedas para ver si se adecúan.	165	No cumple objetivo: 96  No cumple criterio inclusión: - Tipo de artículo: 10 - Lugar: 6  Cumple criterio de exclusión edad: 7	46  5 repetidos  5 sin acceso
	2	de-escalation and violence and (mental disorder or mental illness or mental health)  Filtros: 2008-2018; Journals	Búsqueda con número de resultados demasiado grande para ser manejado. Utilizar palabras clave más	1747		

			específicos en próximas búsquedas.			
	3	psychomotor agitation and mental illness and physical restraint and alternative measures  Filtros: 2008-2018; Journals	Búsqueda con número de resultados adecuado y centrados en el objetivo	75	No cumple objetivo: 14  No cumple criterio inclusión: - Tipo de artículo: 1 - Origen: 15  Cumple criterio de exclusión edad: 3	42  13 repetidos
ScienceDirect	1	(psychomotor agitation or aggression or violence) and de-escalation  Filtros: 2008-2018	Buenos resultados, ajustados al objetivo.	45	No cumple objetivo: 6  No cumple criterio inclusión: - Origen: 7  Cumple criterio de exclusión edad: 3	29  8 repetidos
	2	(psychomotor agitation or aggression or violence) and (restraint or seclusion) and alternative measures  Filtros: 2008-2018	Búsqueda con resultados escasos pero adecuados	13	No cumple objetivo: 3  Cumple criterio de exclusión edad: 3	7  7 repetidos

## Anexo 3: Diagrama de flujo para la selección de la literatura



## Anexo 4: Lectura crítica de la literatura seleccionada

Artículo: Reducing conflicts and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomized controlled trial.			
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Si	<p>¿Por qué?</p> <p>El objetivo también viene definido en el apartado de material y métodos:</p> <p>P: profesionales de enfermería de unidades psiquiátricas de cuidados agudos</p> <p>I: modelo Safewards</p> <p>C: intervención dirigida a la mejora de la salud física</p> <p>O: reducir la tasa de conflictos y contenciones mecánicas</p>
	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Si	<p>¿Por qué?</p> <p>Es un diseño adecuado a la hipótesis y objetivo ya que los ensayos clínicos aleatorizados tienen el fin de analizar la efectividad de una técnica empleada en un grupo llamado experimento mientras que, en otro, denominado grupo control, se lleva a cabo una técnica que no tiene repercusión sobre el resultado a análisis.</p>
Diseño	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	Si	<p>¿Por qué?</p> <p>Existe un subapartado específico en el apartado de material y métodos en el que se desglosa el modelo de Safewards en las diferentes 10 intervenciones que se implementan en el grupo experimental.</p>

Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	Si	<p>¿Por qué?</p> <p>Se establecen los criterios de inclusión y exclusión de las unidades seleccionadas tras lo que se identifican</p> <p>Las características de las unidades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidades de hospitalización psiquiátrica que proporcionan cuidados agudos</li> <li>- Unidades que atendían a pacientes de sexo tanto femenino como masculino.</li> </ul> <p>La población a estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales de enfermería</li> <li>- Mayores de edad, entre 40 y 49 años</li> <li>- Ambos sexos, aunque mayoritariamente mujeres.</li> <li>- De nacionalidad minoritariamente británica.</li> </ul>
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Si	<p>¿Por qué?</p> <p>Se seleccionaron 2 unidades en 15 hospitales diferentes a excepción de una tercera unidad seleccionada en uno de ellos. Las unidades que serían parte del grupo control y grupo experimental fueron seleccionadas de forma aleatoria.</p> <p>La aleatorización fue independiente de los investigadores, ya que fue llevada a cabo por personal cualificado ajeno al estudio.</p>
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el	Si	¿Por qué?

	número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?		El tamaño muestral fue calculado a partir de una investigación previa.
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Si	<p>¿Por qué?</p> <p>En el artículo se mencionan las herramientas empleadas para la recogida y análisis de los datos del estudio. Todas ellas se mencionan en el texto que son herramientas cuya validez y fiabilidad ha sido probada en investigaciones previas.</p>
Control de Sesgos	<p>Si el estudio es de efectividad/relación:</p> <p>¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación con las variables de confusión?</p>	No	<p>¿Por qué?</p> <p>A pesar de realizarse 3 aleatorizaciones (para la selección de los hospitales, la de 2 unidades en cada hospital y la colocación de las unidades en el grupo experimento o control) el artículo no presenta los datos de los diferentes grupos para poder determinar si las diferencias entre estos son estadísticamente significativas.</p>

	<p>Si el estudio es de efectividad/relación:</p> <p>¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada</p>	Si	<p>¿Por qué?</p> <p>La aleatorización de los grupos experimento y control la llevo a cabo una persona cualificada ajena al estudio por lo que se cegó a los investigadores. A pesar de ello fueron ellos los que instruyeron a los profesionales de las unidades, sesgo que no se tuvo en cuenta.</p> <p>Por su parte, si se cegó a los profesionales de las unidades, ya que en ambos grupos se implementaron intervenciones que se justificaron con una repercusión positiva en la disminución de uso de contenciones (aunque las del grupo control no tenían una repercusión real).</p>
Resultados	<p>¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?</p>	Si	<p>¿Por qué?</p> <p>Los resultados se presentan mediante datos estadísticos los cuales dan respuesta al objetivo de análisis de la efectividad que presenta el artículo.</p>
Valoración Final	<p>¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?</p>	Si	<p>¿Por qué?</p> <p>El estudio cumple los estándares de calidad para ser usado en el apartado de resultados.</p>



**Artículos:**

1. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings.
2. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial
3. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment
4. Sensory strategies in adult mental health: A qualitative exploration of staff perspectives following the introduction of a sensory room on a male adult acute ward
5. Optimizing arousal to manage aggression: A pilot study of sensory modulation.
6. Pilot study of a sensory room in an accurate inpatient psychiatric unit.
7. Impact of a program for the management of aggressive behaviours on seclusion and restraint use in two high-risk units of mental health institute
8. Effects of a staff training intervention on seclusion rates on an adult inpatient psychiatric unit
9. Nonviolent crisis intervention training and the incidence of violent events in a large hospital emergency
10. Reduction in the use of seclusion by the methodical approach
11. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia.
12. Case study evaluating the impact of de-escalation and physical intervention training
13. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement
14. Reduction of seclusion and restraint in an inpatient psychiatric setting: a pilot study

	<b>Crterios</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Objetivos hipótesis</b>	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

<b>Control de Sesgos</b>	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación con las variables de confusión?	--	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	Si
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada?	--	No/ Si	No/ Si	No/ No	No/ No	No/ No	No	No/ No	No/ No	No/ No	No/ Si	No/ No	No/ No	No/ No	No/ No
<b>Resultados</b>	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
<b>Valoración Final</b>	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

## Anexo 5: Resumen de la literatura seleccionada

<b>Título: Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings</b>	
<b>Autores</b>	Lavelle M, Stewart D, James, K, Richardson M, Renwick L, Brennan G, Bowers L.
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los eventos de conflicto y/o contención que preceden a la de-escalada y predecir su éxito para resolver el conflicto.</li> <li>- Identificar los eventos de conflicto y/o contención que preceden al fracaso de la de-escalada.</li> <li>- Investigar las características de los pacientes que ayudan a predecir el uso de la de-escalada y su éxito.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Se introdujo una versión informatizada de la <i>Patient-Professional Conflict Checklist</i> (PCC) que fue cumplimentada cada vez que alguno de los pacientes que dieron su consentimiento para participar en el estudio se veían envueltos en incidentes. La PCC diferencia 21 comportamientos conflictivos y 8 actividades de contención.
<b>Tipo de artículo</b>	Estudio observacional retrospectivo
<b>Duración del estudio</b>	8 meses
<b>Tamaño de la muestra</b>	784 situaciones en las que se empleó la de-escalada verbal
<b>Población a estudio</b>	522 pacientes de 18-65 años con patología psiquiátrica pertenecientes a 84 unidades de hospitalización psiquiátrica o cuidados intensivos psiquiátricos involucrados en situaciones de conflicto y/o contención en las 2 primeras semanas de ingreso
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Palabras clave</b>	Aggression, communication, inpatient, psychiatric nursing
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>Los pacientes más propensos a precisar técnicas de de-escalada eran los más jóvenes y los que tenían antecedentes de violencia. Aunque se vio que los pacientes con antecedentes de violencia tenían un menos número de éxito en la técnica.</p> <p>Los caucásicos de origen británico precisaban el uso de la de-escalada en</p>

	<p>más de una ocasión, pero se debe tener en cuenta que gran parte de la muestra era caucásica a excepción de algunos pacientes de origen asiático.</p> <p>En las técnicas que resultaron exitosas los precursores tenían un nivel de agresión menor (mayoritariamente verbal y en ocasiones a objetos) 29%; eventos relacionados con medicación (por administración o negación de esta) supone un 11% de los eventos con éxito.</p> <p>En los casos en los que la técnica fue fallida el inicio fue debido a agresiones verbales y a objetos y violencia física. En la mayoría de los casos en los que el episodio no se resolvió mediante de-escalada se logró mediante la administración de medicación consensuada.</p>
--	--

Título: Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomized controlled trial	
<b>Autores</b>	Adberhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE.
<b>Objetivo</b>	Evaluar si las evaluaciones de riesgo estandarizadas disminuyen la incidencia de incidentes violentos y uso de medidas coercitivas.
<b>Intervención</b>	<p>Se instruyó a los profesionales del grupo control en el manejo de la <i>Brøset Violence Checklist (BVC-CH)</i> la cual mide 6 comportamientos de los pacientes y en la que las enfermeras valoraban de forma subjetiva el riesgo de violencia inminente mediante una escala visual analógica. Mediante las mediciones se obtenían resultados de 0-12, a partir de las que se establecieron 4 niveles de gravedad. Para los pacientes con puntuaciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7-9 puntos: se estableció que el equipo sanitario propondría medidas de actuación de la lista proporcionada por los investigadores*.</li> <li>- &gt;10 puntos: se estableció la reunión de un grupo multidisciplinario</li> </ul> <p>La escala se realizó sobre todos los pacientes dos veces al día durante los primeros tres días del ingreso.</p> <p>*Actividades de la lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación continuada (a través de cámaras)</li> <li>• Conservación general</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paseo por el recinto (paciente con enfermera)</li> <li>• Paseo por el recinto (con un grupo de pacientes)</li> <li>• Reducción de las demandas</li> <li>• Ejercicios de relajación</li> <li>• Confrontación de la actitud con las normas de la unidad</li> <li>• Dialogo sobre el riesgo con el paciente</li> <li>• De-escalada verbal</li> <li>• Trasladar a zona de tratamiento intensivo de la unidad</li> <li>• Observación continuada (presencial)</li> <li>• Aumento de dosis de medicación</li> <li>• Uso de medicación con orden de "si precisa"</li> <li>• Aislamiento con puerta no cerrada con llave en la habitación del paciente</li> <li>• Aislamiento en habitación específica</li> <li>• Contención farmacológica</li> <li>• Contención mecánica</li> </ul>
<b>Tipo de estudio</b>	Ensayo clínico aleatorizado
<b>Duración del estudio</b>	6 meses: 3 previos y 3 posteriores a la intervención
<b>Tamaño de la muestra</b>	14 unidades de hospitalización psiquiátrica <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 en grupo intervención</li> <li>- 5 en grupo control</li> <li>- 4 en grupo intervención no aleatorizado</li> </ul>
<b>Población a estudio</b>	Unidades elegidas de forma aleatoria entre 32 hospitales psiquiátricos en las que los pacientes no eran ingresados previamente en estructuras intermedias, tenían pacientes con patología psiquiátrica, aunque no se especializaban en ningún tipo, la duración media de los ingresos era menor a 3 meses y con pacientes de edades comprendidas entre los 18 y 65 años.
<b>País</b>	Suiza
<b>Palabras clave</b>	<i>No especificado en el artículo</i>
<b>Hallazgos de</b>	Se precisó un ajuste a las diferencias socio-demográficas entre los grupos.

<b>interés</b>	La escala BVC-CH demostró tener un efecto estadísticamente significativo en la disminución de la incidencia de los ataques al personal y terceras personas (41%) y del uso de las medidas coercitivas (27%) con una $p < 0.001$ para ambos objetivos en el GI. Los autores observaron una disminución en la incidencia de los incidentes agresivos para ambos grupos (41% GI y 15% GC) siendo estadísticamente significativo para el GI ( $p < 0.001$ ).
----------------	--

<b>Título: Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment</b>	
<b>Autores</b>	Van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, Van der Staak C, Mulder CL.
<b>Objetivo</b>	Evaluar el efecto de la evaluación de riesgos en el número de incidentes de agresión y tiempo de aislamiento para pacientes ingresados en unidades psiquiátricas
<b>Intervención</b>	<p>Se instruyó a las enfermeras de las 4 unidades en el registro correcto de las agresiones y aislamientos.</p> <p>Se instruyó a las enfermeras del grupo intervención en el manejo de las escalas de valoración con la frecuencia indicada durante el tiempo de ingreso de cada paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso diario: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Brøset Violence Checklist (BVC-CH)</i></li> <li>○ <i>Kennedy-Axis V (versión reducida)</i></li> </ul> </li> <li>• Uso semanal: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Kennedy-Axis V (versión completa)</i></li> <li>○ <i>Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)</i></li> <li>○ <i>Dangerousness Scale</i></li> <li>○ <i>Social Dysfunction and Aggression Scale</i></li> </ul> </li> </ul>
<b>Tipo de estudio</b>	Ensayo clínico aleatorizado
<b>Duración del estudio</b>	40 semanas: 10 previas y 30 posteriores a la intervención
<b>Tamaño de la</b>	4 unidades de hospitalización psiquiátrica: 2 en el grupo control y 2 en el

<b>muestra</b>	grupo intervención
<b>Población a estudio</b>	Pacientes con patología psiquiátrica ingresados en las unidades a estudio
<b>País</b>	Holanda
<b>Palabras clave</b>	<i>No especificado en el artículo</i>
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>Las escalas demostraron ser efectivas para la disminución del riesgo de incidentes agresivos (68% para el GI) a pesar de lo cual la incidencia no mostró diferencias estadísticamente significativas (<math>p=0.10</math>). En lo referente a los eventos de aislamiento no tuvo resultados positivos sobre la incidencia (disminuyó en un 15%, <math>p&gt;0.05</math>) pero sí sobre el total de horas, 45% menor, en el GI.</p> <p>Existían diferencias estadísticamente significativas de las características de la muestra respecto a las variables de confusión: minoridades étnicas, ingreso involuntario, número de horas por paciente en aislamiento y diagnósticos de trastorno de la personalidad.</p>

**Título: Sensory strategies in adult mental health: A qualitative exploration of staff perspectives following the introduction of a sensory room on a male adult acute ward.**

<b>Autores</b>	Forsyth AS, Trevarrow R.
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar las perspectivas del personal acerca de cómo la sala sensorial permitía a los usuarios del servicio gestionar su angustia emocional y excitación</li> <li>- Explorar el impacto del proyecto en el equipo de personal.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	<p>Introdujeron una habitación equipada con diferentes objetos (mecedora, pufs, mantas y cojines con peso, auriculares con aislamiento de sonido ambiental, almohada vibratoria, luces regulables). Previo al inicio del uso de la sala se trabajó con cada paciente de forma individual en la sala para identificar sus preferencias y así establecer un plan de cuidados personalizados para el tiempo en la sala. Los pacientes podían entrar solos o acompañados a la sala en función del riesgo que representaban.</p> <p>Se llevaron a cabo sesiones de educación a los profesionales:</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesiones teóricas sobre los procesos sensoriales y la importancia de respetar las diferencias de los pacientes.</li> <li>- Sesiones prácticas en las que se les enseñó a manejar los diferentes instrumentos de la sala.</li> </ul>
<b>Tipo de artículo</b>	Estudio cualitativo
<b>Duración del estudio</b>	<i>No especificado en el artículo</i>
<b>Tamaño de la muestra</b>	6 trabajadores de la unidad de hospitalización psiquiátrica
<b>Población a estudio</b>	4 enfermeras, 2 terapeutas ocupacionales trabajando con pacientes con patología psiquiátrica aguda
<b>País</b>	Australia
<b>Palabras clave</b>	De-escalation, emotional regulation, mental health, sensory room.
<b>Hallazgos de interés</b>	Los profesionales observaron un efecto positivo de la sala en la actitud de los pacientes, pero para que el efecto se produjera era esencial el conocimiento las preferencias de los pacientes. Los profesionales reflejaron su preferencia por el uso de la sala previo a otras medidas de de-escalada, ya que el efecto tranquilizante que proporcionaba a los pacientes era inmediato, lo cual permitía el uso del resto de técnicas más fácil. Las diferentes alternativas que proporcionaba la sala daban la opción de desconexión del medio (ajetreado y lleno de gente) para manejar distrés emocional, prevenirlo, reduce el uso de medicación de rescate.

<b>Título: Optimizing arousal to manage aggression: A pilot study of sensory modulation</b>	
<b>Autores</b>	Sutton D, Wilson M, Van Kessel K, Vanderpyl J
<b>Objetivo</b>	Examinar el potencial del uso de medidas basadas en la modulación sensorial para prevenir, minimizar y manejar las agresiones en unidades psiquiátricas.
<b>Intervención</b>	Introdujeron una habitación equipada con diferentes objetos (mecedora, pufs, mantas con peso, auriculares con aislamiento de sonido ambiental, almohada vibratoria, luces regulables). Los pacientes podían entrar a la

	<p>sala únicamente acompañados por las enfermeras.</p> <p>Se llevaron a cabo sesiones de educación a los profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesiones teóricas sobre la hipótesis del estudio y principios de la modulación sensorial.</li> <li>- Breve introducción al manejo del material de la sala.</li> <li>- Reuniones para exponer las dificultades de la práctica diaria.</li> </ul>
<b>Tipo de artículo</b>	Estudio cualitativo
<b>Duración del estudio</b>	Finales de 2009 hasta inicios de 2011
<b>Tamaño de la muestra</b>	40 profesionales y 20 pacientes psiquiátricos dados de alta
<b>Población a estudio</b>	Pacientes y personal de 4 unidades de atención a pacientes psiquiátricos en estado de AP
<b>País</b>	Nueva Zelanda
<b>Palabras clave</b>	Aggression, arousal, behaviour mechanism, coercion, inpatients
<b>Hallazgos de interés</b>	<p><u>Pacientes:</u> asociaban la habitación a un espacio tranquilo, informal, libre de interrupciones en el que poder relajarse centrando su atención en el momento y su estado físico dejando atrás la sensación de hiperactividad física y mental. Describían una sensación de control sobre la situación que les ayudaba a lograr un pensamiento claro para poder regular sus emociones y controlar sus impulsos. El efecto de la habitación para ellos era de corta duración.</p> <p><u>Profesionales:</u> refirieron que el uso de la sala tenía un efecto positivo sobre el manejo de la agitación ayudando al éxito del resto de medidas de contención verbal</p> <p><u>Ambos:</u> el uso de la sala y la imagen que los pacientes crearon de ella tuvo un efecto positivo en las relaciones interpersonales formadas entre pacientes y profesionales</p>

**Título: Pilot study of sensory room in an acute inpatient psychiatric unit.**

<b>Autores</b>	Novak T, Scanlan J, McCaul D, MacDonald N, Clarke T.
<b>Objetivo</b>	Examinar los resultados de la introducción de una sala de modulación sensorial en una unidad de hospitalización psiquiátrica aguda.
<b>Intervención</b>	Introdujeron una habitación equipada con diferentes objetos (mecedora, pufs, mantas con peso, auriculares con aislamiento de sonido ambiental, almohada vibratoria, luces regulables).  Los profesionales y pacientes fueron instruidos en el uso de la habitación.
<b>Tipo de artículo</b>	Estudio piloto de diseño cuasiexperimental pre- post-intervención
<b>Duración del estudio</b>	2 años: 1 año pre- y 1 año post-intervención
<b>Tamaño de la muestra</b>	75 ocasiones en las que se empleó la sala de modulación sensorial
<b>Población a estudio</b>	Pacientes psiquiátricos ingresados en la unidad de estudio
<b>País</b>	Australia
<b>Palabras clave</b>	Comfort room, inpatient psychiatry, occupational therapy, seclusion and restraint reduction, sensory modulation
<b>Hallazgos de interés</b>	75 episodios. Duración media de uso de la sala 39 minutos, en 18 ocasiones se precisó el uso de medidas farmacológicas y en 4 ocasiones se aisló al paciente.  De acuerdo con la autovaloración del nivel de angustia 78.6% de los pacientes refirieron una disminución. Los profesionales evaluaron 11 ítems (irritabilidad, actitud intrusiva, elevación del tono de voz, aumento de los movimientos y rapidez de estos, ansiedad, actitud retraída, auto- y hetero-agresión, verbalización de ideación paranoica, calma y relajación. La habitación resulto estadísticamente significativa para todas menos para las 4 últimas.  Comparando cifras 1 año pre y 1 año post intervención no se dio una disminución en el número de asilamientos ni agresiones con la implantación de la intervención.

	La manta con peso, la mecedora, la música y la lectura fueron las medidas más empleadas. Solo la primera tuvo un efecto significativo sobre el nivel de angustia referido por los pacientes y el nivel de ansiedad valorado por los profesionales.
--	--

<b>Título: Impact of a program for the management of aggressive behaviors on seclusion and restraint use in two high-risk units of mental health institute</b>	
<b>Autores</b>	Geoffrion S, Goncalves J
<b>Objetivo</b>	Evaluar el impacto del programa de educación Omega sobre las tasas de uso de aislamiento terapéutico y restricciones físicas.
<b>Intervención</b>	<p>2 profesionales instruyeron a los profesionales de las 2 unidades para a cerca de las intervenciones del modelo Omega a lo largo de 4 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Día 1:</u> Enseñanza de los 4 valores (respeto, profesionalidad, seguridad y responsabilidad) y 5 principios (protección personal, evaluación de la situación, predicción de comportamientos, emplear el tiempo necesario e individualizar las intervenciones centrándolas en el paciente) del modelo.</li> <li>- <u>Día 2:</u> Teoría y práctica para realizar una correcta evaluación y clasificación de la situación y lograr el acercamiento pacífico al paciente.</li> <li>- <u>Día 3:</u> Información teórica y ejercicios prácticos a cerca de las estrategias y medidas (verbales, psicológicas y físicas) empleadas para el abordaje de la situación.</li> <li>- <u>Día 4:</u> Instrucción a cerca de la realización de informes post-incidente y feedback del modelo completo.</li> </ul>
<b>Tipo de artículo</b>	Estudio cuasiexperimental pre- post-intervención
<b>Duración del estudio</b>	51 meses: 20 meses pre-, 11 meses durante la implantación y 20 meses post-intervención
<b>Tamaño de la muestra</b>	2 unidades (1 de cuidados intensivos a pacientes psiquiátricos y otra de atención a urgencias psiquiátricas) en un hospital psiquiátrico de Montreal
<b>Población a estudio</b>	Pacientes psiquiátricos con AP ingresados en las unidades seleccionadas

<b>País</b>	Canadá
<b>Palabras clave</b>	Seclusion, restraint, violence, psychiatric inpatients, intervention program, de-escalation
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>Durante el periodo de estudio se registraron 6933 episodios de aislamiento y uso de restricciones físicas en la unidad de cuidados intensivos frente a 880 registrados en el servicio de urgencias.</p> <p><u>Unidad de cuidados intensivos:</u> La intervención demostró tener un efecto estadísticamente significativo en las 2 mediciones post-intervención para la reducción en el número de aislamientos (<math>p=0.0004</math> y <math>p=0.0023</math>), el número de restricciones físicas empleadas (<math>p=0.0015</math> y <math>p=0.0035</math>) y para la duración de las intervenciones de aislamiento (<math>p=0.0021</math> y <math>p=0.0069</math>). En la primera medición para la duración del uso de las restricciones físicas se halló una diferencia estadísticamente significativa (<math>p=0.0032</math>), sin embargo, en la segunda medición los resultados no fueron estadísticamente significativos (<math>p=0.073</math>).</p> <p><u>Servicio de urgencias:</u> Los resultados de la intervención no fueron estadísticamente significativos mostrando una <math>p&gt;0.05</math> para todos los ítems valorados.</p>

<b>Título: Effects of a staff training intervention on seclusion rates on an adult inpatient psychiatric unit</b>	
<b>Autores</b>	Newman J, Paun O, Fogg L.
<b>Objetivo</b>	Evaluar los efectos de un programa de educación para el personal sanitario sobre las tasas de aislamiento en una unidad psiquiátrica para adultos.
<b>Intervención</b>	<p>Consistió en un programa interactivo de 90 minutos de duración en el que se instruyó a los profesionales (divididos en 4 grupos repartidos en 4 diferentes días) en los principios y actividades del modelo TIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primeros 30 minutos: se les instruyo en las consecuencias traumáticas del aislamiento, se les proporcionó información sobre estrategias alternativas, una hoja de evaluación del proceso de de-escalada (basado en los dominios del proyecto BETA) y se</li> </ul>

	<p>desarrollaron sus habilidades para la realización de la de-escalada verbal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 minutos: práctica y discusión sobre las habilidades de de-escalada.</li> </ul> <p>Principios del modelo TIC:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Los pacientes deben sentirse conectados, valorados, informados y con esperanza de mejora.</li> <li>II. La relación entre el trauma infantil y la psicopatología debe ser entendida por los miembros del personal.</li> <li>III. Los profesionales trabajarán con los pacientes, sus allegados y otras instituciones para promocionar y proteger la autonomía de los individuos.</li> </ol> <p>Actividades del modelo TIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrucción a los profesionales en la relación existente entre los traumas infantiles y la psicopatología de los pacientes.</li> <li>- Uso de datos para informar la práctica</li> <li>- Educación de la fuerza laboral informada sobre el trauma y desarrollo de habilidades</li> <li>- Uso de evaluaciones y herramientas para enseñar la regulación emocional</li> <li>- Mejora en el rol del consumidor en todos los niveles de atención</li> <li>- Técnicas vigorosas de elaboración de informes.</li> </ul>
<b>Tipo de artículo</b>	Estudio cuasiexperimental pre- post-intervención
<b>Duración del estudio</b>	1 año: 6 meses pre- y 6 meses post-intervención
<b>Muestra</b>	40 profesionales (al inicio fueron 88, de los cuales 48 abandonaron el estudio)
<b>Población</b>	Profesionales que trabajan en una unidad psiquiátrica del hospital de Oregón.
<b>País</b>	Estados Unidos de América
<b>Palabras clave</b>	<i>No especificado en el artículo</i>
<b>Hallazgos de</b>	Se observó una disminución del 90.2% en el tiempo que los pacientes

<b>interés</b>	<p>pasaban en aislamiento.</p> <p>Mediante un cuestionario no validado y cuya confiabilidad no se ha probado los investigadores encontraron diferencias estadísticamente significativas (<math>p &lt; 0.001</math>) para los conocimientos y cambios en las actitudes de los profesionales hacia el uso y las consecuencias del aislamiento terapéutico.</p>
----------------	--

<b>Título: Nonviolent crisis intervention training and the incidence of violent events in a large hospital emergency department</b>	
<b>Autores</b>	Wakefield S.
<b>Objetivo</b>	Evaluar la capacitación del NCI, su impacto en la reducción de eventos violentos en el ED y la inversión en capacitación.
<b>Intervención</b>	<p>Llevaron a cabo la educación de los profesionales de la unidad en una sesión de ocho horas duración en el que se trató:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La edificación de comportamientos potencialmente violentos</li> <li>- El uso de estrategias para evitar la escalada del comportamiento</li> <li>- El uso de medidas verbales y no verbales para el manejo de la situación antes de que se convierte en violenta</li> <li>- El manejo emocional de los profesionales durante las situaciones de crisis</li> <li>- Las estrategias para evitar lesiones si el comportamiento se vuelve violento</li> </ul>
<b>Tipo de artículo</b>	Estudio cuasiexperimental pre- post-intervención
<b>Duración del estudio</b>	1 año
<b>Tamaño de la muestra</b>	111 incidentes registrados en el tiempo del estudio
<b>Población</b>	Pacientes psiquiátricos ingresados en un servicio de urgencias
<b>País</b>	<i>No especificado en el artículo</i>
<b>Palabras clave</b>	Hospital violence, nursing violence, violence de-escalation, violence

	incidence, violence training, workplace violence
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>Los resultados no reflejaron una disminución estadísticamente significativa de los incidentes violentos (<math>p&gt;0.05</math>). Razones para efecto un no significativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 40% de los profesionales ya habían sido instruidos antes del estudio</li> <li>- Constantes cambios en la plantilla</li> </ul> <p>Realizaron mediciones a los dos, tres, cuatro y cinco meses post-intervención. La intervención mostró ser estadísticamente significativa (<math>p=0.004</math>) a los 3 meses post-intervención disminuyendo en un 23% los incidentes.</p> <p>El análisis de coste beneficio de la intervención estimó ahorro aproximado de 362,26 dólares (325,10 euros) por cada incidente prevenido.</p>

<b>Título: Reduction in the use of seclusion by the methodical work approach</b>	
<b>Autores</b>	Boumans CE, Egger JIM, Souren PM, Hutschemaekers GJM.
<b>Objetivo</b>	Investigar si la implementación del modelo MW en una unidad para el tratamiento intensivo de pacientes con psicosis y trastornos por uso de sustancias resultó en una reducción en el uso de la reclusión.
<b>Intervención</b>	Para ello se llevó a cabo un plan de cuidados individualizado para los pacientes de la unidad experimental y unidades control (3), dichos planes solo se implementaron siguiendo el modelo MW en la unidad experimento. Además, los profesionales de esta última recibieron un total de 4 sesiones a cerca del funcionamiento de modelo (mediante teoría y práctica), sus principios y consolidación.
<b>Tipo de artículo</b>	Estudio cuasiexperimental post-intervención con GI y GC no aleatorizados
<b>Duración del estudio</b>	26 meses (4 mediciones)
<b>Tamaño de la muestra</b>	4 unidades <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 en el grupo intervención</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 en el grupo control</li> </ul>
<b>Población a estudio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 unidad de cuidados intensivos a pacientes psiquiátricos con patología psicótica y abuso de sustancias</li> <li>- 1 unidad de cuidados agudos a pacientes psiquiátricos</li> <li>- 1 unidad especializada en atención a pacientes con trastorno de personalidad y/o discapacidad intelectual y alteraciones severas del comportamiento</li> <li>- 1 unidad de atención a pacientes con patología psicótica y abuso de sustancias bajo supervisión judicial</li> </ul>
<b>País</b>	Holanda
<b>Palabras clave</b>	Cyclic evaluation, individualized plan, methodical work approach, psychiatric facilities, seclusion.
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>La intervención tuvo un efecto estadísticamente significativo para la reducción del número (<math>p &lt; 0.01</math>) y duración (<math>p &lt; 0.01</math>) de los casos en los que se empleó el aislamiento como tratamiento ante incremento del nivel de escalada de AP de los pacientes.</p> <p>Sesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La determinación de las unidades a los grupos control y experimento no fueron aleatorizadas</li> <li>- Existen diferencias estadísticamente significativas en las características socio-demográficas de los grupos</li> <li>- Durante el periodo de implantación del modelo MW había un plan a nivel nacional para la reducción del uso de las medidas coercitivas que afectaba al grupo control.</li> </ul>

**Título: Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men with Schizophrenia**

<b>Autores</b>	Putkoen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänen O, Kautiainen H, Tiihonen J.
<b>Objetivo</b>	Estudiar la viabilidad de la prevención del uso de medidas coercitivas sin violencia en un estudio controlado y aleatorizado de unidades de hospitalización de alta seguridad para hombres con esquizofrenia en

	Finlandia.
<b>Intervención</b>	Los autores describen una intervención en la que impartieron sesiones teóricas dirigidas a los profesionales a cerca de los riesgos y efectos adversos del uso de las medidas coercitivas y la enseñanza de alternativas de de-escalada de una hora de duración de forma semanal durante 6 meses a dos de las unidades.
<b>Tipo de artículo</b>	Ensayo clínico aleatorizado
<b>Duración del estudio</b>	1 año
<b>Tamaño de la muestra</b>	4 unidades de hospitalización psiquiátrica de alta seguridad
<b>Población a estudio</b>	Pacientes de sexo masculino con diagnóstico de esquizofrenia
<b>País</b>	Finlandia
<b>Palabras clave</b>	<i>No especificado en el artículo</i>
<b>Hallazgos de interés</b>	El uso de las técnicas coercitivas disminuyó a la mitad en el GI a excepción de los meses de diciembre y julio. El tiempo que se mantenían las medidas coercitivas en el mismo grupo bajó de 110 horas a 56 por paciente a excepción de los mismos meses. Los incidentes violentos tanto de auto- como hetero-agresividad disminuyeron en ambos grupos.

<b>Título: Case study evaluating the impact of de-escalation and physical intervention training</b>	
<b>Autores</b>	Laker C, Gray R, Plach C.
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar la eficacia de la de-escalada y entrenamiento de moderación en la reducción de incidentes en una unidad psiquiátrica.</li> <li>- Explorar la eficacia de la de-escalada y entrenamiento de moderación para reducir la severidad de los incidentes.</li> <li>- Desarrollar un modelo de análisis de regresión para informar futuras investigaciones al evaluar el impacto de la formación.</li> </ul>

	- Identificar los beneficios de costo de utilizando la reducción y la restricción fueron considerados.
<b>Intervención</b>	Se instruyó a los profesionales en el abordaje del paciente con AP centrándose en las técnicas de de-escalada y prevención de las situaciones violentas.
<b>Tipo de artículo</b>	Estudio cuasiexperimental pre- post-intervención
<b>Duración del estudio</b>	1 año: 6 meses pre- y 6 meses post-intervención
<b>Tamaño de la muestra</b>	266 incidentes
<b>Población a estudio</b>	195 pacientes ingresados en la unidad psiquiátrica de cuidados intensivos
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Palabras clave</b>	Acute settings, aggressive behaviour, risk management.
<b>Hallazgos de interés</b>	No se identificaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la eficacia de la de-escalada y la instrucción del personal a cerca de esta ni sobre la severidad de las situaciones manejadas.  Se debe tener en cuenta que el tamaño muestral del estudio es muy pequeño.

**Título: Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomizes controlled trial**

<b>Autores</b>	Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J.
<b>Objetivo</b>	Evaluar la eficacia de una intervención (Safewards), dirigidas al personal de enfermería, con el fin de reducir los conflictos y contenciones en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos.
<b>Intervención</b>	<u>Grupo intervención:</u> se instruyó a los profesionales en las actividades del modelo Safewards y se le instó a la implementación de todas ellas en las unidades.

	<p>Actividades del modelo Safewards:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Establecimiento de estándares y expectativas de conducta acordados por los pacientes y el personal que serán mostrados en un póster</li> <li>II. Breves declaraciones de asesoramiento (llamadas "palabras suaves") sobre el manejo de los puntos de información, colgados en la oficina de enfermería y cambiados cada pocos días</li> <li>III. Un modelo de de-escalada utilizado por el profesional con mayor experiencia (elegido por los miembros del personal de la unidad) para explicar las habilidades al resto del personal del barrio</li> <li>IV. Obligación a señalar algo bueno sobre cada paciente en cada cambio de los turnos de enfermería</li> <li>V. Escanear las posibles malas noticias que un paciente podría recibir de amigos, familiares o personal, e intervenir rápidamente para hablar sobre ello</li> <li>VI. Información personal, estructurada, compartida e inocua entre el personal y los pacientes (por ejemplo, preferencias musicales, películas y deportes favoritos, etc.) a través de una carpeta "se conocen mutuamente" que se guarda en la sala de pacientes.</li> <li>VII. Una reunión regular de pacientes para reforzar, formalizar e intensificar el apoyo entre los pacientes</li> <li>VIII. Creación de herramientas de distracción y modulación sensorial para usar con los pacientes agitados (juguetes de estrés, reproductores de mp3 con música relajante, pantallas de luz, mantas con peso, etc.)</li> <li>IX. Explicaciones tranquilizadoras y reafirmantes para todos los pacientes después de incidentes potencialmente perturbadores</li> <li>X. Un despliegue de mensajes positivos sobre la unidad por parte de los pacientes dados de alta</li> </ol> <p><u>Grupo control:</u> Se estableció una intervención dirigida a la mejora de la salud física de los profesionales de las unidades.</p>
<b>Tipo de artículo</b>	Ensayo clínico aleatorizado
<b>Duración del estudio</b>	16 meses: 8 pre- y 8 post-intervención
<b>Tamaño de la</b>	31 unidades de hospitalización psiquiátrica localizadas en 15 hospitales diferentes: 16 unidades en el grupo intervención y 15 unidades en el grupo

<b>muestra</b>	control
<b>Población a estudio</b>	Profesionales que trabajaban y pacientes ingresados en las 31 unidades de hospitalización psiquiátrica aguda
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Palabras clave</b>	Absconding, inpatient, psychiatry, rapid tranquilization, restraint, seclusion, self-harm, special observation, violence
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>Se establecieron 10 intervenciones que lograron disminuir los conflictos en las unidades que pertenecían al grupo intervención en un 15% y las contenciones en un 26.4%. Hallaron dificultades en la recogida de información debido a la falta de cumplimentación de las escalas en ambos grupos y adherencia a la intervención Safewards por parte de las unidades del GI (solo se implantaron 5/10 ítems).</p> <p>Los profesionales de las unidades intercambiaron información acerca de las intervenciones implementadas (79% de los participantes).</p>

<b>Título: Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement</b>	
<b>Autores</b>	Fletcher J, Spittal M, Brophy L, Tibble H, Kinner S, Elson S, Hamilton B.
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparar las tasas de aislamientos entre las unidades en las que se implementó la actividad Safewards y unidades en las que no.</li> <li>- Investigar el impacto de la intervención Safeward en el uso del aislamiento en las unidades de intervención.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Se educó a los profesionales en las actividades que componen el modelo Safewards y se llevaron a cabo sesiones prácticas para el desarrollo de las capacidades de dichos profesionales.
<b>Tipo de artículo</b>	Estudio cuasiexperimental post-intervención con GI y GC no aleatorizados
<b>Duración del estudio</b>	15 meses: 3 meses pre-, 3 meses inmediatamente después y 3 meses post-intervención (espacios entre los periodos para la implantación y el desarrollo de la intervención)
<b>Tamaño de la muestra</b>	44 unidades: 13 en el Grupo intervención y 31 en el grupo control

<b>muestra</b>	
<b>Población</b>	Pacientes ingresados en unidades psiquiátricas para adultos y adolescentes
<b>País</b>	Australia
<b>Palabras clave</b>	Aggression, mental health service, mental illness, psychiatry, Safewards, seclusion
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número de aislamientos terapéuticos en los grupos antes e inmediatamente después de la implantación de la intervención. Si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el periodo de seguimiento tras la implantación.</p> <p>Al inicio de la intervención la adherencia a esta era solo a 4 de las intervenciones, pero a lo largo del periodo de seguimiento la adherencia fue aumentando hasta un 9 de 10 alcanzando el objetivo mínimo de 7 intervenciones.</p>

<b>Título: Reduction of seclusion and restraint in an inpatient psychiatric setting: a pilot study.</b>	
<b>Autores</b>	Blair EW, Woolley S, Szarek BL, Mucha TF, Dutka O, Schwartz HI, Wisniowski J, Goethe JW.
<b>Objetivo</b>	Evaluar la eficacia de un programa de educación en la disminución del uso de las sujeciones mecánicas y aislamiento.
<b>Intervención</b>	<p>La intervención realizada sobre los profesionales se compuso de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso rutinario de la <i>Brøset Violence Checklist</i> (BVC)</li> <li>- Educación de los profesionales en intervenciones en situaciones de crisis información sobre el trauma causado por el aislamiento y las contenciones.</li> <li>- Aumento de la reevaluación por parte de los psiquiatras de la necesidad del aislamiento y las contenciones.</li> <li>- Cambios en el entorno (creación de habitaciones de modulación sensorial)</li> </ul>

<b>Tipo de artículo</b>	Estudio piloto de diseño cuasiexperimental pre- post-intervención
<b>Duración del estudio</b>	3 años: 1 pre- y 2 post-intervención
<b>Muestra</b>	Grupo pre-intervención: 3884 pacientes  Grupo post-intervención: 8029 pacientes
<b>Población</b>	Pacientes psiquiátricos ingresados en la unidad a estudio
<b>País</b>	Estados Unidos de América
<b>Palabras clave</b>	Seclusion, restraint, psychiatric patients, trauma informed care, Broset Violence Checklist
<b>Hallazgos de interés</b>	La intervención llevada a cabo por los investigadores muestra una reducción estadísticamente significativa en el número de aislamientos terapéuticos empleados durante el estudio. A pesar de ello no tuvo un resultado estadísticamente significativo para la disminución del uso de las restricciones físicas y ni el tiempo de duración de ambas técnicas, sino que en esto último aumentaron.

## Anexo 6: Árbol categorial

