

# HUMANIZACIÓN

de la Asistencia en las Unidades de  
**Hospitalización Psiquiátrica Breve**





- © Del prólogo: el autor
- © De la introducción: la autora
- © De la obra: los autores
- © De la edición:

Sociedad de Psiquiatría de Madrid  
C/ Arturo Soria, 311, 1º B  
28033 Madrid (España)  
Tel. 91 383 41 45  
spm@sepsiq.org  
www.psiqiatriamadrid.org

Editado por: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental  
C/ Arturo Soria, 311, 1º B  
28033 Madrid (España)  
fepsm@fepsm.org

Primera edición: 2019  
Nº de páginas: 57  
ISBN: 978-84-09-16019-8  
Depósito Legal: M-35765-2019

Avalado por:  
Sociedad Española de Psiquiatría  
Sociedad Española de Psiquiatría Biológica  
CIBERSAM

Queda rigurosamente prohibida sin la autorización correspondiente escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares.

# HUMANIZACIÓN

de la Asistencia en las unidades de  
**Hospitalización Psiquiátrica Breve**

Sociedad de Psiquiatría de Madrid

Madrid 2019



# Índice

<b>Autores</b> .....	<b>7</b>
<b>Prólogo.</b> Carlos Mañas .....	<b>9</b>
<b>Introducción.</b> Marina Díaz Marsá, Presidenta de la SPM .....	<b>11</b>
<b>1. Espacio físico, su distribución y acondicionamiento</b> .....	<b>13</b>
<b>2. Clima terapéutico: formación y organización de equipos y dotación de medios</b> .....	<b>17</b>
<b>3. Estructuración del tiempo en las Unidades de Hospitalización Breve</b> ....	<b>25</b>
<b>4. Humanización de las Unidades de Hospitalización de pacientes psiquiátricos agudos</b> .....	<b>31</b>
<b>5. Alternativas a la contención mecánica</b> .....	<b>35</b>
<b>6. Entorno legal</b> .....	<b>39</b>
<b>7. Traslados</b> .....	<b>43</b>
<b>8. Ámbito específico de la Psiquiatría de Infancia y Adolescencia</b> .....	<b>49</b>
<b>9. Recomendaciones para la humanización de los servicios de urgencias para la atención del paciente de Salud Mental</b> .....	<b>53</b>



## Autores

- **José Manuel Montes Rodríguez.** Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Profesor Asociado Universidad de Alcalá y Miembro del CIBERSAM.
- **Blanca Reneses Prieto.** Jefe de Servicio de Psiquiatría. Directora del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC). Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid.
- **Jorge Pérez Corrales.** Miembro del Comité Consultivo del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid. Terapeuta Ocupacional. Doctorando en Ciencias de la Salud. Profesor e investigador del Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad Rey Juan Carlos.
- **Cristina del Álamo Jiménez.** Jefe de Servicio de Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla. Madrid.
- **Nadia Blanco Ballesteros.** Vicepresidenta Segunda del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid. Terapeuta Ocupacional en Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
- **Dolores Gómez Olmeda.** Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla. Madrid
- **Íñigo Alberdi Páramo.** Residente de Psiquiatría, Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
- **José Luis Carrasco Perera.** Jefe de Sección, Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Profesor de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.
- **Julián Carretero Román.** Enfermero de Salud Mental. Supervisor de Recursos Humanos, Gestión y Desarrollo de Profesionales de Enfermería, Hospital



Universitario Infanta Leonor. Madrid. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.

- **Álvaro Rivera Villaverde.** Jefe de Servicio de Psiquiatría. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario de Getafe.
- **Dolores Saiz González.** Psiquiatra Hospital Clínico San Carlos. Profesor Asociado Universidad Complutense de Madrid.
- **Julia García-Albea Martín.** Psiquiatra de la Unidad de Agudos del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid.
- **Javier Correas Lauffer.** Jefe de Servicio de Psiquiatría: Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid.
- **Marina Díaz Marsá.** Presidenta de la Sociedad de Psiquiatría de Madrid. Jefe de Sección, Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Profesora Universidad Complutense de Madrid y Miembro del CIBERSAM.
- **Montserrat Graell Berna.** Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.
- **Dolores Moreno Pardillo.** Jefe de Sección Infancia y Adolescencia del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del HGUGM. Profesora Asociada Universidad Complutense de Madrid e investigadora del CIBERSAM.
- **Salvador Ruiz Murugarren.** Psiquiatra Adjunto de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Profesor Asociado de la Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

## Prólogo

«*Primum non nocere*» es un precepto hipocrático que se puede traducir como «primero no hacer daño». El citado aforismo cobra en el siglo XXI un significado capital estrechamente ligado con las políticas de humanización y el trato con los pacientes que padecen patologías psíquicas.

Si la humanización de la asistencia sanitaria psiquiátrica no se materializa vía sensorial (con la mirada sincera, con un tono de voz cómplice...), capaz de bautizar una comunicación bidireccional entre el afectado y el especialista, es una humanización incompleta.

La aplicación empática solo es posible si en su puesta en escena hay sitio para el respeto y la dignificación de los que sufren un trastorno mental grave y buscan el alivio de su sufrimiento en Unidades de Agudos. Espacios de convivencia donde ninguna mirada se queda sin cobertura y los especialistas tienen un papel decisivo para instaurar un modelo de atención que acentúe la calidad de vida de los pacientes y su círculo afectivo.

**Carlos Mañas Gómez**

*Afectado de trastorno mental grave*



## Introducción

Extraño tener que hablar de humanización cuando el objeto de nuestra profesión es el ser humano enfermo que sufre. Nada más humano que el sufrimiento. Y nada más humano, también, que intentar paliarlo.

En palabras del Dr Zarco Rodríguez, la humanización en la asistencia se refiere a las cualidades indispensables que los profesionales sanitarios que interactúan con pacientes o familiares deberían reunir. Cualidades humanas indispensables como la empatía, la escucha activa, el respeto y la actitud ética. Estas cualidades deben de ir parejas de entornos y medios que faciliten la mejor asistencia y dignifiquen el trato a las personas con una enfermedad. Según este mismo autor, en los últimos años nuestro sistema sanitario universal, gratuito y de alta calidad científico-técnica, trataría de superar una crisis cultural, dándose un «movimiento re-humanizador» dirigido a potenciar los aspectos afectivo-emocionales en armonía con los aspectos tecnológicos. En resumen, se trataría de volver a poner en primer término la importancia de la «relación médico-paciente» centrando la atención en la persona.

En las personas con trastorno mental se une, además, el hecho de que su sufrimiento no parece depender de un órgano que se pueda objetivar como alterado. Es un sufrimiento más intangible que depende de alteraciones del pensamiento, de las emociones o de la conducta y que, para muchos, es incomprensible y objeto de temor y que, en ocasiones, tiene como resultado medidas no siempre adecuadas. Todo ello acrecienta el sufrimiento y el estigma de las personas que padecen un trastorno mental, haciéndose más imprescindible hablar de humanización con el objetivo de educar, enseñar, adecuar y conseguir un trato más humano en las personas que padecen este tipo de enfermedades. Y todo ello se pone en primer plano en la asistencia en la hospitalización en las unidades de agudos, donde las precariedades del sistema sanitario, la sobrecarga laboral, la falta de formación y las deficiencias en los espacios ponen en riesgo los derechos humanos, la dignidad y el trato humanizador que se requiere.

Por ello, la Sociedad de Psiquiatría de Madrid ha trabajado en esta guía que pretende abordar diferentes aspectos de como humanizar la asistencia en las unidades de corta estancia o unidades de agudos, conscientes de que en esta situación las personas con trastorno mental son especialmente vulnerables y

merecen el mejor de los tratos. El objetivo final es dignificar a la persona con enfermedad mental evitando daños, secuelas y estigmas mediante una actuación basada en la ética, la profesionalidad y la empatía. Pretendiendo, además, una concienciación institucional dirigida a que en la red asistencial se cuente con los recursos y con la formación necesaria que permitan un cambio real en las plantas de hospitalización, transformando la gestión de servicios y la cultura socio-sanitaria.

**Marina Díaz Marsa**

*Presidenta de la Sociedad de Psiquiatría de Madrid.*

*Jefe de Sección. Hospital Clínico San Carlos.*

*Profesora Universidad Complutense y Miembro del Cibersam*

# 1

## Espacio físico, su distribución y acondicionamiento

*José Manuel Montes*

A pesar de existir diversas resoluciones nacionales e internacionales para la protección de las personas con enfermedades mentales y para la mejora de la atención en Salud Mental, sorprende la escasa información existente en la actualidad sobre las características más adecuadas que deben reunir las instalaciones psiquiátricas para favorecer el proceso terapéutico (1). Existe una gran variedad de posibles espacios físicos donde se realiza la atención de los pacientes en Salud Mental (ambulatorio, hospital, residencias, etc.), si bien, aquí nos centraremos en la Unidad de Hospitalización (UH).

La UH Psiquiátrica se define como aquella área de hospitalización donde se realiza el ingreso de pacientes con problemas de Salud Mental para su evaluación, diagnóstico y tratamiento, dentro de un espacio con las adecuadas condiciones de seguridad, tanto para el paciente como para el personal. Definir las medidas de seguridad y las características de diseño del espacio de la UH no está en el cometido de este proyecto. Conviene resaltar, en cualquier caso, que gran parte del problema que conllevan muchas UH a la hora de ofrecer un adecuado ambiente terapéutico tiene que ver con el difícil equilibrio de conciliar este objetivo con mantener unas medidas de seguridad proporcionales, tanto para el paciente como para el personal. Una oportuna manera de solucionar dicho problema, y no tener que privar al paciente de poder ofrecerle un ambiente más cálido dentro de lo posible, reside en poder delimitar áreas dentro de la propia UH con distintos niveles de seguridad. Por ejemplo, aquellas zonas como las habitaciones o los baños, donde el paciente puede pasar largos periodos de tiempo sin observación por parte del personal, requieren de soluciones arquitectónicas que primen la seguridad, frente a otras zonas como salas de comedor o terapia donde la presencia o supervisión por parte del personal está asegurada durante la mayor parte del tiempo.

Dejando a un lado lo relativo a seguridad del paciente y el personal, el espacio físico de una UH Psiquiátrica juega un papel trascendental en el proceso terapéutico de los pacientes (2). Sabemos que proporcionar un adecuado ambiente terapéutico puede ayudar a que los pacientes se muestren más receptivos hacia el tratamiento ofrecido y, por lo tanto, mejore su pronóstico. Realizar el esfuerzo de diseñar un espacio con una atmósfera apropiada puede ser difícil, ya que cada persona es distinta y percibe como más o menos agradables

ambientes muy diferentes. Por ese motivo, lo que resulta fundamental como medida general será diseñar un espacio al menos «no amenazante», en el que los pacientes se sientan relajados y cómodos.

El primer aspecto para considerar es el relativo a las dimensiones de la UH. Todas las recomendaciones hablan de que son preferibles unidades pequeñas, orientadas a la atención de no más de 11 pacientes (1). En cualquier caso, todo dependerá del espacio físico disponible, tratando siempre de evitar generar la sensación de hacinamiento.

En segundo lugar, está el número de pacientes que deben ocupar cada habitación. Este es un tema que ha sido motivo de extensa revisión, estando bastante admitido que las habitaciones de ocupación múltiple están claramente contraindicadas (3). En este sentido muchos pacientes se verán beneficiados de habitaciones individuales, si bien, para otros, las habitaciones dobles pueden ser más adecuadas, ya que ofrecen un ambiente más seguro al contar con un compañero de habitación, favoreciendo la interacción y evitando así el impacto negativo derivado del creciente aislamiento que puede implicar la habitación individual. Por este motivo, la recomendación más extendida es la de poder contar con habitaciones individuales y dobles en una misma UH para poder ubicar a los pacientes de la forma más adecuada según sus características y necesidades (1).

En cualquier caso, la posibilidad de tener un espacio personal para cada paciente, siempre en función de las condiciones de seguridad que precise, así como un adecuado ambiente tranquilo y que asegure la privacidad en los despachos en los que se realicen las entrevistas con el personal, será prioritario en la UH.

El control de enfermería es también un espacio imprescindible dentro del diseño de una UH. Siendo necesario que presente unas medidas adecuadas de seguridad para evitar el fácil acceso a medicación o material peligroso, su diseño debe ser realizado de tal modo que no suponga una barrera de comunicación entre el personal y los pacientes (4). En muchas ocasiones, el diseño de los controles de enfermería supone un distanciamiento de los profesionales con el paciente que es vivenciado por estos últimos de forma negativa.

Los pasillos deben ser considerados como espacios que no proporcionan calidez ni ayudan a la interacción, por lo que se deben evitar, sobre todo aquellos de grandes dimensiones (1). Para paliar este aspecto que resulta difícil de corregir en el diseño de muchas UH puede recurrirse a pintarlos de colores que amortigüen las dimensiones.

Los colores que deben utilizarse para pintar la UH también han sido motivo de estudio, siendo una recomendación general evitar tonos demasiado estimulantes, favoreciendo la monocromía (1).

Sin duda, muchos aspectos relacionados con el ambiente y el aspecto físico de la UH pueden contribuir a reducir el estrés, la conducta patológica y las agre-

siones. Algunos de estos aspectos han sido revisados en la literatura e incluyen poder contar con una acústica adecuada, que evite la reverberación. Se debe proporcionar luz natural en la medida de lo posible y contar con el mayor número posible de ventanas al exterior. La luz artificial debe ser indirecta, suave y de amplio espectro. En cuanto a la decoración de las estancias, se recomienda poder contar con muestras de arte con motivos inspirados en la naturaleza, tendiendo siempre a asemejar, en lo posible, un ambiente lo más parecido al doméstico (5).

En este mismo sentido, parece bastante claro que hay que huir de un diseño de espacio «institucionalizado», aportando un estilo que pueda generar un ambiente más «hogareño» (5). Puede ser importante que el paciente tenga, en la medida que la seguridad lo permita, cierto control sobre las condiciones de su habitación (1), tales como la intensidad de luz artificial o la entrada de luz por la ventana.

También es importante identificar de forma clara los distintos ambientes que puede presentar la UH, aportando a la decoración de cada uno de ellos aspectos que ayuden a identificarla y acomodando su diseño a su función (6). Por ejemplo, el área reservada como comedor debería estar diseñada y decorada para favorecer esta función y rememorar un ambiente adecuado y fácilmente identificable, que invite a su cometido.

Tener salas comunes con ambientes distintos según su función también es importante. Por ejemplo, contar con una sala de televisión preparada para tal fin y otra que, por el contrario, invite a un ambiente más tranquilo y a la posibilidad de entablar una conversación sosegada. Esta última sala debería contar con un diseño y decoración adecuados, es decir, lo más tranquilo posible, con luz atenuada, sin reverberación de sonido, etc. (1).

Por último, la UH debe tener una sala para terapia ocupacional, con espacio suficiente para permitir la expresión corporal e incluso el ejercicio físico durante ciertos periodos de tiempo, lo cual puede ayudar a disminuir el estrés en muchos pacientes (7).

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Shepley M., Pasha S. 2013. Research report for The Center for Health Design.
- (2) Mahony, J., Palyo, N., Napier, G., & Giordano, J. (2009). The therapeutic milieu reconceptualized for the 21st century. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6),423-429.
- (3) Ittleston, W., Proshansky, H., & Rivlin, L. (1970). Bedroom size and socialinteraction of the psychiatric ward. *Environment and Behavior*, 2, 255-270.9.



- (4) Gutkowski, S., & Guttman, F. (1992). Program and process: Designing the physical space of a day hospital. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 29 (3), 167-173.
- (5) Ulrich, R., Bogren, L., & Lundin, S. (2012). Toward a design for reducing aggression in psychiatric facilities. In *Arch 12: Architecture/Research/Care/Health*. Chalmers, Gothenberg.
- (6) Eklund, M., & Hansson, L. (2001). Ward atmosphere, client satisfaction, and client motivation in a psychiatric work rehabilitation unit. *Community Mental Health Journal*, 37(2), 169-177.
- (7) Potthoff, J. (1995). Adolescent satisfaction with drug/alcohol treatment facilities: Design implications. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 41, 62-73.

# 2

## Clima terapéutico: formación y organización de equipos y dotación de medios

*Blanca Reneses*

### LA ESPECIFICIDAD DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Cuando hablamos de Unidades de Hospitalización psiquiátrica nos referimos habitualmente a las destinadas a procesos agudos. Estas se ubican, generalmente, en hospitales generales de nivel de complejidad II o III, según los casos. Hay, además, Unidades de Hospitalización para estancias prolongadas destinadas a procesos subagudos o crónicos que no suelen estar instaladas en hospitales generales, sino en hospitales de apoyo para rehabilitación o bien en centros monográficos. En este capítulo nos referiremos exclusivamente a las primeras.

En un gran hospital general, las Unidades de Hospitalización psiquiátrica tienen características muy diferenciales frente al resto. En la mayor parte de los casos son unidades cerradas o bien tienen un acceso y salida restringidos en los escasos casos en los que no hay una barrera física de acceso. Además, tienen un funcionamiento interno diferencial: los pacientes no están en sus habitaciones la mayor parte del tiempo, se busca la interacción terapéutica con el personal de la planta, la activación social y la ocupación del tiempo en actividades con el mayor contenido terapéutico posible.

Estas características, entre otras, hacen que el hospital las contemple de manera particular. Es muy relevante que la especificidad de la hospitalización psiquiátrica sea entendida desde una perspectiva técnico-científica, al igual que se consideran otras Unidades de Hospitalización específicas.

La especificidad de la Unidad de Hospitalización psiquiátrica viene dada por las necesidades de cuidados de la patología psiquiátrica y los objetivos terapéuticos que determinan un ingreso:

- seguridad del paciente y del entorno;
- contención psicológica;
- instauración de tratamientos que no son posibles en el entorno ambulatorio;

- modificación de patrones conductuales gravemente alterados por la enfermedad.

Para conseguir estos objetivos es imprescindible la existencia de un ambiente terapéutico adecuado que suponga una contribución real a la mejoría clínica y a la experiencia del paciente.

## AMBIENTE TERAPÉUTICO

Se entiende por ambiente o clima terapéutico de una Unidad de Hospitalización un conjunto heterogéneo de normas de funcionamiento, conductas del personal con los pacientes, lenguaje en la comunicación, estilo de trabajo del equipo terapéutico y aspectos arquitectónicos de la unidad que contribuyen al bienestar y al tratamiento de los pacientes de una manera directa o indirecta.

Aunque en la actualidad hay escasos estudios rigurosos sobre las consecuencias de este fenómeno en resultados de salud, algunos lo son en su metodología y muestran de manera contundente cómo puede disminuir la proporción de medidas restrictivas con los pacientes mejorando el ambiente (Borckardt et al., 2011).

## COMPONENTES QUE CONTRIBUYEN AL AMBIENTE TERAPÉUTICO

Desde la perspectiva clásica del análisis de las organizaciones sanitarias y sus equipos de trabajo, y en concreto en el ámbito de la salud mental, se han descrito los siguientes componentes: organización y competencia del equipo terapéutico; normas de funcionamiento para los pacientes y el staff; medidas encaminadas a la garantía de la seguridad de los pacientes y el personal; estilo de comunicación verbal y no verbal del equipo terapéutico; y participación de los pacientes en su plan terapéutico.

### 1. Organización y competencia del equipo terapéutico

El concepto de equipo de trabajo corresponde a grupos relativamente pequeños, compuestos por sujetos que están en contacto, colaboran entre sí y están comprometidos en una acción coordinada. Tienen objetivos comunes claros y cada miembro tiene funciones diferenciales y definidas (Reneses, 2003).

En el campo que nos ocupa, el equipo terapéutico de una Unidad de Hospitalización, además, debe tener capacidad de contención psíquica, empatía y elaboración mental. Todo ello requiere una alta dosis de dedicación intelectual y afectiva a su tarea y es esperable que la motivación para su trabajo tenga una importancia relevante en la capacidad individual y grupal de tratar los trastornos mentales. La formación específica en estas competencias es esencial y debería proporcionarse cuando es necesario a todos los estamentos profesio-

nales. La importancia de la formación específica del personal de enfermería es crucial.

En una planta de hospitalización, el equipo terapéutico está compuesto por diferentes estamentos profesionales que están obligados a colaborar entre sí continuamente. Los elementos que pueden mejorar el clima terapéutico son los siguientes:

- liderazgo claro y compartido entre el equipo de médicos y personal de enfermería;
- las competencias técnicas de cada puesto de trabajo deberían estar garantizadas mediante la formación previa adecuada y la formación continuada necesaria;
- apoyo del líder a los miembros de la unidad en la asunción necesaria de riesgos;
- normas de funcionamiento del equipo explícitas, establecidas de manera participativa y revisadas periódicamente;
- garantía de la comunicación entre los miembros, a ser posible, con reuniones periódicas;
- participación de todos los profesionales implicados en el plan de tratamiento individualizado;
- garantía de la existencia de espacios para la discusión de problemas o conflictos entre los miembros del equipo con la implicación efectiva de los líderes.
- garantía de que el equipo terapéutico está implicado en el recorrido asistencial completo del paciente (ambulatorio y hospitalario) y tiene conciencia de ello.

### 2. Normas de funcionamiento en la planta para los pacientes y el staff

Las normas de funcionamiento de una planta, además de ser acordes con las del hospital, deberían estar establecidas de manera explícita por el equipo terapéutico y los responsables de la unidad. El establecimiento de estas debería ser participativo, acordado por la mayoría de los miembros del equipo y, en la medida de lo posible, basado en la evidencia científica. Las normas deben revisarse periódicamente y, como cualquier procedimiento, deben ser evaluadas.

Actualmente, resulta difícil no incluir la opinión de los pacientes en los procedimientos que les atañen, de manera que es necesario abrir vías de comunicación en este plano. La metodología para evaluar la «experiencia del paciente»

(Weich et al., 2018) debería incorporarse a los procesos clínicos y a los procedimientos en los que están implicados.

Las normas de funcionamiento deben ser conocidas por pacientes y familiares en todos los casos.

### 3. Medidas encaminadas a la garantía de la seguridad de los pacientes y el equipo

La seguridad de los pacientes es otro de los elementos esenciales en el diseño y la gestión de las Unidades de Hospitalización de psiquiatría (Dewa et al., 2018). En estas, el riesgo de autolesiones, heteroagresividad, fugas y, en general, conductas peligrosas para la salud es elevada (Weich et al., 2018) (Iozzino et al., 2015). Es por ello por lo que deben existir protocolos y procedimientos encaminados a garantizar la seguridad y estos deben ser conocidos por todo el equipo.

La existencia de los protocolos no garantiza su cumplimiento, por ello, debería hacerse una evaluación y actualización sistemática de los mismos. Es obligada la existencia de protocolos de actuación para las medidas de restricción de movimientos y estos deben revisarse cuidadosamente enfatizando la importancia de disminuir su utilización al máximo posible.

Determinadas medidas conductuales en la planta de hospitalización han demostrado ser útiles para disminuir los episodios de contención de movimientos (Borcardt, 2011). Los componentes de las medidas conductuales utilizadas en este estudio fueron las siguientes: entrenamiento en cuidados desde una perspectiva de trauma psíquico, cambio en las normas de la unidad y estilo de lenguaje, cambio en las características físicas del entorno terapéutico e implicación de los pacientes en su plan de tratamiento.

Además, un elemento relevante en las medidas de seguridad es el diseño de las propias instalaciones y la garantía de que sus elementos son seguros (Aimola et al., 2018).

### 4. Estilo de comunicación verbal y no verbal del equipo terapéutico

La comunicación es un factor relevante en la satisfacción de los pacientes y sus quejas con la asistencia: juega un papel integral en la calidad de los servicios sanitarios en general y de los de salud mental en particular (Newell and Jordan, 2015). El estilo de comunicación verbal y no verbal de los médicos tiene influencia en el vínculo terapéutico y en la adherencia, tanto en el ámbito de la medicina en general como en la psiquiatría en particular (Thompson and McCabe, 2012). En una planta de psiquiatría, la comunicación de todo el equipo con los pacientes y, particularmente del personal de enfermería, es continua. La comunicación se fomenta como elemento de contención, apoyo y de modificación de conductas disfuncionales. Mediante la comunicación verbal y no verbal es

posible promover en el paciente la reflexión o, simplemente, la tranquilización y el acompañamiento. Más allá del contenido de la comunicación, que debería ser coherente en su conjunto, es necesario atender a su estilo.

Se recomienda un estilo de comunicación centrado en el paciente, que promueva su activación y participación en su cuidado (Allen et al., 2017), atendiendo especialmente al respeto.

Debe prestarse especial atención al manejo de los ingresos involuntarios, y aún más cuando se trata de pacientes extranjeros con barreras para la comprensión del lenguaje o pacientes de minorías étnicas. En estos casos la atención es compleja y necesita un acercamiento objetivo, considerando sus limitaciones y la mezcla de elementos culturales, étnicos, legales y de dificultades para recibir la atención necesaria (Barnett et al., 2019). Es necesaria una adaptación de los cuidados y un especial énfasis en facilitar la comprensión del paciente.

### 5. Participación de los pacientes en su plan terapéutico

La implicación de los pacientes en su plan terapéutico en un ingreso facilita su manejo y probablemente tiene un efecto positivo en los resultados (Alegría et al., 2018). El problema es que una elevada proporción de los pacientes ingresados lo están involuntariamente, al menos al comienzo del proceso. Además, con mucha frecuencia, los pacientes aceptan con dificultad algunas prescripciones terapéuticas y algunas normas de funcionamiento de la planta, especialmente la restricción de las salidas y la prohibición del tabaco.

Se requiere una especial habilidad y entrenamiento para manejar estas situaciones difíciles en las que hay que articular el deseo y el criterio del paciente con la necesidad de utilizar los tratamientos y cuidados avalados por la evidencia científica para obtener resultados. La formación de los profesionales ha demostrado tener efectos beneficiosos en el manejo de estas situaciones (Wykes et al., 2018).

Es recomendable que las estrategias para conseguirlo por todos los miembros del equipo terapéutico sean coherentes y se actualicen continuamente según la evolución del paciente.

## CÓMO EVALUAR EL AMBIENTE TERAPÉUTICO

El ambiente terapéutico resulta complejo para medirlo como una variable única, pero es necesario disponer de su evaluación precisa para poder mejorarlo. Habitualmente nos acercamos a dicha evaluación con medidas indirectas de sus componentes como la opinión de los pacientes y las familias o las reclamaciones. Así mismo, pueden ser medidas indirectas: la existencia de conductas violentas en la planta, la frecuencia de aplicación de medidas coercitivas como contención de movimientos o las incidencias de seguridad.

Probablemente la mejor información sobre la percepción del ambiente es la que proporcionan los propios pacientes. Las medidas de resultados en términos de «Experiencia del paciente» constituyen un elemento fundamental para valorar la atención a lo largo de todo el recorrido asistencial (Bruyneel et al., 2018) y, en concreto, del ambiente terapéutico de una unidad. La incorporación de la experiencia de los pacientes es necesaria para establecer áreas de mejora sólidamente fundamentadas, pero es relevante que la evaluación sea rigurosa (Wykes et al., 2018).

La experiencia del paciente y del personal de cuidados en una Unidad de Hospitalización puede evaluarse a través del cuestionario CAPE (Combined Assessment of Psychiatric Environments) (Delaney et al., 2015) y de los métodos actualmente en uso para ello.

El Plan Estratégico de Salud Mental de Madrid (Mental, 2018) está comprometido con la atención centrada en el paciente que incluye, como principios nucleares, la atención a su dignidad, compasión, capacidad de decisión y autonomía (Weich et al., 2018, Staniszewska and Bullock, 2012).

## BIBLIOGRAFÍA

- Aimola, L., Jasim, S., Tripathi, N., Bassett, P., Quirk, A., Worrall, A., Tucker, S., Holder, S. & Crawford, M. J. (2018). Impact of a peer-review network on the quality of inpatient low secure mental health services: cluster randomised control trial. *BMC Health Serv Res*, 18, 994.
- Alegría, M., Nakash, O., Johnson, K., Ault-Brutus, A., Carson, N., Fillbrunn, M., Wang, Y., Cheng, A., Harris, T., Polo, A., Lincoln, A., Freeman, E., Bostdorf, B., Rosenbaum, M., Epelbaum, C., Laroche, M., Okpokwasili-Johnson, E., Carrasco, M. & Shrout, P. E. (2018). Effectiveness of the DECIDE Interventions on Shared Decision Making and Perceived Quality of Care in Behavioral Health with Multicultural Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75, 325-335.
- Allen, M. L., Cook, B. L., Carson, N., Interian, A., La Roche, M. & Alegria, M. (2017). Patient-Provider Therapeutic Alliance Contributes to Patient Activation in Community Mental Health Clinics. *Adm Policy Ment Health*, 44, 431-440.
- Barnett, P., Mackay, E., Matthews, H., Gate, R., Greenwood, H., Ariyo, K., Bhui, K., Halvorsrud, K., Pilling, S. & Smith, S. (2019). Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data. *Lancet Psychiatry*, 6, 305-317.
- Borckardt, J. J., Madan, A., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., Pelic, C. G., Hardesty, S. J., Hanson, R., Herbert, J., Cooney, H., Benson, A. & Frueh, B. C. (2011). Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*, 62, 477-483.

- Bruyneel, L., Van Houdt, S., Coeckelberghs, E., Sermeus, W., Tambuyzer, E., Cosemans, P., Peeters, G., Van Den Broeck, K., Weeghmans, I. & Vanhaecht, K. (2018). Patient experiences with care across various types of mental health care: Questionnaire development, measurement invariance, and patients' reports. *Int J Methods Psychiatr Res*, 27.
- Delaney, K. R., Johnson, M. E. & Fogg, L. (2015). Development and testing of the combined assessment of psychiatric environments: a patient-centered quality measure for inpatient psychiatric treatment. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 21, 134-147.
- Dewa, L. H., Murray, K., Thibaut, B., Ramtale, S. C., Adam, S., Darzi, A. & Archer, S. (2018). Identifying research priorities for patient safety in mental health: an international expert Delphi study. *BMJ Open*, 8, e021361.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielsens, O. & De Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 10, e0128536.
- Mental, D. G. D. C. D. L. A. S. O. R. D. C. D. S. (2018). Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid.
- Newell, S. & Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 13, 76-87.
- Reneses, B. (2003). El Equipo Interdisciplinar en Psiquiatría. In J. Guimón, E. De la Sota & N. Sartorius (Eds.) *La Gestión de las Intervenciones Psiquiátricas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Staniszewska, S. & Bullock, I. (2012). Can we help patients have a better experience? Implementing NICE guidance on patient experience. *Evid Based Nurs*, 15, 99.
- Thompson, L. & McCabe, R. (2012). The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12, 87.
- Weich, S., Fenton, S. H., Bhui, K., Staniszewska, S., Madan, J., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Canaway, A., Croft, C. & Griffiths, F. (2018). Realist Evaluation of the Use of Patient Experience Data to Improve the Quality of Inpatient Mental Health Care (EURIPIDES) in England: study protocol. *BMJ Open*, 8, e021013.
- Wykes, T., Cspike, E., Williams, P., Koeser, L., Nash, S., Rose, D., Craig, T. & McCrone, P. (2018). Improving patient experiences of mental health inpatient care: a randomised controlled trial. *Psychol Med*, 48, 488-497.





# 3

## Estructuración del tiempo en las Unidades de Hospitalización Breve

*Jorge Pérez, Cristina del Álamo, Nadia Blanco y Dolores Gómez*

El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2016) establece como elementos deshumanizantes de la atención en la salud mental la negación de la autonomía y de la subjetividad de la persona, planteando como objetivo prioritario la implicación y participación de las personas con trastorno mental en su proceso de recuperación. La autonomía y la subjetividad de la persona también se expresan en las actividades que decide realizar durante su rutina diaria, guiada por sus propios valores e intereses, y el significado que la propia actividad tiene para la persona.

Durante el ingreso en una Unidad de Hospitalización Breve (UHB) esta rutina diaria se ve alterada y condicionada por un entorno físico y social desconocido donde la persona debe ajustarse a una estructuración del tiempo diferente, no elegida y, por lo tanto, con el riesgo de alienar su propia subjetividad. Por este motivo, se hace necesario que la finalidad de cada intervención y el mismo ambiente persigan como objetivo último el beneficio de la persona desde el respeto de su individualidad.

Los objetivos principales de un ingreso en una Unidad Hospitalaria psiquiátrica aguda son la estabilización clínica y el retorno de la persona a la comunidad con la mayor autonomía posible. Para que esto suceda nos servimos de diferentes herramientas, entre las cuales planteamos profundizar en la gestión y estructuración del tiempo y en la evaluación y comprensión de la capacidad de la persona para desempeñarse en su entorno (Fitzgerald, 2016). Por ello, será imprescindible la formación del equipo con una única forma de intervención acordada, una única base filosófica que le dará un lenguaje común y una misma dirección para cada intervención (Rodríguez, 1997), así como una coordinación del equipo donde cada uno pueda trabajar con calidad humana y profesional, a distintos niveles, claramente delimitados en función de la formación y de la experiencia. En este sentido, sería de interés el abordaje mediante equipos interdisciplinarios con participación activa de los terapeutas ocupacionales, que son los profesionales responsables de la coordinación de la intervención cuando las dificultades son de índole instrumental en el manejo de su autonomía personal (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2010) y que, por lo tanto, tienen un papel clave en la evaluación y tratamiento mediante el uso de la actividad (Simpson et al., 2005; Gibson et al., 2008).

Las personas ingresadas en una UHB rotan en periodos cortos de tiempo (días, semanas) y tienen perfiles individuales y clínicos muy heterogéneos. No obstante, todos se encuentran en un momento de crisis en el que elementos de anclaje y estructuración externa se vuelven imprescindibles. Es en este contexto en el que consideramos necesario que exista una programación diaria y semanal de las actividades terapéuticas y de ocio en la que las personas puedan participar.

El espacio y el tiempo son los ejes de las actividades cotidianas y de la comprensión del entorno y constituyen la trama fundamental de la lógica del mundo sensible. La percepción más significativa del tiempo la da el ritmo, la forma de sucederse y alternar una serie de hechos. El ritmo rige la vida y como consecuencia rige la actividad de la persona a lo largo de su vida. Así, observamos que la capacidad de una persona de mantener una coherencia interna está en relación con el flujo de estímulos, de tal modo que en la monotonía se puede llegar a producir una progresiva desorganización mental.

Es importante no caer en el error de considerar que todas las actividades son terapéuticas *per se*. El valor terapéutico de una actividad está relacionado con el significado que tiene para la persona, por lo que, al inicio del ingreso es fundamental realizar un proceso individualizado de evaluación terapéutica y ocupacional donde, además de explorar de manera conjunta sus necesidades e intereses, se informe a la persona sobre el funcionamiento de la unidad, las diferentes actividades y programas terapéuticos disponibles y, desde el establecimiento de la alianza terapéutica, comenzar a favorecer su participación.

Por ello, a fin de minimizar el impacto del ingreso en la UHB en la funcionalidad de la persona, es importante mantener, en lo posible, un equilibrio ocupacional (Kielhofner, 2011) entre las áreas de autocuidado, productividad (entendida como la participación en programas terapéuticos estructurados) y ocio mediante la colaboración inter y transdisciplinar entre los diferentes profesionales sanitarios.

En el apoyo y acompañamiento en la realización de las actividades básicas de la vida diaria será necesaria la colaboración entre el personal de enfermería, cuando exista una dependencia completa, y de terapia ocupacional, con respecto al planteamiento de objetivos rehabilitadores. Además, se debe favorecer la participación en actividades instrumentales, como la organización de la habitación o la preparación y recogida del comedor, siempre y cuando las condiciones de la persona y la unidad lo permitan. En relación a los programas estructurados, cobran especial importancia la participación en los grupos de orientación psicoterapéutica y en las actividades de terapia ocupacional (exploración grupal de intereses, roles y estructuración de hábitos diarios, reflexión sobre el uso de la ocupación como medio terapéutico y, como fin en sí mismo, actividades deportivas, artísticas, lúdicas, trabajo corporal y de relajación y participación en proyectos ocupacionales semanales de carácter individual y grupal), así como la participación en consultas individuales con los diferentes profesionales sanitarios (psiquiatría, psicología, enfermería y terapia ocupacional).

Por último, desde terapia ocupacional será necesario orientar a la persona, si lo necesita, en su estructuración del tiempo libre entre semana y, especialmente, en los fines de semana, dotando a la unidad de un entorno favorecedor y seguro donde la persona pueda decidir entre diferentes actividades de ocio para participar y, si las condiciones de la unidad lo permiten, poder realizar algunas de estas actividades al aire libre. La participación en actividades, tanto dentro como fuera de la unidad, debería poder realizarse con ropa adecuada, favoreciendo el uso de su propia ropa en lugar del pijama sanitario. Por último, hay que indicar que esta intervención no debería orientarse únicamente a su mantenimiento dentro de la unidad, sino que se debe apoyar a la persona que lo necesite en la estructuración de rutinas y hábitos diarios durante los permisos domiciliarios de fin de semana, si los hubiera, y previos al alta de la unidad.

Aprovechando el tema que nos ocupa, cabría señalar la disparidad existente entre las distintas UHBs de la Comunidad de Madrid. Actualmente, no existe una normativa que regule la inclusión del terapeuta ocupacional en las UHB ni la ratio terapeuta ocupacional/personas atendidas; incluso, algunas Unidades Hospitalarias como la del Hospital Universitario del Sureste, el Hospital Universitario de Getafe o el Hospital Universitario Severo Ochoa, entre otras, no cuentan con la terapia ocupacional entre su cartera de servicios. La evidencia científica disponible sobre la terapia ocupacional en la intervención con personas con diagnóstico psiquiátrico (Gibson et al., 2011; Ikiugu et al. 2017) muestra una incidencia positiva en su bienestar, en la disminución de la sintomatología y en la mejora de su desempeño en actividades de la vida diaria. Además, el beneficio de la terapia ocupacional en las Unidades de Hospitalización Breve con personas con trastorno mental en fase aguda está ampliamente documentada (Mee y Sumsion, 2001; Hutcheson et al., 2010; Lloid y Williams, 2010; Fitzgerald, 2016; Bryant et al., 2016). Hutcheson et al. (2010) describen cómo la introducción desde terapia ocupacional de un programa de actividades estructuradas dentro de un hospital psiquiátrico produjo un incremento significativo de las personas que participaban en las actividades e identificaron que más del 90% de estas personas y el 100% del personal consideraron que el programa fue beneficioso y terapéutico. Bryant et al. (2016) exploraron mediante metodología cualitativa la percepción que las personas ingresadas en Unidades de Hospitalización psiquiátrica tienen del servicio de terapia ocupacional, mostrando la importancia que estas le dan a poder desempeñar una actividad significativa durante su estancia, ocupando parte del tiempo libre e identificando beneficios de su participación en las actividades como el alivio del estrés, la autoexpresión y la toma de decisiones sobre su propio proceso de recuperación.

Apoyándonos en estos hallazgos y en la experiencia clínica, se considera imprescindible la unificación de criterios en la cartera de servicios y normativas en pro de la humanización de la atención a la persona, así como llegar a un consenso común sobre la estructuración del tiempo en las UHB, con el fin de que dicha estructura se ajuste a las necesidades reales de las personas ingresadas y no únicamente a los tiempos administrativos de la unidad. Por ello, se propone un ejemplo de cronograma a seguir en las UHB para la estructuración del tiempo, intentando respetar en la medida de lo posible los ritmos, la libertad de elección

y la individualidad de la persona en equilibrio con el correcto funcionamiento de la unidad.

HORAS	ACTIVIDAD
08:00 - 09:00	Despertar y aseo personal
09:00 - 09:30	Desayuno
09:30 - 10:00	Aseo personal, actividades instrumentales como la organización de la habitación y tiempo libre
10:00 - 10:30	Grupo de acogida del fin de semana y/o para nuevos pacientes
10:30 - 12:30	Terapia ocupacional
12:30 - 13:30	Grupo psicoterapéutico
13:30 - 14:00	Comida
14:00 - 15:00	Ocio, tiempo libre y/o siesta
15:00 - 16:30	Terapia ocupacional
16:30 - 17:00	Merienda
17:00 - 20:30	Ocio y tiempo libre: conversación, lectura, juegos de mesa, cine, actividades lúdicas, salidas, visitas
20:30 - 21:00	Cena
21:00 - 22:30	Ocio, tiempo libre y actividades de autocuidado
22:30 - 23:00	Grupo de buenas noches
23:00	Descanso nocturno

## CONCLUSIONES

El periodo de ingreso en la UHB es la reproducción de una micro sociedad, en la que la persona estará inmersa. La ocupación y estructuración de los tiempos se basará en el equilibrio entre el desempeño de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la participación en programas terapéuticos y el ocio y tiempo libre, en un marco terapéutico donde todo el equipo interdisciplinar tenga como finalidad el bienestar de la persona, minimizando la pérdida de capacidades y recuperando su funcionalidad.

Queremos aprovechar para reseñar la importancia de incluir la intervención del terapeuta ocupacional en las UHBs para promover la salud y el bienestar ocupacional de la persona a través de la participación en ocupaciones significativas que formen parte de programas estructurados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bryant, W., Cordingley, K., Sims, K., Dokal-Marandi, J., Pritchard, H., Stannard, V., Adamako, E. (2016). Collaborative research exploring mental health servi-

ce user perspectives on acute inpatient occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(10): 607–613. doi:10.1177/0308022616650899.

- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Recuperado de: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1354603888389&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=-ComunidadMadrid](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354603888389&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=-ComunidadMadrid).
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2010). Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Recuperado de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1268600114568&ssbinary=true>
- Gibson, R., Novakovic, A., Francis, K., McGilloway, K. (2008). Service evaluation of multidisciplinary therapy on an acute psychiatric ward. *Mental Health Review Journal*, 13(3): 32-39. doi:10.1108/13619322200800020.
- Gibson, R. W., D'Amico, M., Jaffe, L., Arbesman, M. (2011). Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65: 247–256. doi:10.5014/ajot.2011.001297.
- Hutcheson, C., Ferguson, H., Nish, G., Lesley, G. (2010). Promoting mental wellbeing through activity in a mental health hospital. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3): 121–128. doi:10.4276/030802210X12682330090497.
- Ikiugu, M. N., Nissen, R. M., Bellar, C., Maassen, A., Van Peurse, K. (2017) Clinical effectiveness of occupational therapy in mental health: a meta-analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(5): 1-9. doi:10.5014/ajot.2017.024588.
- Kielhofner, G. (2011). *Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación*. 4a ed. Madrid: Médica Panamericana.
- Lloyd, C. & Williams, P. L. (2010). Occupational therapy in the modern adult acute mental health setting: a review of current practice. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(9): 483–493. doi:10.12968/ijtr.2010.17.9.78038.
- Fitzgerald, M. (2016). The potential role of the occupational therapist in acute psychiatric services: A comparative evaluation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 23(11): 1759–1779. doi:10.12968/ijtr.2016.23.11.514.
- Mee, J. & Sumsion, T. (2001). Mental health clients confirm the motivating power of occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(3): 121–128. doi:10.1177/030802260106400303.

- Rodríguez, A. (coord.) (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Simpson, A., Bowers, L., Alexander, J., Ridley, C., Warren, J. (2005). Occupational therapy and multidisciplinary working on acute psychiatric wards: the Tompkins acute ward study. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(12): 545-552. doi:10.1177/030802260506801203.

# 4

## Humanización de las Unidades de Hospitalización de pacientes psiquiátricos agudos

Íñigo Alberdi Páramo y José Luis Carrasco Perera

### INTRODUCCIÓN

La Unidad de Hospitalización psiquiátrica para pacientes agudos se contempla como un recurso médico-sanitario y psiquiátrico para pacientes en situación de crisis, cuyo cuidado y tratamiento médico-psiquiátrico requiere intensificar las posibilidades de ayuda profesional que se pueden ofrecer en otros dispositivos de atención de carácter ambulatorio o de hospitalización parcial.

Sin embargo, sus prestaciones y su eficacia pueden ser mejorables y proporcionados, parcialmente, por otros dispositivos y/o programas asistenciales del área sanitaria.

### BACKGROUND

Países de nuestro entorno más próximo abogan por un modelo en esta línea.

Cornelis J et al (2018) (1) proponen en Holanda un equipo de trabajo ambulatorio llamado *Crisis Resolution Team* (CRT), con la metodología llamada *Intensive Home Treatment* (IHT), con el objetivo de reducir las necesidades de hospitalización en estos pacientes. Comparan su programa de tratamiento con el habitual *Care-as-Usual* (CAU) (práctica común de tratamiento ambulatorio de «baja intensidad» y hospitalización en los casos indicados) y concluyen que reducen las necesidades de días de hospitalización en un 33%. Los propios autores reconocen que los estudios coste-efectividad en su proyecto y en otros similares son escasos para poder comparar otros parámetros.

Gandré C et al (2017) (2), en Francia, señalan que las recomendaciones internacionales en salud mental van en la línea de intentar reducir los días de hospitalización en los pacientes psiquiátricos y del desarrollo de *alternatives to full-time hospitalizations* (AFTH). Hacen un estudio de este tipo de programas, implementados en la psiquiatría francesa (3).

En nuestro país, Vázquez-Bourgon J et al. (2012) (4), con una revisión de la literatura publicada hasta 2010, han identificado tres tipos de dispositivos asis-



tenciales para el tratamiento de pacientes psiquiátricos agudos y graves, como alternativa a la hospitalización, en lo que los autores denominan el Modelo Comunitario de Atención a la Enfermedad Mental. Estos son:

- atención intensiva y continuada de día (*Acute Continuous Day Care*, ACDC), sinónimo de Hospital de Día para pacientes agudos;
- atención asertivo-comunitaria (*Assertive Outreach Care*, AOC);
- tratamiento agudo domiciliario (*Home Acute Care*, HAC), en el que también se incluyen Programas de Resolución de Crisis.

En las conclusiones indican que, tanto en nuestro medio sanitario como en países desarrollados de nuestro entorno, otras alternativas a la hospitalización habitualmente indicada para pacientes agudos y graves son escasas. En su desarrollo futuro habría de tenerse en cuenta no sólo necesidades referidas a las exigencias clínicas de un buen tratamiento, sino también la combinación de las medidas clínicas con servicios sociales, así como la programación de medidas preventivas para las enfermedades mentales y, finalmente, la conveniencia en la coordinación de los servicios ofrecidos (4).

## DISCUSIÓN

Frente a la hospitalización psiquiátrica de pacientes psiquiátricos agudos y graves se impone, por lo tanto, la necesidad de desarrollar estrategias, programas y equipos de profesionales para tratar dichos pacientes de forma integrada y coordinada en la comunidad.

Los tres modelos de atención extrahospitalaria, como recursos disponibles en distintas áreas sanitarias que pueden resolver algunas de las situaciones que conducen a la hospitalización psiquiátrica de pacientes agudos son:

- Hospital de Día para pacientes agudos, hospitalización parcial. También denominados Atención Intensiva y Continuada de Día (*Acute Continuous Day Care*, ACDC). Concepto que nace en Estados Unidos en los años 60, tiene el objetivo de garantizar, desde una perspectiva multidisciplinar y multimodal, una atención psiquiátrica personalizada e intensiva. Combina la supervisión estrecha de una unidad de internamiento psiquiátrico tradicional con el mantenimiento de un entorno terapéutico menos restrictivo, manteniendo a los pacientes en la comunidad (4).
- Programas y Equipos de Atención Asertivo-Comunitaria (*Assertive Outreach Care*, AOC). Desarrollados en los Estados Unidos en los años 70, esta alternativa incluye estrategias proactivas de seguimiento dirigidas a garantizar la adherencia terapéutica de los pacientes. Además, también contempla programas de prevención de la enfermedad, de atención social y de desarrollo de estrategias de intervención en la comunidad, con

el objetivo de garantizar la accesibilidad a los recursos asistenciales a lo largo de todo el día (4).

- Programas y Equipos de Intervención en Crisis o de Resolución de Crisis. Se incluyen en los Equipos de Tratamiento Agudo Domiciliario (*Home Acute Care*, HAC). También aparecen en los años 70, con el objetivo de proporcionar una respuesta clínica precoz y eficaz. En este modelo se integran valoración y manejo del paciente en crisis, mientras permanece en la comunidad (4).

## CONCLUSIONES

Estimamos tras el estudio de la evidencia disponible sobre el funcionamiento de los distintos programas y dispositivos, la necesidad de un mayor desarrollo de programas innovadores con el objetivo de lograr una mayor humanización en el manejo del paciente psiquiátrico agudo.

Asimismo, abogamos por una mayor coordinación e integración de los programas y estructuras asistenciales de un área sanitaria y entre distintas áreas sanitarias a propósito de este objetivo.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cornelis J, Barakat A, Dekker J, Schut T, Berk S, Nusselder H, et al. Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: A multi-centre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2018 Dec 27;18(1):55.
- (2) Gandré C, Gervais J, Thillard J, Macé JM, Roelandt JL, Chevreur K. The development of psychiatric services providing an alternative to full-time hospitalization is associated with shorter length of stay in French public psychiatry. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Mar 21;14(3):325.
- (3) Gandré C, Gervais J, Thillard J, Macé J-M, Roelandt J-L, Chevreur K. Involuntary Psychiatric Admissions and Development of Psychiatric Services as an Alternative to Full-Time Hospitalization in France. *Psychiatr Serv*. 2017 Sep 1;68(9):923-30.
- (4) Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(6):323-32.



# 5

## Alternativas a la contención mecánica

*Julián Carretero y Álvaro Rivera*

La contención mecánica está indicada, en la actualidad, para la intervención en pacientes con agitación psicomotriz, con el fin de prevenir daños a uno mismo o a terceros. No obstante, su prescripción no está exenta de riesgos. Son numerosos los estudios que demuestran los elevados daños psicológicos y físicos, incluso mortales, asociados a su uso (1). Por ello se hace necesario agotar las alternativas a su utilización.

Son muchas las acciones que permiten reducir y prevenir las prácticas coercitivas en los diferentes entornos de salud mental. En este capítulo, vamos a centrarnos en las Unidades de Hospitalización Breve (agudos), como un dispositivo de la red de salud mental en el que deberían aplicarse con el objetivo de alcanzar el horizonte «contenciones cero» (2, 3).

Existen una serie de propuestas globales, entre las que se incluyen, entre otras, el impacto de la modificación de las leyes que permiten la aplicación de intervenciones involuntarias, las políticas de puertas abiertas, que fomentan la integración de las personas con problemas de salud mental dentro de la comunidad, así como la promoción de una filosofía de cuidados, centrados en el modelo de recuperación y el respeto a los derechos humanos, que fomente la autonomía de las personas con problemas de salud mental, así como su participación en las decisiones que les influyen directamente. Resulta clave que exista confianza en las relaciones terapéuticas, entendiendo a la persona como un todo indivisible, promoviendo una atención integral que permita una adecuada continuidad de cuidados.

Por otro lado, resulta fundamental crear un ambiente terapéutico positivo, con espacios agradables, con posibilidad de acceso al aire libre, y que garanticen los derechos vinculados a la dignidad y a la privacidad. Es vital tomar en consideración la dinámica de funcionamiento de las unidades, teniendo en cuenta la fase de acogida, organización de la unidad, oferta y planificación de las actividades, implicación activa de las personas con problemas de salud mental y allegados, continuidad de cuidados y el ambiente relacional que favorezca el proceso terapéutico (4, 5).

Existen seis estrategias básicas para reducir el uso de la reclusión y la restricción en salud mental (6):

1. Liderazgo hacia el cambio organizacional. Articulando una filosofía de cuidado que promueva la reducción de las medidas coercitivas.
2. Usar datos para informar la práctica. Resulta clave disponer de unos registros adecuados que permitan conocer cuál es la situación y poder monitorizar patrones restrictivos que permitan a su vez establecer las necesarias estrategias de cambio y medidas correctoras. Estos registros deben ser comparables entre distintos recursos asistenciales.
3. Capacitación de los profesionales. Es necesaria la presencia de profesionales competentes y suficientes. Está demostrado que el uso de técnicas de desescalada verbal se sitúa como una de las herramientas más potentes para reducir el uso de contenciones mecánicas. A su vez, son necesarias las evaluaciones continuas de las situaciones que suceden, así como el análisis de las mismas con el objetivo de restaurar la relación terapéutica, ayudar al paciente a prevenir futuros episodios de agitación psicomotriz y, también, proponer al equipo terapéutico áreas de mejora para evitar en un futuro su utilización (7).
4. Uso de herramientas de reducción de medidas restrictivas. Al igual que todas las Unidades de Hospitalización breve disponen de una sala de contención, pensamos que sería positivo disponer de una sala de «no contención» o de modulación sensorial, en la que las personas puedan gestionar su malestar sin que sea necesaria la aplicación de contenciones mecánicas. También la utilización de fármacos con elevada rapidez de acción, que preserven un clima de colaboración con el paciente, evitando vías de administración invasivas. En este sentido, fármacos con administraciones sublinguales o inhalados parecen los idóneos (7).
5. Participación de las personas con problemas de salud mental y/o allegados en las políticas de reducción de medidas coercitivas.
6. Elaboración de informes. Realizar un análisis de los motivos que llevaron a los profesionales a llevar a cabo las medidas coercitivas, su mantenimiento y la evaluación de las mismas.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints. (2013) *Psychiatr Q*, págs. 84:499-512.
- (2) Apostando por un mañana sin contenciones mecánicas. Enfermeras especialistas en salud mental comprometidas con los objetivos de promoción y defensa de la salud mental. Asociación Española Enfermería Salud Mental (AEESME). Consultado el: 03/02/2019. Disponible en: <http://www.aeesme.org/> destacados/posicionamiento-aeesme-tolerancia-cero-en-contenciones-mecanicas/. Consultado el: 15/02/2019.

- (3) Recomendaciones para la elaboración de protocolos y registros de sujeciones físicas, según lo establecido en la resolución 106/17 del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud, sobre instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud. Documento consensuado (2017). Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Comunidad de Madrid.
- (4) Carretero J (2010). El espacio grupal como herramienta de terapia ambiental en Enfermería de salud mental. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/el-espacio-grupal-como-herramienta-de-terapia-ambiental-en-enfermeria-de-salud-mental/>. Consultado el: 17/02/2019.
- (5) Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico (2010). Ambiente Terapéutico en Salud Mental. Análisis de situación y recomendaciones para Unidades de Hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- (6) Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F (2018). Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review, Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.
- (7) Vieta E et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation (2017) BMC Psychiatry, pág. 17:328.



# 6

## Entorno legal

*Dolores Saiz-González y Julia García-Albea*

Desafortunadamente no existe un marco legal bien definido y estructurado que contemple directamente y de forma específica la actuación y características de los ingresos psiquiátricos y de la salud mental en España (1). No obstante, sí disponemos de un marco normativo amplio y algunas leyes sobre las que se asienta la práctica clínica habitual y también los principios básicos implicados en los programas de humanización en las Unidades de Hospitalización de Agudos.

Estas normas y leyes engloban desde los derechos que recoge la Constitución Española hasta declaraciones de principios, derechos humanos, la Ley de Autonomía del Paciente, Ley de Enjuiciamiento Civil, leyes del personal sanitario, leyes de igualdad y, últimamente, normas de la Comunidad Autónoma de Madrid dirigidas a la humanización de la asistencia sanitaria como la que rige las instrucciones para facilitar información clínica personalizada a familiares y pacientes (2).

Los ingresos en las unidades de agudos de psiquiatría pueden suceder en dos formas: ingreso voluntario o involuntario, en función de la competencia del paciente y la opinión respecto a su internamiento en ese momento.

El ingreso involuntario se considera siempre una medida excepcional y se intenta evitar en lo posible. El internamiento involuntario en España está regulado por el artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (3) y los ingresos se clasifican en urgentes y ordinarios según distintas características. Se definen como urgentes cuando es el facultativo el que decide el ingreso notificándolo al juzgado competente en menos de 24 horas y siendo ratificado o no por el juez tras el examen del paciente en 72 horas como máximo (art. 763.1 LEC). El internamiento civil ordinario tiene lugar cuando son las autoridades judiciales las que autorizan el ingreso previamente a la valoración facultativa.

Respecto a las medidas de contención de movimientos, que son necesarias pautar en ocasiones excepcionales en los servicios de urgencia o en la hospitalización, están reguladas según las leyes generales de Sanidad y de autonomía del paciente sin referir una legislación específica (4, 5).

La normativa, legislación y referencias vigentes que sostienen, regulan y promueven los planes de humanización en la asistencia sanitaria engloban aspec-



tos éticos, derechos fundamentales como igualdad, justicia y salud, leyes y normas referidas a estos derechos y Declaraciones de Asociaciones Internacionales representativas.

Como punto de partida es obligado referirse a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas de 1948 como ideal común para todos los pueblos y naciones, que reconoce la dignidad y el valor de la persona humana, la igualdad de derechos y los principios básicos de justicia, paz y libertad en el mundo (6).

En relación con los derechos fundamentales en España, es la Constitución Española de 1978 la que reconoce en el artículo 1 los derechos fundamentales de libertad, justicia e igualdad, en el artículo 10 lo relativo al derecho a la dignidad de la persona y en el 43 el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud (7).

Respecto a la legislación sanitaria en España, es la Ley General de Sanidad la que dispone la salud como derecho universal, tanto la protección de la salud como la asistencia sanitaria a todos los españoles, y propone la promoción de la salud, la prevención y la igualdad en el acceso a los recursos y la participación ciudadana; además, su artículo 20 integra la salud mental en el sistema sanitario y equipara los derechos de las personas con problemas de salud mental con los del resto de usuarios del Sistema Nacional de Salud, sustituye las instituciones manicomiales por las Unidades de Hospitalización de los hospitales generales y aplica el modelo comunitario a la atención ambulatoria, siguiendo las recomendaciones antes dicitadas por el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (4).

En la Ley de Autonomía del Paciente (5) se regulan los derechos y deberes en documentación clínica e información y la Ley de Ordenación Ciudadana se refiere a los deberes y derechos de los ciudadanos (8). Otras leyes regulan la coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, garantizando la equidad y la calidad en la asistencia (9).

En el caso de los códigos deontológicos de los profesionales de la salud, es la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (10) la que se encarga del cumplimiento por parte de los profesionales de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de los pacientes a quienes asisten.

En materia de dependencia, la Organización de Naciones Unidas declara los derechos de las personas con discapacidad, así como la obligación de los Estados de protegerlos, promoverlos y establecer su participación plena y efectiva en la sociedad en situación de igualdad (11). En España este reconocimiento legal se plasma en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (12), donde se recogen los derechos de protección universal y de igualdad.

Para mejorar la asistencia en salud mental y proteger a los enfermos mentales es de nuevo la Organización de Naciones Unidas quien establece una de-

claración de principios para garantizar la humanidad en el trato, el respeto a la dignidad y la no discriminación del enfermo mental (13).

Los planes de Salud Mental de la Comunidad de Madrid incluyen algunos de estos principios: el de 2003-2008 estaba centrado en la lucha contra el estigma, la discriminación y el respeto de los derechos humanos de los enfermos (14); el Plan 2010-2014 apostaba por la humanización y la dignidad en los enfermos mentales (15); y el Plan 2016-2019 es el primero que puede considerarse de Humanización de la asistencia Sanitaria, con una línea para salud mental (2).

En este sentido, existen resoluciones que contemplan ya este plan de humanización, como el que regula el acompañamiento de los familiares en urgencias o facilita la información a pacientes y familiares (16, 17).

Muchas son las asociaciones de pacientes y familiares en primera persona o profesionales que también dirigen sus esfuerzos para la promoción de la salud y la humanización de la asistencia psiquiátrica, así como a garantizar los derechos de la persona con enfermedad mental.

Entre los numerosos aspectos que podrían englobarse en este apartado, hay que mencionar la lucha contra el estigma definido como el rechazo y aislamiento social del paciente con enfermedad mental, que procede del desconocimiento de la enfermedad mental en la sociedad (18). En 2010, la OMS y la Comisión Europea desarrollaron un proyecto común centrado en el empoderamiento para el usuario en salud mental, cuyo objetivo es fortalecer el papel de las personas con enfermedad mental y de sus cuidadores a través de distintas acciones que buscan proteger los derechos y luchar contra el estigma, asegurar la calidad de la salud mental, facilitar la información y los recursos y fomentar la autonomía y toma de decisiones (19).

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Legislación Sobre Salud Mental y Derechos Humanos. OMS, 2003.
- (2) Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.
- (3) Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE nº 7, de 8 de enero de 2000.
- (4) Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad.
- (5) Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia.
- (6) Declaración Universal de los Derechos Humanos, de Naciones Unidas, 1948.

- (7) La Constitución Española.
- (8) Ley 12/2001 de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- (9) Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión, calidad del Sistema Nacional de Salud.
- (10) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias.
- (11) Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016.
- (12) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a personas en situación de Dependencia.
- (13) Declaración de principios para la protección de los enfermos mentales y para la mejora de la atención en salud mental. OMS, 2012.
- (14) Resolución 417/15 de 7 de agosto, Viceconsejería de Sanidad para la personalización de la asistencia sanitaria, acompañamiento de pacientes.
- (15) Resolución 477/15 de 22 de septiembre, de la Viceconsejería de Sanidad de la personalización de la asistencia sanitaria sobre información clínica a familiares y pacientes.
- (16) Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- (17) Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- (18) Declaración de Madrid contra el Estigma y la Discriminación de las Personas con Enfermedad Mental.
- (19) Organización Mundial de la Salud (2010). Declaración de la Oficina Regional de la OMS en Europa para el Empoderamiento del usuario en Salud Mental. Oficina Regional OMS en Europa. Copenhague, 2010.

# 7

## Traslados

*Javier Correas y Marina Díaz Marsá*

Una de las mayores dificultades con las que nos encontramos en la atención a las situaciones de crisis de las personas con enfermedad mental es el momento del traslado. Normalmente, las crisis comienzan en el medio ambulatorio y, de una forma u otra, será necesario que el paciente llegue a un hospital donde pueda ser evaluado por un psiquiatra que determine, entre otras muchas cosas, la posibilidad de ingreso. Todo el proceso hasta que finalmente pueda ser manejado en la Unidad de Hospitalización Breve de psiquiatría (UHB) es el punto más crítico de la atención y, cuanto más lejos nos encontremos, más complejo es el abordaje.

Solo tres Comunidades Autónomas (Extremadura, Murcia y Navarra) cuentan con protocolos específicos de actuación consensuados por todos los agentes implicados (Salud Mental, Servicios de Emergencias Extrahospitalarias, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Juzgados, etc.). El más reciente es el de la Región de Murcia, que actualizó su Protocolo de Coordinación de Actuaciones para los Traslados de Personas que padecen Enfermedad Mental en marzo de 2014. El navarro es del año 2008 y el extremeño del 2005.

La Comunidad Valenciana (2009), la Junta de Castilla y León (2009) y Andalucía (2002) tienen protocolos en los que regulan aspectos más generales de los ingresos en psiquiatría y que incluyen los relativos al traslado.

Es importante que distingamos los diferentes tipos de traslados que podemos encontrarnos en la práctica diaria. Nos vamos a ceñir a los aspectos clínicos, evitando profundizar en los aspectos legales y no entrando en la valoración de lo que es involuntario o no desde el punto de vista jurídico. Por tanto, al referirnos a la voluntariedad lo hacemos desde un punto de vista clínico y no jurídico:

- **Traslado voluntario urgente:** pacientes que, o bien solicitan ellos mismos el traslado o bien aceptan la propuesta del médico, no mostrando oposición, estén o no de acuerdo con ello.
- **Traslado voluntario no urgente:** pacientes que de forma programada son trasladados, bien por iniciativa propia o de terceros, pero que no muestran ninguna oposición, estén o no de acuerdo con ello.

- **Traslado involuntario urgente:** pacientes que presentan una crisis aguda de su enfermedad y muestran oposición, más o menos activa, a ser trasladados.
- **Traslado involuntario programado:** pacientes que requieren ser trasladados de forma no urgente y muestran oposición activa a ello. Habitualmente, se trata de traslados entre hospitales, aunque también se producen en situaciones de cronicidad en las que el juzgado indica un ingreso involuntario.

Obviamente, los mayores problemas nos los vamos a encontrar con los pacientes que no quieren ser trasladados y, por tanto, nos centraremos en esas situaciones.

Desde el punto de vista clínico, estos pacientes pueden presentar un estado de activación que puede ir desde la inquietud hasta la agitación psicomotriz, así como diferentes grados de hostilidad o agresividad. Debemos recordar que desde el punto de vista etiológico nos podemos encontrar con diferentes causas de la agitación:

- **Agitación psiquiátrica:** suelen ser pacientes que presentan una descompensación de su enfermedad de base, siendo las causas más frecuentes esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad.
- **Agitación orgánica:** son pacientes que, independientemente de sus antecedentes psiquiátricos, presentan un estado de agitación debido a una causa no psiquiátrica, siendo las más frecuentes:
  - Intoxicación por alcohol u otras sustancias.
  - Abstinencia a alcohol u otras sustancias.
  - Cuadros confusionales.
- **Agitación mixta:** son pacientes que presentan una descompensación de su enfermedad mental y otra causa de agitación de origen orgánico, típicamente una intoxicación por sustancias.

Cuando nos referimos a estas situaciones estamos ante cuadros de extrema gravedad, con elevado nivel de angustia y sufrimiento tanto personal como familiar y no exentos de riesgo vital. Además, la orientación diagnóstica no siempre es sencilla en situaciones de emergencia por lo que, ante la duda, se debe orientar como una agitación orgánica mientras no se demuestre lo contrario.

Es habitual que los psiquiatras nos encontremos con valoraciones de minimización o externalización del riesgo, donde la atención, el respeto y los derechos del paciente quedan relegados a un segundo plano. Es frecuente, igualmente,

que nos encontremos con valoraciones en las que se nos niegan recursos que consideramos necesarios con la idea de que eso es para otro tipo de pacientes y que «los psiquiátricos» no pueden ocuparlos.

El Protocolo de Coordinación de Actuaciones para los Traslados de Personas que padecen Enfermedad Mental de la Región de Murcia incluye los procedimientos en la atención a «personas con agitación y difícil manejo» que, de forma resumida, son los siguientes:

- **Activación:** ante actuaciones que puedan suponer riesgo se recabará siempre la presencia de agentes del orden público.
- **Aproximación:** se desactivarán los dispositivos acústicos en las cercanías del suceso.
- **Asistencia in situ:** el médico valorará si es necesario el paso, en primer lugar, de las fuerzas del orden. Siempre se garantizará una salida accesible, tanto para el equipo médico como para el paciente, evitando que este se sienta encerrado. El facultativo decidirá cuál es el manejo y tratamiento más adecuado. En caso de que se considere que es necesario la inmovilización, requerirá la colaboración de los agentes para poder administrar la medicación adecuada y las medidas de contención.
- **Traslado:** siempre se utilizará para su traslado el medio de transporte sanitario que sea adecuado y proporcional a la situación del paciente. Como la presión psicológica de cualquier paciente contenido será estresante, la observación periódica es primordial. Si el paciente va sedado se aplicará el protocolo adecuado para garantizar la seguridad. En algunos casos el facultativo valorará la presencia de un agente de la autoridad dentro de la unidad, solicitando su colaboración, permitiéndole el acceso y la posición dentro de la cabina. En caso contrario, el médico valorará si es necesaria la escolta policial hasta el hospital de destino.

Los protocolos actuales de manejo de la agitación psicomotriz se basan en un abordaje colaborativo con el paciente, evitando todo lo posible las medidas coercitivas. Entre las técnicas a emplear se recomiendan las siguientes:

- **Desescalado verbal:** aproximación y abordaje del paciente por el que se trata de conseguir su colaboración y su retorno a un estado de control.
- **Tratamiento farmacológico:**
  - **Voluntario:** en el contexto del desescalado verbal se debe introducir en el momento oportuno un tratamiento farmacológico que permita al paciente sentirse mejor, más tranquilo y con mayor control de su conducta.

- **Involuntario:** anteriormente conocida como contención química. En los casos en los que haya fracasado el desescalado verbal será necesario utilizar tratamiento farmacológico involuntario.
- **Inmovilización terapéutica:** anteriormente denominada contención mecánica. Se debe emplear en casos extremos, junto al tratamiento farmacológico involuntario, cuando han fracasado las medidas no coercitivas. Su uso debe ir ligado indefectiblemente a la pauta farmacológica.

En la Comunidad Autónoma de Madrid la atención urgente extrahospitalaria se reparte entre dos instituciones:

SUMMA 112: dependiente de la Comunidad de Madrid, atiende las urgencias provenientes de domicilios de toda la región y las producidas en vía pública, excepto las del municipio de Madrid.

SAMUR: dependiente del Ayuntamiento de Madrid, atiende las urgencias que se producen en vía pública en el municipio de Madrid.

En el momento de la elaboración de este manual ambos organismos cuentan con ambulancias psiquiátricas; concretamente, el SAMUR tiene tres unidades y el SUMMA 112 dispone de dos vehículos. Según figura en la página web de SAMUR, las Unidades de Soporte Psiquiátrico (USPS) son vehículos de transporte sanitario especialmente diseñados para el transporte de enfermos psiquiátricos. El equipo humano de estas unidades está compuesto por tres técnicos de emergencias sanitarias. Según su manual de Procedimientos Operativos se solicitará ambulancia psiquiátrica si el paciente está agresivo o precisa de traslado forzoso sin necesidad de sedación. Se indica que la Unidad de Soporte Vital (USV) debe permanecer en el lugar hasta la llegada de la ambulancia psiquiátrica. El personal de esta última debe colaborar en la «reducción del paciente, aplicando medicación sedativa si es necesario; en este caso se acompañará a la unidad psiquiátrica hasta el hospital o se realizará el traslado en la Unidad de Soporte Vital».

Madrid es la única comunidad de España que utiliza este tipo de recursos. Se trata de ambulancias específicas dotadas con chalecos, escudos y cascos protectores, pero sin material sanitario. Para el traslado utilizan una silla con sujeciones que es conocida entre los profesionales de la sanidad madrileña como la «silla de Hannibal Lecter», por su parecido con la que se empleaba en la película El Silencio de los Corderos.

Como hemos visto, se utiliza para pacientes graves siempre que no sea necesario sedación. Pero esto es un contrasentido pues, como hemos mencionado previamente, todos los pacientes que requieran inmovilización mecánica requieren a su vez de tratamiento farmacológico; esto se debe a que es tremendamente agresivo trasladar a un paciente sujeto sin emplear un tratamiento que le ayude a calmarse y a retornar a un estado de control de sus emociones y de su conducta. Contener mecánicamente sin tratar farmacológicamente viene a ser como operar sin anestesia.

Otro de los argumentos que se esgrimen para defender el uso de las ambulancias psiquiátricas es la necesidad de reducción del tiempo de ocupación de ambulancias medicalizadas en este tipo de traslados. Sin embargo, el empleo de estas unidades, lejos de reducir el tiempo de ocupación de la USV, lo aumenta pues deben esperar a que llegue la psiquiátrica y, recordemos, que fuera del municipio de Madrid solo existen dos unidades. Además, dado que el paciente no puede ir sedado, tienen que esperar, en ocasiones horas, sin poder tratar al paciente.

El Protocolo del Servicio Navarro de Salud, que recordemos era del año 2008, analiza las diferentes alternativas para el traslado, así como la incorporación de ambulancias psiquiátricas, concluyendo en los siguientes términos: «si bien estos dispositivos facilitarían el traslado de pacientes agresivos o violentos, los miembros del grupo consideran que contribuirían a la estigmatización de la enfermedad mental».

En base a todo lo expuesto se emiten las siguientes recomendaciones:

1. Establecer un protocolo de actuación para el traslado de personas con descompensación de enfermedad mental y otros cuadros de agitación psicomotriz en el que participen todos los agentes implicados.
2. Eliminar el uso de ambulancias psiquiátricas de la Comunidad de Madrid.
3. Formación del personal de emergencias extrahospitalarias en el manejo no coercitivo de la agitación psicomotriz.
4. Implantar una cultura de no coerción y de respeto a la dignidad de las personas con enfermedad mental en todos los dispositivos de la sanidad madrileña.







## Ámbito específico de la Psiquiatría de Infancia y Adolescencia

*Montserrat Graell y Dolores Moreno*

El ingreso en una Unidad de Hospitalización de psiquiatría es un acontecimiento importante y de gran trascendencia en la vida del niño o adolescente que requiere dicha intervención.

La patología psiquiátrica, en situación de crisis aguda, pone a prueba, en muchas ocasiones, la capacidad para discernir la realidad (alucinaciones, delirios) o les sitúa en circunstancias emocionales extremas (tristeza profunda, melancolía, excitación, euforia, furia...) que, en ocasiones, les hacen tener comportamientos disruptivos (hostilidad, desconfianza, agresividad, comportamientos regresivos, alteraciones en la alimentación...) o perder el control sobre su persona (con explosiones de agresividad hacia sí o hacia otros, conductas suicidas).

Debido a su edad, para muchos de estos menores el ingreso psiquiátrico supone la primera separación de la familia y puede ser la primera experiencia penosa de su vida. Además, se enfrentan a una situación de crisis de su equilibrio mental, en ocasiones por razón de un trastorno mental que va a ser crónico, que va a modificar sustancialmente su trayectoria vital y que tendrán que, desde este primer ingreso hospitalario, ir empezando a aceptar.

Se sabe que, en situaciones de dificultad emocional o patología mental, el estrés ambiental empeora la manifestación de dicha patología y su evolución (1, 2). Aspectos como el hacinamiento, el ruido ambiental o la alta emoción expresada pueden condicionar negativamente la resolución de las crisis e incluso la propia evolución del trastorno mental (3).

En las salas de hospitalización infantil y juvenil es fundamental contar con un espacio con las dimensiones suficientes y estructuras que separen las diferentes actividades que se realizan durante el ingreso, como psicoterapia, aula, recreo, juegos, ejercicio físico y habitaciones preparadas para el acompañamiento familiar. Por otro lado, la disminución y adecuación de estímulos ambientales, la posibilidad de evitar estímulos aversivos (por ejemplo, evitar la tensión producida por el sufrimiento o el comportamiento agresivo de otros) son necesarios tanto para producir la suficiente tranquilidad ambiental como para no incrementar la angustia de los pacientes y así prolongar sus manifestaciones patológicas (4).

También es necesario proporcionar el espacio, los materiales y las actividades de juego y cuentos terapéuticos que, especialmente, el niño de edad escolar necesita tanto como vía de expresión como regulador emocional.

En determinadas patologías, como las psicosis o el autismo, caracterizadas en muchas ocasiones por la hipersensibilidad sensorial y por la interpretación patológica de estímulos neutros, es especialmente importante el control de los estímulos externos, de manera que sean adecuados, tranquilizadores y que no evoquen hostilidad o ambigüedad. También es importante contar con la señalética adecuada para facilitar la comunicación con los pacientes con TEA.

Otro aspecto fundamental es garantizar la seguridad (5). Se debe confirmar la ausencia de elementos potencialmente dañinos en uso inconveniente (cables, sacapuntas, espejos...) y también practicar la observación directa y continua de todo el espacio de las salas de hospitalización, tanto de forma directa por el personal o indirecta a través de cámaras de seguridad, pero siempre manteniendo un entorno cálido, acogedor, comunicativo y, por supuesto, respetuoso.

La adecuada formación de todo el personal a cargo de la hospitalización en principios de desarrollo evolutivo, salud mental infanto-juvenil y habilidades de comunicación y vinculares con los niños, adolescentes y sus familias es esencial para un buen funcionamiento del proceso terapéutico y para garantizar un trato humanizado (Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid) (6).

Humanizar el espacio donde los niños y adolescentes con trastorno mental grave pasan periodos críticos de su vida favorecerá, sin duda, el proceso terapéutico de menores y ayudará también a evitar la estigmatización de los trastornos mentales, alejando los dispositivos de ingreso de las clásicas unidades de psiquiatría frías e impersonales.

La característica fundamental de los pacientes que se beneficiarían de modificaciones estructurales y ambientales en unidades de ingreso es que tienen patologías psiquiátricas graves, que en un momento determinado no pueden ser atendidas en un medio diferente (menos restrictivo) que una unidad cerrada, de acceso restringido, por razón de su seguridad o la de otros.

Estas situaciones de crisis y riesgo agudo son transitorias y el tiempo de estancia medio se sitúa entre dos o tres semanas, aunque algunos de ellos tienen que estar ingresados dos meses o más.

Las patologías que justifican su ingreso incluyen trastornos psicóticos, trastornos afectivos graves (con riesgo vital o autolítico), trastornos del neurodesarrollo, autismo, trastornos de alimentación o trastornos graves del comportamiento.

Con los proyectos de humanización se pretende lograr los siguientes objetivos:

1. Ofrecer un ambiente tranquilo, cálido y agradable en un momento de máxima vulnerabilidad en la vida del niño o el adolescente; es decir, la humanización del entorno (7).
2. Crear un clima que promueva y facilite aspectos terapéuticos relevantes como, por ejemplo, mejorar el vínculo terapéutico; es decir, aspecto psicosocial de la humanización (8).
3. Potenciar la seguridad y el confort de los pacientes, sus familiares y el personal asistencial; es decir, aspecto psicosocial y de entorno de la humanización.
4. Favorecer aspectos lúdicos integrados en el contexto asistencial que promuevan la continuidad asistencial y el proceso terapéutico; es decir, el aspecto lúdico de la humanización (9).

Los procesos de humanización no solo van dirigidos a mejorar la satisfacción de pacientes, familiares y personal, sino también a mejorar la calidad asistencial y disminuir los costes directos e indirectos del sistema (10).

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo HB, Choi YS, Quan X, Joseph A. A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD*. 2008 Spring;1(3):61-125. Review.
- (2) Ulrich RS, Zhu X. Medical complications of intra-hospital patient transports: implications for architectural design and research. *HERD*. 2007 Fall;1(1):31-43.
- (3) Ulrich RS. OR design & construction. What do we know about healing environments? *OR Manager*. 2002 Mar;18(3):17-9.
- (4) Butragueño Laiseca L, González Martínez F, Oikonomopoulou N, Pérez Moreno J, Toledo Del Castillo B, González Sánchez MI, Rodríguez Fernández R. [Survey of adolescent perception of hospital admission. The importance of hospital humanization]. *Rev Chil Pediatr*. 2016 Sep - Oct;87(5):373-379. doi: 10.1016/j.rchipe.2016.04.003.
- (5) Roger Ulrich, Lennart Bogren, Stefan Lundin. Towards a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities *ARCH 12: Architecture / Research / Care / Health*. 12/11/2012 → 14/11/2012. Gothenburg.
- (6) Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- (7) Blair L. Sadler, J.D. Anjali Joseph, Ph. D Transforming children's health through the physical environment, mayo 2008 Alexandria, VA 22314 ISBN-13: 978-0-9816351-0-1.

<http://www.premiersafetyinstitute.org/wp-content/uploads/evidenceforinnovation-execsum-small.pdf>.

- (8) Katherine G. Bishop Children and young people's experience of a pediatric hospital environment and its relationship to their feeling of well-being tesis 2008 Sydney, Australia. <https://core.ac.uk/download/pdf/41232261.pdf>.
- (9) Eisen SL, Ulrich RS, Shepley MM, Varni JW, Sherman S. The stress-reducing effects of art in pediatric health care: art preferences of healthy children and hospitalized children. *J Child Health Care*. 2008 Sep; 12(3):173-90. doi: 10.1177/1367493508092507.
- (10) Cynthia Saver, RN, MS Evidence-Based Design for Healthcare Facilities 2010 Indianapolis, EEUU ISBN-13: 9781-930538-76-4. <http://docshare02.docshare.tips/files/7358/73586537.pdf>.

# 9

## Recomendaciones para la humanización de los servicios de urgencias para la atención del paciente de Salud Mental

Salvador Ruiz

### SITUACIÓN ACTUAL Y DIFICULTADES ASOCIADAS AL MEDIO

Se considera que al menos el 6% de los adultos y el 7% de los menores atendidos en Urgencias acude como consecuencia de una enfermedad psiquiátrica primaria (1). Si añadimos trastornos derivados del abuso de sustancias la cifra se incrementa al 12,5% (2). Esta cifra sigue un aumento progresivo (3, 4), a lo que hay que añadir que hasta el 30% de las atenciones en Urgencias se producen por agitación de cualquier causa (5). Los retos que se plantean en la atención al paciente de Salud Mental merecen una especial consideración. A las habituales dificultades inherentes de la Urgencia (gravedad potencial, recursos limitados, espera en la atención) se añade el factor del estigma, con consecuencias clínicas directas.

La mayoría de los estudios muestran desigualdades significativas en la atención médica para las personas con enfermedad mental grave, incluida la accesibilidad (6). La mortalidad por factores físicos en este grupo poblacional es mayor de lo esperado por la incidencia (7). En algunos casos, la calidad desigual de la prestación de asistencia sanitaria explica parte del exceso de mortalidad posterior, como ocurre en la Urgencia (8). Por ejemplo, las personas con psicosis tienen menos probabilidades de recibir una arteriografía o warfarina tras un accidente cerebrovascular (9).

No hay pautas interdisciplinarias o algoritmos aceptados uniformemente que constituyan un claro camino de cooperación entre el psiquiatra y el médico de Urgencias en la atención del paciente de Salud Mental (10). La deshumanización se presenta a través de una cultura centrada en la patología o en el órgano dañado, así como en las competencias científico-técnicas y el prejuicio social. En ocasiones, las decisiones de los clínicos están condicionadas por aspectos (como raza, sexo, hora, diagnóstico, creencias, disponibilidad de recursos no hospitalarios...) que no tienen relación con la valoración de la capacidad del sujeto de tomar decisiones (11). Como consecuencia, surgen conductas de distanciamiento, paternalismo, individualismo (no individualización) y estandarización.

## RECOMENDACIONES PARA LA HUMANIZACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA URGENCIA

1. Aspectos organizativos: estructura del ámbito de la Urgencia en Salud Mental
  - Equipo humano/condiciones ambientales: presencia continua de un profesional en dedicación exclusiva a la Urgencia en Salud Mental, con estabilidad en la línea de trabajo. Debe considerarse la habilitación de una sala de evaluación con las condiciones apropiadas (baja estimulación, condiciones de seguridad...), así como una observación específica para pacientes de Salud Mental, con enfermera especialista.
  - Triage: consensuar junto al resto de servicios en la Urgencia un cuadro sencillo de designación y determinación del riesgo. Este aspecto mejorará tanto la precisión del servicio indicado como los tiempos de atención. Durante la llamada al especialista se concretará el lugar de espera y la prioridad de atención, según gravedad.
  - Lugar de espera, plazos de atención: la Urgencia debe disponer de un espacio físico específico de espera para pacientes en situación de especial vulnerabilidad (situación de incapacidad temporal, presencia de síntomas de gran intensidad, riesgo de suicidio). Este espacio físico contará con supervisión sanitaria directa. Se establecerán qué casos precisan una atención clínica inmediata, como en la agitación psicomotriz. Ello formará parte de un circuito individualizado en función del motivo de consulta y gravedad.
  - Screening físico básico: todo paciente de Salud Mental deberá recibir atención en Urgencia que incluya constantes vitales, examen físico básico, historia clínica médica y examen de estatus mental (12).
  - Coordinación con otras especialidades: promocionar sesiones conjuntas de frecuencia trimestral donde se pongan en común las dificultades en la atención conjunta de psiquiatría y otras especialidades.
  - Existencia de un protocolo de detección y actuación en situaciones de violencia de género: los pacientes de Salud Mental son especialmente vulnerables a situaciones de abuso.
  - Existencia de un protocolo específico ante riesgo de suicidio, empezando por su detección. Se recomienda el modelo de entrevista centrípeta que incluya:
    - presentar y preguntar sobre el estado general;
    - continuar la entrevista preguntando aspectos generales de la vida del paciente: edad, actividad, estudios, etc.;
    - se avanza hacia el «centro» del problema preguntando estado anímico de las últimas semanas o conflictos actuales;
    - preguntar por lo ocurrido en el episodio. Reconstrucción del intento o exploración de las ideas;

- devolución con oferta de ayuda, proposición de estrategias alternativas y decisión terapéutica.

La entrevista deberá incluir todos los aspectos comprendidos en el check-list para facilitar la detección del riesgo suicida en Urgencias psiquiátricas incluido en los Contratos Programa de 2014 (Objetivos de Seguridad para el paciente psiquiátrico). Tras la evaluación se valorará iniciar un programa específico para la prevención del riesgo suicida, que incluya una nueva atención por el especialista en un plazo no mayor a siete días.

- En caso de fuga del paciente con situación de incapacidad, se debe considerar a este en disposición de extrema vulnerabilidad. Se intentará contactar con el paciente y los familiares antes de iniciar el procedimiento de traslado involuntario.
- Protocolo específico de atención en poblaciones especiales: la atención en Urgencias deberá tener en cuenta factores específicos asociados a poblaciones especiales, incluyendo a menores, personas mayores y población de penitenciarias.
- Acompañamiento del entorno del paciente: siempre que sea beneficioso para el paciente, facilitar la presencia de una persona de su entorno, sin limitación de horario, pudiendo aumentar a dos en los periodos de visita.
- Aspectos ético-legales: el paciente siempre deberá conocer su situación jurídica, debiéndose comunicar al juzgado correspondiente cualquier actuación que se realice en contra de su voluntad.

## 2. Estrategias para evitar medidas coercitivas

- Existencia de un protocolo de desescalada en la agitación psicomotriz. El uso de protocolos es importante y puede contribuir a reducir el uso de la contención mecánica (13).
- Aplicación inicial de medidas de escalada verbal y medidas de seguridad no coercitivas, siendo la herramienta de mayor eficacia y con mayor soporte bibliográfico el programa beta Project iniciado en Estados Unidos en 2011 (14).
- Formación continuada de los profesionales implicados en el cuidado de los pacientes en la Urgencia psiquiátrica, a través de cursos semestrales.
- Revisión y control diarios de las medidas de seguridad físicas de entorno de la Urgencia.
- En caso de requerir medidas de contención farmacológica se priorizará una vía no invasiva, fácil de administrar, con rápido inicio de efectos, que produzca sedación sin somnolencia, con acción en la patología de base y buen perfil de seguridad (15).
- Si es imprescindible la adopción de medidas involuntarias (contención farmacológica, restricción física...), se comunicará al paciente y familiares



la indicación de esta, su situación legal y se realizará con un equipo y medios que garantice la seguridad del paciente y del entorno. Durará el menor tiempo necesario y, durante la misma, el paciente recibirá evaluación y tratamiento regular, según las recomendaciones de la literatura científica (16). Existirá un registro de cada contención, completado por la persona que lo ha indicado, que incluya las condiciones en las que se ha realizado.

- La adopción de la medida de ingreso involuntario no es algo que dependa de la voluntad o no del clínico, sino de criterios psicopatológicos que incluyan la correcta evaluación del juicio de realidad, capacidad comprensiva y volitiva del paciente.
- Valorar siempre que la competencia es un proceso que puede variar con el tiempo.

### 3. Aspectos humanos del profesional sanitario en la urgencia

- Habilidades comunicativas: la formación y entrenamiento regular de nuestra capacidad como sanitarios para escuchar y transmitir al paciente son decisivas en el proceso de humanización de la Urgencia en Salud Mental.
- Monitorización emocional: las situaciones en la Urgencia a menudo suponen un importante desgaste emocional. Ser conscientes del mismo, tener ámbitos donde compartirlo y trabajar este desgaste incidirán de forma directa en una atención más humana hacia el paciente.

El objetivo final es una atención integral, individualizada desde la autonomía y respeto, entendiendo los deseos y valores del paciente, quien debe ser un agente activo en su recuperación participando en la toma de decisiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, et al. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv* 2005;56(6): 671-7.
- (2) Owens PL, Mutter R, Stocks C. Mental health and substance abuserelated emergency department visits among adults, 2007. *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs: Agency for Health Care Policy and Research (US)*. 2010.
- (3) Tucci VT, Moukaddam N, Alam A, Rachal J. Emergency Department Medical Clearance of Patients with Psychiatric or Behavioral Emergencies, Part 1. *Psychiatr Clin North Am*. 2017 Sep;40(3):411-423.
- (4) Simon AE, Schoendorf KC. Emergency department visits for mental health conditions among US children, 2001-2011. *Clin Pediatr* 2014; 53:1359-66.

- (5) Pajonk FG, Schmitt P, Biedler A, Richter JC, Meyer W, Luiz T, et al. Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30:360-6.
- (6 y 7) Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. (2009) Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *Br J Psychiat* 194: 491-499.
- (8) Druss BJ, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA*. 2000; 283:506-511.
- (9) Kisely S, Campbell LA, Wang Y. Treatment of ischaemic heart disease and stroke in individuals with psychosis under universal healthcare. *Br J Psychiatry*. 2009; 195: 545-50.
- (10) Tucci V, Siever K, Matorin A, Moukaddam N. Down the Rabbit Hole: Emergency Department Medical Clearance of Patients with Psychiatric or Behavioral Emergencies. *Emerg Med Clin North Am*. 2015 Nov;33(4):721-37. Review.
- (11) Gonzalez, C.; Pérez, E.; Morales, J.; Morales, M.; Tierno, R.; Varela, S.; (2008) «Factores asociados con la resolución de las urgencias psiquiátricas», *Revista de la A.E.N.*, 101, pp.27-41.
- (12) Wilson MP, Nordstrom K, Anderson EL, Ng AT, Zun LS, Peltzer-Jones JM, Allen MH. American Association for Emergency Psychiatry Task Force on Medical Clearance of Adult Psychiatric Patients. Part II: Controversies over Medical Assessment, and Consensus Recommendations. *West J Emerg Med*. 2017 Jun;18(4):640-646.
- (13) Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoal-Cleries F. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. *Perspect Psychiatr Care*. 2014 Oct 27. doi: 10.1111/ppc.12090.
- (14) Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012 Feb;13(1):17-25.
- (15) Hays H, Jolliff HA, Casavant MJ. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med*. 2012 Dec;13(6):536.
- (16) Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, Baldaçara L, San L, McAllister-Williams RH, Fountoulakis KN, Courtet P, Naber D, Chan EW, Fagiolini A, Möller HJ, Grunze H, Llorca PM, Jaffe RL, Yatham LN, Hidalgo-Mazzei D, Passamar M, Messer T, Bernardo M, Vieta E. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86-128.



