



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Trabajo Fin de Grado / Gradu Bukaerako Lana

Grado en Enfermería / Erizaintzako Gradua

DEESCALADA VERBAL COMO MÉTODO DE
PREVENCIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA
ANTE PACIENTES AGITADOS PSIQUIÁTRICOS

Uxue Serrano Urdin

Directora / Zuzendaria

Ana M^a Sánchez Torres

Pamplona / Iruñea

Mayo, 2023 / 2023, Maiatza

Antecedentes: La contención mecánica es una práctica habitual que vulnera derechos fundamentales del individuo y puede generar problemas de salud.

Objetivo: Examinar la eficacia de la desescalada verbal como método de prevención de la contención mecánica en pacientes agitados psiquiátricos. **Metodología:**

Revisión bibliográfica realizada en las bases de datos APA PsycInfo, CINAHL Complete y MEDLINE mediante la plataforma EBSCOHOST en la que se encontraron 49 artículos. Se seleccionaron 13 artículos para la revisión. **Resultados:** La desescalada verbal y la formación en desescalada verbal pueden reducir el uso y necesidad de realizar contenciones mecánicas. Asimismo, la capacitación en desescalada verbal reduce otro tipo de intervenciones físicas y comportamientos agresivos y aumenta la confianza, comodidad, seguridad y conocimientos del personal. La literatura revisada muestra las pautas, barreras y facilitadores para una desescalada verbal efectiva y la importancia de un enfoque multidisciplinar para abordar al paciente agitado o violento, en el que se resalta la validez de métodos no verbales como puede ser la manipulación ambiental pasiva. **Consideraciones**

finales: La formación en desescalada verbal debería ofrecerse en todos los ámbitos dónde haya pacientes potencialmente agresivos o agitados, sin olvidarse de que el personal de enfermería de psiquiatría es el más expuesto a la violencia en el ámbito de trabajo. Son necesarios estudios cuantitativos de calidad que investiguen la relación entre la desescalada y la contención mecánica, la efectividad de la desescalada verbal y las técnicas más efectivas y seguras de esta, entre otras cosas, para poder verificar las conclusiones de este trabajo.

Palabras clave: Contención mecánica; Desescalada verbal; Agitación; Psiquiatría; Enfermería.

Número de palabras del documento: 14119 (sin incluir índices, tablas, figuras y anexos).

Aurrekariak: Euspen mekanikoa pertsonaren oinarrizko eskubideak urratzen dituen eta osasun arazoak sor ditzakeen ohiko praktika bat da. **Helburua:** Hitzen bidezko deseskaladaren efikazia aztertzea, gaixo urduri psikiatrikoengan euspen mekanikoa prebenitzeko metodo gisa. **Metodologia:** 49 artikulua aurkitu ziren APA PsycInfo, CINAHL Complete eta MEDLINE datu-baseetan EBSCOHOST plataformaren bidez egindako berrikuspen bibliografikoan. Berrikuspenerako 13 artikulua hautatu ziren. **Emaitzak:** Hitzen bidezko deseskaladak eta hitzen bidezko deseskaladako prestakuntzak euspen mekanikoen erabilera eta beharra murriztu dezake. Halaber, hitzen bidezko deseskaladako formakuntzak beste interbentzio fisiko eta portaera bortitz batzuk murrizten ditu, eta langileen konfiantza, erosotasuna, segurtasuna eta jakintza handitzen ditu. Berrikusitako literaturak hitzen bidezko deseskalada eraginkor baterako jarraibideak, oztupoak eta erraztaileak azaltzen ditu eta paziente urduri edo bortitzak zaintzeko disziplina anitzeko ikuspuntua erabiltzearen garrantzia erakusten du, ingurunearen manipulazio pasiboa bezalako hitzez besteko metodoen balioa nabarmenduz. **Azken gogoetak:** Lan honen ondorioak egiaztatu ahal izateko, kalitatezko azterlan kuantitatiboak egin behar dira, besteak beste, deseskalatzearen eta euspen mekanikoaren arteko harremana, hitzezko deseskalatzearen eraginkortasuna eta deseskalatze horren teknika eraginkor eta seguruak ikertzeko.

Hitz gakoak: Euspen mekanikoa; Hitzen bidezko deseskalada; Urduritasun; Psikiatria; Erizaintza.

Dokumentuaren hitz-kopurua: 14119 (indizeak, taulak, irudiak eta eranskinak sartu gabe).

Background: Mechanical restraint is a common practice that violates fundamental human rights of the individual and can lead to health problems. **Aim:** To examine the efficacy of verbal de-escalation as a method of preventing mechanical restraint in agitated psychiatric patients. **Methodology:** Literature review conducted in the APA PsycInfo, CINAHL Complete and MEDLINE databases using the EBSCOHOST platform, in which 49 articles were found. 13 articles were selected for the review. **Results:** Verbal de-escalation and verbal de-escalation training can reduce the use and need of mechanical restraints. Also, verbal de-escalation training reduces other physical interventions and aggressive behaviors and increases staff confidence, comfort, safety and knowledge. The reviewed literature shows the guidelines, obstacles and facilitators for effective verbal de-escalation and the importance of a multidisciplinary approach to dealing with the agitated or violent patient, highlighting the validity of non-verbal methods such as passive environmental manipulation. **Final considerations:** Training in verbal de-escalation should be offered in all areas where there are potentially aggressive or agitated patients, bearing in mind that psychiatric nurses are the most exposed to violence in the workplace. Quality quantitative studies are needed to investigate the relationship between de-escalation and mechanical restraint, the effectiveness of verbal de-escalation and the most effective and safe de-escalation techniques, among other things, in order to verify the conclusions of this work.

Keywords: Mechanical restraint; Verbal de-escalation; Agitation; Psychiatry; Nursing.

Number of words in the document: 14119 (not including indexes, tables, figures and annexes).

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Salud mental y trastornos mentales.....	1
1.2. Agitación psicomotriz y su manejo.....	3
1.3. Contención mecánica.....	6
2. OBJETIVOS.....	10
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
4.1. Impacto de la desescalada verbal en el uso de técnicas coercitivas.....	13
4.2. Consecuencias de la formación en desescalada.....	14
4.3. Características de la desescalada.....	17
4.4. Barreras y facilitadores para una desescalada efectiva.....	26
4.5. La importancia de la enfermería en la desescalada.....	27
5. DISCUSIÓN.....	32
5.1. Limitaciones y líneas de mejora.....	36
5.2. Aplicaciones prácticas.....	38
6. CONCLUSIONES.....	39
7. REFERENCIAS.....	41

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1: Pautas para una desescalada efectiva.....	23
2. Tabla 2: Tabla de resultados.....	29

1. INTRODUCCIÓN

Salud mental, contención mecánica y agitación psicomotriz, tres términos que hoy en día son el centro de atención en muchos ámbitos, que van desde pequeñas reuniones informales hasta grandes congresos.

¿En qué situación se encuentra el uso de ciertas prácticas coercitivas en pleno siglo XXI?; ¿cuáles son los pacientes más propicios a ser contenidos mecánicamente?; y ¿existen alternativas respetuosas con los derechos humanos para evitar la contención mecánica u otras formas de contención?

Estos últimos años la cantidad de personas afectadas por alguna patología psiquiátrica ha aumentado tanto a nivel nacional como a nivel mundial (Ministerio de Sanidad, 2021, 2022; Gobierno de Navarra, 2010-2022; OMS, 2022a, 2022b, 2022c). Estas afecciones son las causantes de una gran mayoría de los casos de agitación psicomotriz (Casado Flórez et al., 2017; Garrido Viñado et al., 2015; Garriga et al., 2016; Nordstrom et al., 2012), agitación que puede acabar en comportamientos agresivos/violentos y contención mecánica si se maneja de manera ineficaz (López López et al., 2016; Vieta et al., 2017). Esta técnica, que está adquiriendo mayor protagonismo en los últimos años, vulnera derechos fundamentales del individuo y puede generar problemas de salud (López López et al., 2016). Teniendo en cuenta la importancia de las técnicas de comunicación en psiquiatría y siendo conscientes de que no hay bienestar mental sin un cuidado basado en los derechos humanos (Acosta Obando y Sandí Brenes, 2021; Aparicio Basauri, 2021), este trabajo se centra en investigar la importancia de la desescalada verbal cómo método preventivo de la contención mecánica en el ámbito de la psiquiatría.

1.1. Salud mental y trastornos mentales

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

...la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que

sustentan nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. (Organización Mundial de la Salud [OMS] , 2022d, 1^{er} párrafo).

Una vez definida, se puede afirmar que la salud mental está compuesta por procesos complejos que cada persona vive de forma diferente y que por lo tanto, es más que la ausencia de trastornos mentales (OMS, 2022d). A pesar de ello, son estos últimos los que año tras año van en aumento, por lo que es necesario definirlos y dar datos objetivos que muestren la realidad actual.

Las afecciones de salud mental se caracterizan por alteraciones de la cognición, la regulación de las emociones y el comportamiento (OMS, 2022b), comprendiendo desde trastornos mentales y discapacidades psicosociales (OMS, 2022d), hasta otros estados mentales relacionados con altos niveles de angustia, discapacidad funcional (OMS, 2022b) o riesgo autolítico (OMS, 2022d). Es importante añadir, que las tasas de discapacidad y mortalidad son desmesuradamente más altas en la población con trastornos mentales. Ejemplo de ello son las personas que padecen depresión mayor o esquizofrenia, quienes tienen una probabilidad de muerte prematura un 40-60% mayor que el resto de la población (OMS, 2021).

A nivel mundial las cifras son alarmantes y van en aumento. En 2019 una de cada ocho personas padecía un trastorno de salud mental, es decir, 970 millones de personas (OMS, 2022b). En 2020, debido a la pandemia de la Covid-19, estos casos aumentaron considerablemente, con cifras que mostraban un aumento en torno al 25% durante el primer año de pandemia, en afecciones como el trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno de ansiedad (TA) (OMS, 2022a, 2022b, 2022c).

A nivel nacional, los datos no dejan indiferente a nadie. El último Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2020-2021) publicado en 2022 (Ministerio de Sanidad, 2022), muestra una prevalencia de trastornos mentales de 286,7 casos por cada 1000 habitantes, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad, los del sueño y los depresivos. Tres de cada diez españoles padecen algún trastorno de salud mental (Ministerio de Sanidad, 2022), y según los Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2021) en 2021 el 15% de la

población adulta en España estaba diagnosticada de un trastorno mental.

En Navarra, la tasa de hospitalización psiquiátrica es más alta que la media (16 por cada 10000), situándose en 19,4 personas por cada 10000 habitantes (Ministerio de Sanidad, 2022). Además, al igual que a nivel mundial, las cifras van en aumento, ya que en 2022 se registraron 6670 personas con problemas de salud mental (1% de la población), a diferencia de las 4822 registradas en 2010 (0,76% de la población total) (Gobierno de Navarra, 2010-2022).

1.2. Agitación psicomotriz y su manejo

En segundo lugar, se trata el tema de la agitación, siendo esta una forma extrema de excitación relacionada con un aumento de la actividad motora y verbal asociada con una sensación de tensión interna (Casado Flórez et al., 2017; Nieto et al., 2017).

Puede estar acompañada de labilidad emocional, disminución del nivel de atención y alteraciones en las funciones cognitivas. Comportamientos como incapacidad para quedarse quieto, retorcerse las manos, movimientos continuos, caminar de un lado a otro... suelen ser habituales en los pacientes que presentan agitación psicomotriz (Garriga et al., 2016).

El paciente agitado puede significar un peligro para el individuo, familiares y allegados, personal sanitario u otros pacientes (Zeller y Citrome, 2016), ya que en caso de no ser controlado, esta agitación puede desencadenar conductas violentas y/o agresivas (Acosta Obando y Sandí Brenes, 2021; Casado Flórez et al., 2017; Garriga et al., 2016; Zeller, 2010). Por lo tanto, se trata de pacientes que tienen una mayor probabilidad de desarrollar comportamientos violentos hacia sí mismos o hacia terceras personas (Garrido Viñado et al., 2015).

La agitación psicomotriz que caracteriza al individuo agitado es una manifestación tanto de afecciones médicas como psiquiátricas que puede darse en diferentes ámbitos (Acosta Obando y Sandí Brenes, 2021; García Franco et al., 2013; Garrido Viñado et al., 2015; Garriga et al., 2016), entre los cuales destaca la psiquiatría. Autores como Casado Flórez et al. (2017), afirman que es en el contexto de las urgencias psiquiátricas donde se atiende con frecuencia a pacientes agitados. Tal y como lo muestran en un estudio realizado en 2013 en 7 sistemas de emergencias

médicas de España, dónde se concluye que el 4,2% de las actuaciones requeridas fueron por motivos psiquiátricos, y de estas, un 1,9% fueron por pacientes agitados, dando un total de 37951 actuaciones por agitación psicomotriz (Casado Flórez et al., 2017). Otro estudio realizado en Alemania, mostró también que el 12% del total de las urgencias eran por motivos psiquiátricos, siendo un 22-30% por causas de agitación o violencia (Pajonk et al., 2008). Además, según Vieta et al. (2017) en España el 25% de los pacientes con esquizofrenia y el 15% de los que padecen un trastorno bipolar podrían sufrir al menos un episodio de agitación psicomotora por año.

El manejo de un individuo agitado es una urgencia médica (Sanz Correcher, 2019) que supone un desafío a nivel clínico para los diferentes profesionales que se enfrentan a ella (Acosta Obando y Sandí Brenes, 2021; Nieto et al., 2017), independientemente del lugar dónde se presente (salas de emergencias, clínicas ambulatorias, centros de atención psiquiátrica, etc.) (Garriga et al., 2016). Desde el primer momento en el que se está ante un caso de agitación psicomotriz, comienza un proceso complejo y dinámico (Acosta Obando y Sandí Brenes, 2021), dónde el personal deberá actuar de forma rápida para poder reducir la ansiedad del paciente y minimizar las posibilidades de escalada hacia la agresión y la violencia (Vieta et al., 2017).

Por todo ello, en este ámbito son de gran importancia los protocolos estandarizados que ayudan al personal sanitario a identificar a los pacientes de riesgo, lograr un diagnóstico adecuado e implementar estrategias lo menos invasivas posibles, garantizando así la seguridad tanto del personal como del paciente (Vieta et al., 2017). A pesar de los diferentes protocolos, en el manejo de un paciente agitado hay 4 pilares fundamentales (García Franco et al., 2013): las medidas de seguridad o modificaciones ambientales, la contención verbal o desescalada verbal, la contención física o contención mecánica y el tratamiento farmacológico.

En primer lugar, tenemos las medidas de seguridad o modificaciones ambientales, las cuales se utilizan antes de aplicar cualquier técnica de intervención (García Franco et al., 2013) ya que se debe garantizar la seguridad del personal, el paciente, la familia y el entorno material (Marco y Vaughan, 2005; Nieto et al., 2017). Estas

son varias medidas útiles: mantener una distancia de seguridad, no dar la espalda al paciente, evitar que el paciente se coloque entre nosotros y la salida, evitar estímulos externos y estar atentos a signos inminentes de agitación (García Franco et al., 2013; Vieta et al., 2017). También es muy importante retirar objetos que puedan ser potencialmente peligrosos (Vieta et al., 2017).

En segundo lugar, la aproximación inicial se debe comenzar siempre con la desescalada verbal o contención verbal (Acosta Obando y Sandí Brenes, 2021; García Franco et al., 2013; Garriga et al., 2016; Nieto et al., 2017; Pérez Toribio, Broncano Bolzoni, et al., 2022), antes de recurrir a ningún método físico. Este método no coercitivo, de gran importancia en este trabajo, sirve para evitar que la situación se convierta en violenta (García Franco et al., 2013) mediante un proceso dinámico en el que se orienta al paciente a un estado de calma y se establece una relación terapéutica. El objetivo es ayudar al individuo a recuperar el control sobre su cuerpo, para que de esa forma pueda participar en su evaluación y posterior tratamiento. El uso exitoso de la desescalada verbal es indispensable para evitar la contención mecánica (Pérez Toribio, Broncano Bolzoni, et al., 2022; Vieta et al., 2017).

En tercer lugar, tenemos el tratamiento farmacológico y la contención mecánica. El objetivo del tratamiento farmacológico es calmar rápidamente al paciente sin sobredosificación (García Franco et al., 2013; Garriga et al., 2016; Nordstrom et al., 2012; Vieta et al., 2017). Se puede ofrecer como tratamiento etiológico y/o tratamiento ansiolítico para calmar al paciente y así poder seguir con la desescalada verbal, o se administrará en contra de la voluntad del individuo como contención química (Sanz Correcher, 2019). Los fármacos más habituales son las benzodiazepinas y los neurolepticos (Nieto et al., 2017; Rodríguez Martín y Gato Díez, 2007; Sanz Correcher, 2019), y a pesar de que es preferible administrarlos mediante la vía oral o sublingual, muchas veces debido a agitaciones severas se utiliza la vía intramuscular y/o la intravenosa (García Franco et al., 2013; Garriga et al., 2016).

La contención mecánica, descrita posteriormente, debe ser evitada y es la última instancia a la que se puede recurrir ante un paciente agitado (Acosta Obando y Sandí Brenes, 2021; García Franco et al., 2013; Vieta et al., 2017), a pesar de que en

situaciones de riesgo inminente pueda ser utilizada como primera medida debido al riesgo de agresividad tanto hacia el individuo como hacia otras personas (García Franco et al., 2013). Durante todo el proceso se deben cubrir las necesidades básicas del/de la paciente (alimentación, higiene, comunicación frecuente, etc.) y debe ser evaluado/a y supervisado/a periódicamente para retirar cuanto antes, de forma gradual, las inmovilizaciones y así evitar los posibles resultados negativos (García Franco et al., 2013; Garriga et al., 2016; Vieta et al., 2017).

Para finalizar, es importante recalcar la importancia de la etiología de la agitación psicomotriz, ya que el tratamiento y el abordaje variará dependiendo de la causa (Acosta Obando y Sandí Brenes, 2021; Sanz Correcher, 2019). Tal y como se ha descrito antes, muchas veces es de origen psiquiátrico (Casado Flórez et al., 2017; Garrido Viñado et al., 2015), siendo más prevalente en trastornos psicóticos como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y la fase maníaca del trastorno bipolar (Garrido Viñado et al., 2015; Garriga et al., 2016; Nordstrom et al., 2012). A pesar de estos datos, siempre hay que valorar otras causas médicas que puedan desencadenar agitación psicomotriz (García Franco et al., 2013; Garriga et al., 2016). Para ello es necesario revisar la historia clínica del paciente y realizar ciertos exámenes físicos (signos vitales, niveles de glucosa, saturación de oxígeno, función renal y hepática, prueba de drogas en orina y otras pruebas complementarias) (Garriga et al., 2016; Nordstrom et al., 2012; Vieta et al., 2017).

1.3. Contención mecánica

Una vez mostrada la importancia de la salud mental y el manejo del paciente agitado, se procede a centrar la atención en el tercer término clave en este trabajo: la contención mecánica. De la cual ya se ha hablado de forma breve en el apartado anterior.

Durante toda la historia, las personas con problemas de salud mental han estado expuestas de manera indudable a diferentes tipos de contención (Aparicio Basauri, 2021). Desde simples restricciones, pasando por aislamientos/reclusiones hasta llegar a la contención mecánica, restricción mecánica o restricción física. La contención mecánica es una práctica habitual en nuestra realidad asistencial que se mantiene a través de los años (Acosta Obando y Sandí Brenes, 2021) y en la que se

pone el foco de atención, debido a que entra en el ámbito de los derechos humanos (DDHH)(Aparicio Basauri, 2021).

La Real Academia Española (RAE) define contener como “reprimir o sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo” (Real Academia Española, 2022). Es decir, la contención o sujeción, tal como la define el Comité de Bioética de España, es limitar de manera intencionada la expresión espontánea, comportamiento, libertad de movimiento, actividad física o el normal acceso a cualquier parte del cuerpo de un individuo mediante un dispositivo físico del que no se puede liberar con facilidad o bien mediante la administración de fármacos (López López et al., 2016). Con más exactitud, el Comité de Ética para la Atención Sanitaria de Avilés, define la contención mecánica cómo:

...limitación intencionada y en beneficio del paciente (parte de un tratamiento) de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad, o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad. (Rubio Domínguez, 2017, p. 173).

En varios países europeos, como Alemania y Países Bajos, la contención mecánica es el “uso de cinturones, rejillas de cama o mantas de protección para fijar al paciente a la cama” (Lepping et al., 2016, p. 1303). Mientras que la Comisión de Salud Mental de Irlanda (MHC) distingue la contención mecánica y la contención física, diferenciándolas dependiendo del medio utilizado para limitar el libre movimiento del cuerpo de una persona. Más concretamente, en la restricción mecánica se utilizan dispositivos o prendas corporales, mientras que en la física se inmoviliza al paciente mediante la fuerza física de una o varias personas (Lepping et al., 2016). A pesar de utilizar diferentes términos, todos ellos se refieren a medidas terapéuticas utilizadas para restringir la movilidad del individuo.

En los últimos años, las contenciones tanto físicas como farmacológicas están adquiriendo mayor protagonismo (López López et al., 2016). En Indonesia se estima que 19000 personas con trastornos mentales están sujetas físicamente en la comunidad (Sashidharan et al., 2019). Mientras que en varios países europeos

(Gales, República de Irlanda, Alemania y Países Bajos), entre los años 2012-2013 el porcentaje de pacientes expuestos a contención mecánica se situaba entre 4,5-9,4% (Lepping et al., 2016). Datos que son difíciles de recopilar, debido a la falta de investigación en este área y a que la mayoría de países no disponen de ningún organismo que centralice, recopile y publique los datos para poder compararlos y analizarlos (Lepping et al., 2016; Sashidharan et al., 2019). En España, para ser exactos, se dispone de escasos datos globales, actualizados y debidamente estandarizados sobre el uso de contenciones (López López et al., 2016).

Esta práctica se justifica en aras de seguridad de la familia, el paciente y los profesionales (Aparicio Basauri, 2021; López López et al., 2016), pero no hay que olvidar que afecta directamente a los derechos fundamentales de la persona, como es la libertad del individuo y el respeto a la dignidad de la persona y su autonomía personal. A pesar de estar respaldada por la ley, puede o no ser adecuada según la forma en la que se aplique. Es por ello por lo que las contenciones se deben aplicar en un periodo corto de tiempo, garantizando siempre el bienestar del individuo y con todas las precauciones necesarias para causar el mínimo daño (López López et al., 2016).

La contención mecánica tiene efectos físicos y psicológicos nocivos tanto en los/as pacientes como en el personal (Fisher, 1994). Centrándonos en los pacientes, están descritos casos de: lesiones por caídas o golpes, laceraciones, úlceras por presión, lesiones neurológicas, isquemia en miembros, neumonías o asfixia por broncoaspiración, e incluso casos de muerte súbita o asfixia mecánica (López López et al., 2016). A nivel psicológico puede generar sentimientos de miedo, angustia y/o desesperación, dañando de esta manera la relación terapéutica entre el personal sanitario y el individuo y aumentando el riesgo de incumplimiento del tratamiento prescrito (López López et al., 2016; Sashidharan et al., 2019).

A pesar de que debe ser el personal médico quien prescriba esta práctica terapéutica, el personal de enfermería, que es quién está a pie de cama, puede decidir realizar este procedimiento en una situación de urgencia (López López et al., 2016). Por lo que el papel de enfermería es clave y de gran importancia.

Es cierto que la contención mecánica está presente en entornos de atención médica

(por ejemplo, en geriatría), quirúrgica y psiquiátrica (Lepping et al., 2016), sin embargo, en ningún ámbito sanitario es tan ubicuo y rutinario como en el manejo del paciente agitado en salud mental (López López et al., 2016; Sashidharan et al., 2019).

2. OBJETIVOS

Objetivo principal:

Examinar la eficacia e importancia de la desescalada verbal como método de prevención de la contención mecánica en pacientes agitados psiquiátricos.

Objetivos secundarios:

- 1) Identificar las pautas o características más recomendadas para una desescalada verbal efectiva y las posibles barreras con las que se encuentra el personal sanitario.
- 2) Evaluar la necesidad de formar al personal sanitario en técnicas de desescalada verbal.
- 3) Analizar la relevancia del personal de enfermería a la hora de aplicar técnicas de comunicación como la desescalada verbal.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica del 6 de abril de 2023 hasta el 16 de abril de 2023.

Bases de datos:

Se realizó la búsqueda en las bases de datos APA PsycInfo, CINAHL Complete y MEDLINE mediante la plataforma EBSCOhost.

Palabras clave:

Se utilizaron como palabras clave en inglés: verbal de-escalation, agitat*, aggression, aggressive behavior, aggressiveness, violence, mental health, mental illness, mental disorder, psychiatric illness, psychiatric, children, adolescent, youth, child y teenager.

Por un lado, no se utilizó ninguna palabra relacionada con la contención mecánica debido a la escasa cantidad de artículos que se obtenían al emplearlas, pero sí se incluyó a los pacientes violentos, debido a que un estado de agitación aumenta el riesgo de presentar conductas violentas y/o agresivas, tal como se ha mostrado en la introducción (Acosta Obando y Sandí Brenes, 2021; Casado Flórez et al., 2017; Garrido Viñado et al., 2015; Garriga et al., 2016; Zeller, 2010).

Por otro lado, mediante la utilización de las palabras *children*, *adolescent*, *youth*, *child* y *teenager* se descartaron los artículos relacionados con la población menor de edad, ya que la población diana en el trabajo era la población psiquiátrica adulta.

Estrategia de búsqueda:

Se desarrolló finalmente la siguiente estrategia de búsqueda (búsqueda avanzada): verbal de-escalation AND (agitat* OR aggression OR aggressive behavior OR aggressiveness OR violence) AND (mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness OR psychiatric) NOT (children OR adolescent OR youth OR child OR teenager).

No se especificó campo en ninguna de las palabras clave (era opcional) y, es importante destacar, que los términos se buscaron el singular porque la plataforma EBSCOhost incluye el plural de las palabras buscadas en singular.

Criterios de inclusión y exclusión:

Tan solo se excluyeron los libros de la búsqueda realizada, debido a su extensión.

Procedimiento de selección de artículos:

Siguiendo el proceso de búsqueda relatado, se encontraron 78 artículos de los cuales 11 fueron excluidos por ser libros y 18 fueron eliminados por la plataforma por ser “repeticiones exactas”.

Se realizó una lectura crítica de 49 títulos y resúmenes y se seleccionaron 14 artículos (2 tesis y 12 publicaciones académicas). Tras una lectura crítica se seleccionaron 8 artículos (2 tesis y 6 publicaciones académicas), de los cuales se extrajeron 5 artículos mediante la técnica bola de nieve. De esta manera se incluyeron un total de 13 artículos.

Los artículos excluidos no trataban la desescalada verbal de forma directa y/o no se centraban en pacientes psiquiátricos, sino que investigaban otro tipo de temas: protocolos sobre cómo manejar al paciente violento/agitado, consecuencias de la contención mecánica, medicación para el paciente agitado, programas centrados solo en el trabajo en equipo...

4. RESULTADOS

A continuación, a partir de la búsqueda descrita anteriormente, se procede a hacer un resumen de los artículos descritos y la información relevante. Se dividen los artículos en 5 temáticas, para hacer de esta manera más coherente y comprensible la información encontrada. Las temáticas son las siguientes: el impacto de la desescalada verbal en el uso de técnicas coercitivas, las consecuencias de la formación en desescalada, características de la desescalada, barreras y facilitadores para llevar a cabo una desescalada efectiva, y por último, la importancia de la enfermería en la desescalada.

4.1. Impacto de la desescalada verbal en el uso de técnicas coercitivas

En primer lugar, en relación al impacto de la desescalada verbal en el uso de técnicas coercitivas, Chigbundu (2015) realizó un estudio cualitativo para comprender las experiencias de vida de las enfermeras de salud mental en la implementación de técnicas de desescalada verbal y en la utilización de salas multisensoriales, con pacientes de psiquiatría hospitalizados con comportamiento agresivo. Fue el único trabajo encontrado en esta revisión bibliográfica que hablara de forma directa de la desescalada verbal y de su impacto en el uso de técnicas coercitivas.

Chigbundu (2015) define las salas multisensoriales como salas utilizadas para estimular al individuo a nivel visual, olfatorio, auditivo y táctil, mediante la utilización de diferentes luces, música y aromaterapia, entre otras cosas. Mientras que habla de la desescalada verbal como técnicas mediante las que escuchar y calmar al paciente usando un bajo tono de voz y ofreciendo ayuda.

Para llevar a cabo el estudio se realizaron entrevistas individuales de menos de 60 minutos a 16 enfermeras/os de 3 hospitales de salud mental de un área urbana del noroeste de EEUU. El grupo de enfermeras estaba formado por 7 hombres y 9 mujeres de diferentes culturas y con diferentes años de experiencia. Las respuestas se compararon con la literatura existente para su interpretación y análisis, dando como resultado las siguientes ideas principales (Chigbundu, 2015):

- La desescalada verbal era la primera técnica elegida por todos los/as

participantes a la hora de lidiar con un paciente agresivo o agitado.

- Se identificó la oferta de ayuda y la identificación de diferentes estímulos sensoriales mediante el habla, como pasos clave para desviar el comportamiento agresivo.
- El personal de enfermería afirmó que el uso de la desescalada verbal y las salas multisensoriales disminuía la necesidad de usar técnicas coercitivas, como la contención mecánica. Además, tras su uso tanto los/as pacientes como el entorno estaban más tranquilos/as.
- Se mostró una impresión negativa del consumo excesivo de tiempo que requerían ambas técnicas. Afirmando que muchas veces no se podían realizar debido al poco personal y a la cantidad de tareas que debían realizar.
- Se hizo hincapié en que el tiempo de calidad era necesario para poder entablar una buena relación terapéutica entre el personal sanitario y los/as pacientes.

Chigbundu (2015) recomienda crear un protocolo a partir de estas técnicas para implementarlo en el manejo del paciente agresivo y agitado. Además, muestra la necesidad de futuros estudios que consideren diferentes áreas geográficas, se centren en el tiempo necesario para realizar estas técnicas y muestren cuales son las prácticas más seguras y efectivas. Concretamente pone el punto de mira en la falta de estudios cuantitativos realizados en este ámbito que podrían mostrar de forma objetiva las causas y efectos de estas técnicas.

4.2. Consecuencias de la formación en desescalada

En segundo lugar, se trata el tema de las consecuencias de la formación en desescalada mediante 4 artículos encontrados en la revisión bibliográfica y 2 mediante la técnica bola de nieve.

Entre los resultados obtenidos tras aplicar los programas de formación en desescalada verbal, destaca por una parte la reducción de la necesidad de contención mecánica, de otras intervenciones físicas (por ejemplo, reclusiones) y de comportamientos agresivos (Córdoles Martínez et al., 2023; Haefner et al., 2021; Pavlesich, 2021). Por otra parte, aumentó la confianza del personal sobre sus

propias habilidades para llevar a cabo una desescalada, la comodidad de los y las participantes ante la perspectiva de utilizar la desescalada verbal y la sensación de seguridad al trabajar con pacientes agitados, resultados de gran importancia ya que reducen el riesgo de burnout (Pavlesich, 2021; Simpson et al., 2020). Cowin et al. (2003) indican que la formación también aumenta el conocimiento y la conciencia del personal de enfermería sobre la desescalada verbal.

Los únicos dos trabajos que se centraron en el objetivo principal de esta revisión, es decir, en la reducción de la contención mecánica mediante la desescalada verbal, fueron los escritos por Córdoles Martínez et al. (2023) y Pavlesich (2021). Tal y como se ha comentado anteriormente, ambos mostraron una reducción significativa de las contenciones mecánicas empleadas tras la formación en desescalada verbal.

Price et al. (2015), al igual que los autores anteriores, encontraron que la formación tenía su mayor impacto en el conocimiento de la desescalada, la confianza para manejar a un paciente agresivo y/o agitado y el rendimiento de la desescalada. Sin embargo, respecto a la reducción de la contención mecánica, concluyeron que no se pueden extraer conclusiones firmes sobre el impacto de las capacitaciones ni en el número de contenciones ni en el número de agresiones y lesiones debido a los resultados contradictorios y la baja calidad de la evidencia encontrada en la revisión bibliográfica.

Respecto a la metodología empleada, hay una gran diversidad: formación anual de 1 hora basada en el proyecto BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation) (Córdoles Martínez et al., 2023), power point y ejercicios de simulación (Pavlesich, 2021), módulos de una hora en el ordenador y demostraciones presenciales de desescalada verbal (Programa educativo TeamSTEPPS) (Haefner et al., 2021), vídeos formativos sobre los principios básicos del manejo de la agitación a través de la desescalada verbal (Simpson et al., 2020) y sesiones educativas mediante uso de casos y un documento de debate basado en la literatura (Cowin et al., 2003). Tanto en la formación propuesta por Cowin et al. (2003) como en la de Haefner et al. (2021), se emplean pósters para resumir la información más relevante de la capacitación y recopilar los puntos clave para una desescalada eficaz.

A pesar de artículos como el de Simpson et al. (2020), que proponen una formación

mediante vídeos debido a su fácil acceso en línea y a la dificultad de encontrar docentes para impartir formación en desescalada, Price et al. (2015) afirman que las personas que reciben la formación apoyan el mayor uso de role-playing, estudios de casos y demostraciones en vivo, antes que la formación mediante vídeos. También se hace hincapié en que los docentes tengan experiencia en desescalada y en la necesidad de una mayor frecuencia de entrenamientos y cursos regulares (Price et al., 2015).

Sobre el proyecto BETA, que se explicará en posteriores artículos, es importante esclarecer que se trata de un recopilatorio, redactado por expertos de medicina de urgencias y psiquiatría, de las mejores evidencias y recomendaciones existentes para mejorar el manejo del paciente agitado (Córdoles Martínez et al., 2023).

En relación al ámbito de estudio de estos trabajos, se puede afirmar que se centraron en unidades de hospitalización de pacientes psiquiátricos adultos (Cowin et al., 2003; Haefner et al., 2021) y en departamentos de emergencia, tanto de urgencias de salud mental (Pavlesich, 2021) como generales (Cowin et al., 2003). Respecto a los y las trabajadores/as que recibieron la formación, Cowin et al. (2003) y Haefner et al. (2021) solo incluyeron a enfermeras/os, mientras que otros autores incluyeron al personal de seguridad (Pavlesich, 2021), a técnicos de atención al paciente (Pavlesich, 2021), a estudiantes de medicina (Simpson et al., 2020) y a un equipo multidisciplinar compuesto por diferentes profesionales (Córdoles Martínez et al., 2023). Del mismo hilo, la revisión bibliográfica de Price et al. (2015) enfatizó la importancia de formar a todo el equipo y no solo a un tipo específico de profesionales de la salud.

La limitación más visible de estos estudios es la geográfica, tal como afirma Pavlesich (2021) en su trabajo, ya que al estar realizado en EEUU puede que los resultados no sean extrapolables a nivel mundial. Limitación aplicable a los demás estudios, que se realizaron en EEUU (Haefner et al., 2021; Simpson et al., 2020), Australia (Cowin et al., 2003) y España (Córdoles Martínez et al., 2023). Por otra parte, Haefner et al. (2021) y Pavlesich (2021) hacen hincapié en la pequeña muestra de participantes de sus estudios, en los cuales solo se incluyeron 19-21 trabajadores de salud. Cantidad no muy dispar a la utilizada en el estudio de Cowin

et al. (2015), dónde solo participaron en la capacitación 54 enfermeras/os.

Antes de finalizar es necesario hacer hincapié en la falta de evidencia científica que existe sobre la eficacia de la desescalada verbal (Córdoles Martínez et al., 2023).

Córdoles Martínez et al. (2023) se centran en la falta de estudios que investiguen de forma cuantitativa la relación entre la desescalada verbal y el uso de contención mecánica. Mientras que Price et al. (2015) ponen el foco de atención en la necesidad de desarrollar intervenciones educativas basadas en la evidencia seguidas de estudios fiables y de buena calidad sobre la viabilidad de estas, para medir tanto la eficacia de la desescalada como los resultados clínicos y organizacionales. Se recomienda que futuros estudios se centren en el rendimiento durante las simulaciones, el burnout, en mejorar los métodos utilizados para la enseñanza y en investigar la autoconciencia, la capacidad para conectarse interpersonalmente con los/as pacientes y los cambios de actitud en el personal tras las intervenciones, ya que un resultado negativo en este último punto puede reflejar actitudes estigmatizantes por parte del personal (Price et al., 2015; Simpson et al., 2020).

Los/as autores/as recomiendan la implementación de este tipo de formación en otros servicios de salud, debido a la exposición a la violencia en el ámbito de trabajo que experimentan de una manera u otra todos/as los y las trabajadores/as de salud, y en otros ámbitos asistenciales, debido a que se trata de una técnica en la que no son necesarios conocimientos sanitarios (Córdoles Martínez et al., 2023; Cowin et al., 2003; Pavlesich, 2021). Tal como afirman Córdoles Martínez et al. (2023), la formación en desescalada verbal puede aplicarse en cualquier ámbito en el que se trate con pacientes agresivos y/o agitados.

4.3. Características de la desescalada

Con respecto a las características de la desescalada, se encontraron 4 artículos que abordaban el tema. En base a los resultados de estos artículos, se resumen en la tabla 1 las características de una buena y efectiva desescalada verbal.

Roppolo et al. (2020) y Richmond et al. (2012) centran sus trabajos en el proyecto BETA, ya comentado en el artículo de Córdoles Martínez et al. (2023). El proyecto BETA fue desarrollado en 2012 por la “American Association of Emergency

Psychiatric” (AAEP). En él participaron expertos en medicina de urgencias y psiquiatría que recogieron las recomendaciones con mejor evidencia y consenso para mejorar el manejo del paciente agudo agitado (Roppolo et al., 2020).

Roppolo et al. (2020) resumen las pautas BETA y la literatura de apoyo reciente, y muestran la integración de las recomendaciones de este proyecto en la práctica diaria de un hospital. Las pautas BETA se centran en la desescalada verbal como tratamiento de primera línea frente a pacientes agitados/as, en la farmacología utilizada para tratar la etiología de la agitación, en una apropiada valoración psiquiátrica, en el tratamiento de las condiciones médicas asociadas y, por último, en minimizar el uso de restricciones y contenciones. En este trabajo fueron relevantes las pautas centradas en la desescalada verbal, definida por los autores como la combinación de estrategias verbales y no verbales para calmar al paciente y ayudarlo a poder cooperar.

Para la implementación del proyecto BETA en un hospital de Parkland (Florida, EEUU) se creó un curriculum educacional basado en las guías BETA, dónde se incluyó la desescalada verbal y un entrenamiento en auto-defensa, se añadió formación anual sobre las guías BETA y se elaboró un protocolo de agitación. Además, se realizó una tabla con las órdenes necesarias para manejar a un paciente agitado (Roppolo et al., 2020).

Tras su implementación en el hospital, el proyecto BETA resultó ser una herramienta útil para concienciar sobre los pasos necesarios para manejar a los pacientes agitados de manera fácil de entender e implementar. Además, este estudio apoya la idea de poner en práctica el proyecto BETA en urgencias para mejorar la atención brindada y reducir los actos violentos (Roppolo et al., 2020).

En el segundo artículo Richmond et al. (2012) discuten las guías del proyecto BETA, centrándose en las bases adecuadas para la formación en desescalada y las pautas de intervención (tabla 1).

En este trabajo Richmond et al. (2012) muestran los 3 pasos del nuevo paradigma: primero se capta la atención del/de la paciente de forma verbal; luego, se establece una relación de colaboración; y, por último, el individuo es desescalado verbalmente

fuera del estado agitado.

También, indican cuáles son los 4 objetivos principales que se deben tener en cuenta al enfrentarse a un paciente agitado:

- Asegurar la seguridad del personal, del/de la paciente y de las personas que se encuentren cerca.
- Ayudar al/a la paciente a manejar sus emociones y angustia, y a mantener o recuperar el control de su comportamiento.
- Evitar, siempre que sea posible, el uso de restricciones.
- Evitar intervenciones coercitivas que aumenten el nivel de agitación del individuo.

Además, Richmond et al. (2012) señalan las 4 razones por las que se debe utilizar una desescalada no coercitiva: cuando se interviene físicamente a un individuo, se está reforzando la idea del/de la paciente de que la violencia es necesaria para resolver el conflicto; las personas sometidas a restricciones físicas tienen una mayor probabilidad de ser admitidos en hospitales psiquiátricos, y por lo tanto tener estancias más prolongadas; las tasas de restricción se consideran un indicador clave de la calidad asistencial; y, por último, al evitar la confrontación física, el personal y los/as pacientes son menos propensos/as a ser lastimados/as.

Este estudio no solo habla de pautas de intervenciones (tabla 1), sino que también manifiesta la gran importancia de las intervenciones no verbales, como la toma de medicación voluntaria o la planificación ambiental (tabla 1).

El tercer artículo, se trata de una revisión bibliográfica realizada en 2012 por Price y Baker con el objetivo de determinar los componentes clave de las técnicas de desescalada. Se identificaron 11 artículos internacionales adecuados de los que surgieron 7 temas. Los 3 primeros estaban relacionados con las habilidades del personal: características del personal, mantenimiento del control personal y habilidades verbales y no verbales. Los otros 4 estaban asociados con el proceso de intervención e incluyen: relacionarse con el/la paciente, cuándo intervenir, garantizar la seguridad, las condiciones para la desescalada y estrategias para la desescalada. Las pautas de desescalada encontradas en este artículo sobre los

temas descritos, se encuentran resumidas en la Tabla 1.

El cuarto y último artículo sobre la temática “características de la desescalada”, se centró en validar la Escala de Desescalada de Comportamiento Agresivo (DABS) modificada en inglés (EMDABS) (Mavandadi et al. En 2016).

Por un lado, la escala DABS se modificó incluyendo descriptores de sus 7 ítems. Para la creación de estos descriptores se realizó una búsqueda bibliográfica y se revisaron 50 interacciones conflictivas entre el personal sanitario y los pacientes de un hospital de salud mental de Canadá. Además de ayudar en la creación de los descriptores, esta revisión de la literatura mostró que la mayoría de las investigaciones sobre desescalada estaban basadas en experiencias subjetivas de expertos y no en datos objetivos (Mavandadi et al., 2016).

Los 7 ítems junto con los descriptores de las prácticas más deseables, reflejados en la tabla 1, fueron los siguientes (Mavandadi et al., 2016):

- ÍTEM 1: valorar al paciente. DESCRIPTOR: reconocer y validar las preocupaciones del/de la paciente y un buen abordaje.
- ÍTEM 2: reducir el miedo. DESCRIPTOR: emplear la escucha activa y la empatía, y mostrar al/a la paciente el potencial de cambio a futuro de la situación.
- ÍTEM 3: preguntar sobre las consultas del/de la paciente y el estado ansioso . DESCRIPTOR: poder comunicar la comprensión de las preocupaciones del/de la paciente y descubrir la raíz del asunto.
- ÍTEM 4: proporcionar orientación al/a la paciente. DESCRIPTOR: sugerirle al/a la paciente diferentes formas de ayudarlo con sus preocupaciones actuales y recomendar medidas preventivas.
- ÍTEM 5: elaboración de posibles acuerdos . DESCRIPTOR: responsabilizarse del cuidado del/de la paciente y concluir el encuentro con una solución a corto plazo y un plan de acción a largo plazo.
- ÍTEM 6: mantener la calma. DESCRIPTOR: emplear un tono de voz calmado y ritmo constante, independientemente de la respuesta del/de la paciente.

- ÍTEM 7: peligro. DESCRIPTOR: mantener una distancia moderada para garantizar la seguridad, pero no parecer cauteloso/a o temeroso/a.

Por otro lado, para evaluar la utilidad de la nueva escala EMDABS, se evaluaron 272 simulaciones que representaban situaciones de pacientes en un estado de agitación psicomotriz, mediante las que se validó la escala para su uso en futuras investigaciones y en la práctica. Se mostró que se trata de una medida cuantitativa de desescalada aplicable como guía para mejorar la práctica de la desescalada, tanto en el ámbito académico como en el asistencial. En un futuro esta escala podría utilizarse como una checklist similar a las que se usan en otros campos de salud. Los investigadores proponen que futuras investigaciones se centren en medir los resultados de las desescaladas y el uso de esta escala en otros ámbitos (Mavandadi et al., 2016).

Además de estos 4 artículos, se encontró información relevante sobre las características de la desescalada, en un artículo ya comentado (Cowin et al. 2003) y en otro artículo que se comentará en el siguiente apartado (Price et al., 2018).

Por un lado, Cowin et al. (2003) identificaron ciertos aspectos importantes para una desescalada efectiva, los cuales se incluirán en la Tabla 1: mantener la autonomía y la dignidad del paciente, ser consciente de sí mismo/a (autoconocimiento), intervenir temprano, brindar opciones y alternativas, evitar confrontaciones y provocaciones, llevar al paciente a un espacio corporal más tranquilo, reducir posibles factores estresantes y desencadenantes, proporcionar un entorno seguro (retirar objetos peligrosos), mantener a otras personas alejadas, no asustar al paciente, ser consciente de la propia expresión corporal y facial, usar un lenguaje tranquilo y respetuoso, no dar la espalda al/a la paciente, usar distractores y ser firme pero compasivo.

Por otro lado, Price et al. (2018) elaboraron una serie de recomendaciones para la desescalada, que también son de gran importancia para la tabla 1: es necesario crear unas condiciones óptimas tanto de seguridad como para la comunicación (por ejemplo, retirar objetos que puedan ser utilizados como armas); asegurarse la disponibilidad de las rutas de salida; apartar tanto al personal no requerido como a los usuarios del servicio; se debe intentar resolver el problema que está dando lugar

a la agitación o a la agresión; hay que transmitir empatía y respeto; y, como última recomendación, hay que inhibir las respuestas como la ira o la ansiedad (Price et al., 2018).

En la siguiente tabla aparecen todas las recomendaciones, recopiladas en los artículos ya descritos, para llevar a cabo una desescalada verbal efectiva. La tabla está dividida por un lado, en las recomendaciones del ambiente, cualidades y disponibilidad de personal y su formación y, por otro lado, las recomendaciones de desescalada verbal:

Tabla 1.

Pautas para una desescalada efectiva.

<p>GUÍA PARA EL AMBIENTE, EL PERSONAL Y SU FORMACIÓN</p>	<p><i>Espacio físico y seguridad</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - El espacio físico debe estar diseñado para ser seguro: mobiliario móvil, salidas adecuadas y disponibles y quitar objetos potencialmente peligrosos (lámparas de mesa, lápices, etc.) (Cowin et al., 2003; Price y Baker, 2012; Price et al., 2018; Richmond et al., 2012) - Temperatura y sonido adecuados (Richmond et al., 2012). - Color de las paredes neutro (Richmond et al., 2012). - Se deben reducir los factores estresantes y desencadenantes (Cowin et al., 2003).
	<p><i>Capacitación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los trabajadores en contacto con pacientes agitados deberían estar formados en desescalada (Richmond et al., 2012).
	<p><i>Personal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-conocimiento: controlar reacciones negativas, saber cuándo pedir ayuda y ser conscientes del propio lenguaje corporal, entre otras cosas (Cowin et al., 2003; Price y Baker, 2012; Richmond et al., 2012). - Habilidades esenciales: buena actitud, consideración positiva del paciente, empatía y sentirse seguro/a de uno/a mismo/a (Richmond et al., 2012). - Características del personal: honestidad, solidaridad, coherencia y no tener prejuicios (Price y Baker, 2012).
	<p><i>Disponibilidad</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - El equipo de desescalada debería consistir en 4-6 personas (enfermeras, técnicos, clínicos y policías) (Richmond et al., 2012). - Demasiado personal, puede ser identificado como una “demostración de fuerza”, haciendo que el paciente escale de forma más rápida (Price y Baker, 2012). - El personal no requerido y el resto de pacientes deben ser apartados (Price et al., 2018).
	<p><i>Escalas objetivas para evaluar la agitación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Behavioural Activity Scale (BARS) (Richmond et al., 2012). - Overt Aggression Scale (Richmond et al., 2012). - The Scale for the Assessment of Aggressive and Agitated Behaviors (Richmond et al., 2012). - The Staff Observation Aggression Scale. (Richmond et al., 2012).
	<p><i>Cuándo intervenir</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se debe intervenir temprano tras haber analizado la situación (Cowin et al., 2003), ya que las intervenciones innecesarias pueden agravar el estado del paciente (Price y Baker, 2012).
	<p><i>Espacio personal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Respetar siempre el espacio personal: Richmond et al. 2012, recomienda mantener dos brazos de distancia. Hay que estar lo suficientemente cerca como para establecer una buena relación y no parecer temeroso o cauteloso (Mavandadi et al., 2016; Price y Baker, 2012; Roppolo et al., 2020). - Si el paciente pide que te apartes, hazlo inmediatamente (Richmond et al., 2012). - No hay que dar la espalda al paciente (Cowin et al., 2003). - El paciente y el personal deben ser capaces de poder salir de la habitación sin sentir que les están bloqueando el paso (Richmond et al.,

GUÍA DE DEESCALADA VERBAL		<p>2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se puede trasladar al paciente, si el quiere, a un espacio más tranquilo y alejado de los demás pacientes (Cowin et al., 2003; Price y Baker, 2012). - El contacto físico debe usarse de forma cautelosa, ya que para algunas personas puede ser calmante mientras que para otras amenazante (Price y Baker, 2012).
	<i>Vínculo terapéutico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Es aconsejable establecer un vínculo que promueva la autonomía del paciente, para así mostrar confianza y poder crear un sentido de igualdad entre el personal y el paciente (Price y Baker, 2012). - El paciente debe sentirse respetado en todo momento y deben evitarse los enfoques punitivos (Price y Baker, 2012). - Hay que responsabilizarse del cuidado del paciente (Mavandadi et al., 2016).
	<i>Escalada iatrogénica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca provocar al paciente (Cowin et al., 2003; Roppolo et al., 2020; Richmond et al., 2012). - Recomendable tener las manos visibles y no apretadas y las rodillas ligeramente dobladas (Richmond et al., 2012). - El contacto visual es necesario, pero hay que evitar mirar directamente al paciente y un contacto visual excesivo (Price y Baker, 2012; Roppolo et al., 2020; Richmond et al., 2012). - Hay que ponerse en un ángulo que no parezca que quiere confrontación (Richmond et al., 2012). - Mostrar y mantener la calma (Mavandadi et al., 2016; Price y Baker, 2012; Richmond et al., 2012). - Doblar los brazos y alejarse puede comunicar falta de interés (Richmond et al., 2012). - El lenguaje corporal debe ir acorde con lo que decimos (Richmond et al., 2012). - Evitar que otras personas provoquen al paciente (Richmond et al., 2012). - No desafiar ni insultar al paciente, ni hacer cualquier otra cosa que pueda percibirse como humillante (Richmond et al., 2012). - Evitar amenazas, sanciones, ultimátums y luchas de poder (Price y Baker, 2012).
	<i>Contacto verbal</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Solo una persona interactúa con el paciente, los demás deben alertar al personal y alejar a las personas que estén cerca (Cowin et al., 2003; Richmond et al., 2012). - Hay que presentarse al paciente y proporcionar orientación y tranquilidad (Richmond et al., 2012). - Si no se sabe el nombre del paciente, se le debe preguntar, y cómo prefiere que se refieran a él/ella. Esto hará que el paciente sienta que es importante y que tiene cierto control sobre la situación (Richmond et al., 2012). - Usar un tono suave, tranquilo y apacible (Price y Baker, 2012; Roppolo et al., 2020). - Usar un lenguaje tranquilo y respetuoso (Cowin et al., 2003; Mavandadi et al., 2016; Price y Baker, 2012). - No se debe asustar al paciente, se debe reducir el miedo (Cowin et al., 2003; Mavandadi et al., 2016).
	<i>Conciso</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hay que ser firme pero compasivo (Cowin et al., 2003). - Utilizar vocabulario simple y frases cortas (Richmond et al., 2012). - Darle tiempo al/a la paciente para responder y procesar la información (Richmond et al., 2012). - La repetición es esencial para una desescalada exitosa: repetir el mensaje hasta que lo oiga (Richmond et al., 2012).
	<i>Identificar deseos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre preguntar: cual es el problema, que podemos hacer para resolverlo y que le suele ayudar a calmarse. Para así descubrir la raíz del

	<p><i>y sentimientos del paciente</i></p>	<p>asunto, e intentar darle una solución (Mavandadi et al., 2016; Price y Baker, 2012; Price et al., 2018; Richmond et al., 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pueden utilizar frases como “Realmente necesito saber que esperabas cuándo viniste aquí” o “Aunque no pueda proporcionártelo, me gustaría saberlo para que podamos trabajar en ello” (Richmond et al., 2012). - Se puede utilizar la “información gratuita” para identificar los deseos (por ejemplo, el lenguaje corporal) (Cowin et al., 2003; Richmond et al., 2012). - Según Price y Baker (2012) se debe reconocer la expresión de la ira, siempre que el paciente pueda hacerlo sin dañarse a él y a los demás. Mientras que Price et al. (2018) afirman que hay que inhibir las respuestas como la ira o la ansiedad. - Se debe valorar al paciente y reconocer sus preocupaciones (Mavandadi et al., 2016).
	<p><i>Escuchar de forma cercana</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa, empatía y respeto (Mavandadi et al., 2016; Price y Baker, 2012; Price et al., 2018; Roppolo et al., 2020; Richmond et al., 2012). - La ley de Miller, dice que para entender lo que un individuo está diciendo, se debe asumir que es verdad e imaginar cómo podría ser verdad (Richmond et al., 2012).
	<p><i>Estar de acuerdo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - El fogging es un comportamiento en el que se encuentra algo sobre lo que estar de acuerdo con el paciente (Richmond et al., 2012). - Hay tres formas de estar de acuerdo: estar de acuerdo con la verdad, estar de acuerdo en un principio o estar de acuerdo con las probabilidades (Richmond et al., 2012). - Si no hay ninguna manera de estar de acuerdo con el/la paciente, estate de acuerdo con el/ella en que estáis en desacuerdo (Richmond et al., 2012).
	<p><i>Establecer límites claros</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente debe saber cuales son los comportamientos aceptados y cuáles serían las consecuencias de agredir a alguien. Nunca se debe comunicar como una amenaza (Richmond et al., 2012). - Los límites deben ser razonables y establecidos de una manera respetuosa (Richmond et al., 2012). - Es necesario entrenar al paciente en cómo mantener el control (Richmond et al., 2012). - Se debe mantener la dignidad y autonomía del paciente en todo momento (Cowin et al., 2003).
	<p><i>Opciones y optimismo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer opciones y alternativas (por ejemplo, acceso al teléfono o dar un paseo). Nunca se debe ofrecer algo que no se puede dar (Cowin et al., 2003; Mavandadi et al., 2016; Price y Baker, 2012; Roppolo et al., 2020; Richmond et al., 2012). - Se pueden usar distractores (Cowin et al., 2003). - Ofrecer medicación, si fuera necesaria (Richmond et al., 2012). - Ser optimista y proporcionar esperanza (Mavandadi et al., 2016; Roppolo et al., 2020; Richmond et al., 2012). - Es recomendable, si puede ser, concluir la desescalada con una solución a corto plazo y un plan de acción a largo plazo (Mavandadi et al., 2016).
	<p><i>Informar al paciente y al personal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es necesario informar al personal sobre lo que está ocurriendo o ha ocurrido (Roppolo et al., 2020). - Hay que explicarle al paciente lo qué sucederá durante la atención (Roppolo et al., 2020). - Después de cualquier intervención involuntaria, se debe entablar de nuevo una relación terapéutica y explicarle al paciente porqué era necesaria la intervención (Richmond et al., 2012).

4.4. Barreras y facilitadores para una desescalada efectiva

El penúltimo artículo, trata el tema de las barreras y los facilitadores para llevar a cabo una desescalada verbal (Price et al., 2018). Este estudio cualitativo pretende obtener descriptores, por parte del personal, de las técnicas de desescalada utilizadas actualmente en los entornos de salud mental y explorar los factores percibidos que influyan en su implementación y efectividad.

Se emplearon entrevistas individuales semiestructuradas, que realizaron 20 miembros de diferentes salas de agudos y cuidados intensivos psiquiátricos de hombres y de mujeres. Se incluyó solo a el personal de enfermería, auxiliares y jefes/as de equipo, ya que eran las personas que estaban expuestas de forma continua a la agresión y las responsables de implementar las prácticas restrictivas. Solo se incluyó a los/as trabajadores/as con una experiencia clínica mayor a 6 meses (Price et al., 2018).

Price et al. (2018) identificaron 14 técnicas que se dividieron en: apoyo, control no físico y control físico. Estas últimas no fueron englobadas dentro de las técnicas de desescalada. Las medidas de control no físico incluyeron la manipulación del ambiente, la reprimenda, la disuasión y las instrucciones. Mientras que las técnicas de apoyo, se referían a la intervención pasiva, proporción de seguridad y una promesa tranquilizadora, distracción, identificación del problema, resolución de la situación y replanteamiento de los puntos de vista.

Se concluyó que los factores del personal y del ambiente, eran clave para determinar cuáles iban a ser los resultados de la desescalada. Estas fueron las conclusiones principales (Price et al., 2018):

- El conocimiento del paciente fue identificado como un facilitador para la desescalada, relacionado directamente con la efectividad de esta.
- La manipulación pasiva del ambiente y mover al individuo a un lugar más calmado, siempre que este quisiera, influyen mucho en el éxito de la desescalada.
- Se identificó como barrera la falta de recursos, ya que muchas veces los y las trabajadores/as recurrían a métodos más coercitivos por falta de tiempo.

- Se identificaron varios factores el personal que repercutían en un mayor uso de técnicas coercitivas: la ansiedad del personal, una menor edad del personal, juicios morales, dificultad para empatizar, inexperiencia, creencia de que es necesario aislar al paciente para proteger su privacidad y dignidad y preocupación por el contagio de la agresión.

Price et al. (2018) determinaron como limitación principal de este estudio la subjetividad de las opiniones del personal, lo que indica que las conclusiones de este trabajo no se tratan de una evidencia definitiva. Proponen este trabajo como punto de partida para la generación de hipótesis comprobables y su validación o falsificación en futuros estudios.

Para finalizar con este apartado, se añade información relevante encontrada en uno de los artículos ya explicados, en el cual Córdoles Martínez et al. (2023) identificaron la desescalada verbal como un factor protector, mientras que reconocieron varios factores de riesgo o barreras: una menor edad del individuo, la existencia de síntomas psicóticos y la gravedad de los síntomas.

4.5. La importancia de la enfermería en la desescalada

Por último y relacionado con la importancia de la enfermería en la desescalada, tenemos el artículo más antiguo encontrado en esta búsqueda bibliográfica, publicado en el año 2000 y escrito por Bell et al. Esta revisión bibliográfica se realizó con el propósito de saber quienes eran los y las trabajadores/as más expuestos/as a los actos violentos y que técnicas eran las más efectivas para reducir las secuelas de los incidentes violentos.

El trabajo de Bell et al. (2000), mostró que las enfermeras estaban expuestas a la violencia más frecuentemente que el resto del personal. La literatura también confirmó que la mayoría de agresiones en las unidades de agudos eran contra el personal de enfermería, siendo el grupo de mayor vulnerabilidad, los y las estudiantes de enfermería. Por otro lado, el control y las contenciones fueron identificadas como las técnicas principales utilizadas hasta el año 2000 para el control de los actos violentos. Los autores (Bell et al., 2000) señalan que para una desescalada efectiva las enfermeras deben saber trabajar bien bajo presión y

ejecutar un plan de acción inmediata. En el artículo se habla de la importancia del ambiente para poder llevar una desescalada efectiva y de la necesidad del entrenamiento tanto en habilidades verbales como no verbales.

En la siguiente tabla aparece un pequeño resumen del contenido de cada artículo seleccionado, describiendo el/as o los/as autores/as, título, tipo de estudio, muestra empleada, método utilizado, la temática y la idea principal de los trabajos:

Tabla 2.

Tabla de resultados.

	Bola de Nieve	Autor/a Año	Título	Tipo de estudio	Muestra	Método	Temática	Idea principal
1		Chigbundu, 2015 [Dissertation]	“Lived experiences of mental health nurses with verbal de-escalation techniques and multisensory room strategies”	Estudio cualitativo	16 enfermeras de 3 hospitales de salud mental de agudos en EEUU.	Entrevistas individuales de 60 min.	Desescalada verbal y salas multisensoriales.	Ambas técnicas son menos coercitivas y efectivas para calmar a pacientes que pueden ser agresivos, calmando también de esa forma el ambiente de la unidad.
2		Córdoles Martínez et al., 2023	“Utilización de la desescalada verbal para reducir la contención mecánica durante los traslados no voluntarios en ambulancia”	Estudio cuasiexperimental pre-post.	633 pacientes psiquiátricos trasladados no voluntariamente en Barcelona por el EMSE (2008-2020).	Entrevista clínica, formación en DV en base a las recomendaciones del proyecto BETA y análisis estadístico.	Formación en DV para la reducción de CM.	La formación en DV siguiendo las indicaciones del proyecto BETA reduce al 50% la necesidad de contención mecánica (CM) en los traslados no voluntarios de pacientes con enfermedad mental.
3		Pavlesich, 2021. [Doctoral Studies]	“Reducing the Rate of Physical Interventions by Increasing Staff Confidence When Using Verbal De-escalation Techniques”	Proyecto de evaluación y mejora de la calidad	19 trabajadores del MHED de un hospital de Maryland (EEUU) y los pacientes ingresados (junio-octubre 2020).	Análisis estadístico y programa de formación en técnicas de DV.	Formación en DV, aumento de confianza y disminución de restricciones físicas.	Responder inmediatamente a las amenazas y agresiones verbales mediante una técnica adecuada de desescalada verbal, puede reducir la necesidad del uso de intervenciones físicas como la CM.
4		Haefner et al., 2021	“A Quality Improvement Project Using Verbal De-Escalation to Reduce Seclusion and Patient Aggression in a Psychiatric Unit”	Estudio cuasiexperimental	730 pacientes ingresados y 31 enfermeras/os de una unidad de psiquiatría de un hospital de EEUU.	Programa educativo TeamSTEPPS, “Chi-square test” y revisión de las historias clínicas.	Formación en DV y disminución de las reclusiones y comportamientos agresivos.	La formación de enfermeras psiquiátricas en desescalada verbal es importante para reducir el número de pacientes reclusos y disminuir los comportamientos agresivos de los pacientes en unidades psiquiátricas.

5		Simpson, 2020	"A Free Online Video Teaching Verbal De-escalation for Agitated Patients"	Diseño cuasi experimental (pretest-post est)	151 estudiantes de tercero de medicina (2018-2019).	Videos formativos, encuestas, evaluación de conocimientos y análisis estadístico.	Formación en DV y aumento de la confianza.	Esta formación ayudó a los estudiantes de medicina a sentirse más cómodos, confiantes y seguros en el manejo de pacientes agitados.
6	SI	Cowin et al., 2003	"De-escalating aggression and violence in the mental health setting"	Diseño cuasi experimental (pretest-post est)	21 enfermeras de una unidad de salud mental y 33 enfermeras de urgencias (Sídney).	Kit de desescalada, test antes y después de la formación y análisis estadístico (SPSS).	Formación en desescalada y características de la desescalada.	El proyecto educativo aumentó el conocimiento y conciencia sobre la DV de ambos grupos de enfermeras.
7	SI	Price et al., 2015	"Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression"	Revisión bibliográfica en 20 bases de datos electrónicas.	38 estudios relevantes.	Búsqueda de artículos en bases de datos clínicas y científicas.	Resultados de la formación en técnicas de desescalada.	El impacto de la formación está más relacionado con el conocimiento de la desescalada, la confianza al manejar la agresión y el rendimiento de la desescalada. No hay suficiente evidencia sobre el impacto de la formación en el nº de agresiones, lesiones y contenciones.
8		Roppolo et al., 2020	"Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation)"	Estudio observacional	Personal del hospital Parkland, (Texas, EEUU).	Currículo educativo basado en las guías BETA	Pautas BETA e implementación de las recomendaciones.	La implementación del proyecto BETA puede mejorar las habilidades para manejar al paciente agitado y reducir el número de agresiones físicas al personal del departamento de emergencias.
9	SI	Richmond et al., 2012	"Verbal De-escalation of the Agitated Patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup"	Revisión bibliográfica		Consenso de autores y revisión de la bibliografía sobre desescalada verbal.	Proyecto BETA	Los autores detallan las bases adecuadas para la formación en desescalada y ofrecen guías de intervención, tanto para el entorno como para el personal.
10	SI	Price y Baker,	"Key components of	Revisión	11 artículos	Búsqueda de	Habilidades	Los autores muestran las

		2012	de-escalation techniques: a thematic synthesis”	bibliográfica	internacionales.	artículos en bases de datos clínicas y científicas.	verbales y no verbales para la desescalada	habilidades verbales y no verbales necesarias para una desescalada efectiva
11		Mavandadi et al., 2016	“Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the ‘De-Escalating Aggressive Behaviour Scale’”	Revisión bibliográfica	19 artículos relevantes	Búsqueda de artículos en bases de datos	Validación de la escala EMDABS (escala DABS modificada en inglés)	Se validó la escala EMDABS para futuras investigaciones y se describieron descriptores para los 7 ítems iniciales de la escala DABS.
				Cuantitativo	272 simulaciones que representaban situaciones con pacientes agitados	Escala EMDABS, simulaciones y análisis estadístico		
12	SI	Price et al., 2018	“The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings”	Estudio cualitativo	20 miembros del personal de salas psiquiátricas con más de 6 meses de experiencia.	Entrevistas individuales semiestructuradas y “Framework Analysis”	Técnicas de desescalada y factores influyentes en su implementación y efectividad.	Se identificaron 14 técnicas de desescalada y barreras (tiempo) y facilitadores (conocimiento del paciente) para la desescalada. Se mostró que los factores ambientales influían de forma considerable en el éxito o fracaso de la desescalada.
13		Bell et al., 2000	“Violence and its management in in-patient mental health settings: a review of the literature”	Revisión bibliográfica		Búsqueda de artículos en bases de datos clínicas y científicas.	Personal más expuesto a los actos violentos y técnicas efectivas para reducir los efectos de los incidentes violentos.	La literatura confirmó que el personal de enfermería era el más expuesto a los asaltos e identificó el control y las contenciones como las técnicas principales en el manejo de las agresiones.

1

¹ DV: desescalada verbal; CM: contención mecánica; EMSE: Equipo Multidisciplinar de Soporte Especializado; MHED: departamento de emergencias de salud mental; BADS: EMDABS: English modified DABS; De-Escalating Aggressive Behaviour Scale.

5. DISCUSIÓN

Como hallazgos principales de este trabajo se destacan las consecuencias positivas de la formación en desescalada verbal: reducción de intervenciones físicas como la contención mecánica; reducción de comportamientos agresivos; aumento de la confianza, comodidad y seguridad del personal a la hora de manejar pacientes agitados y agresivos; y, aumento del conocimiento y conciencia sobre la desescalada (Chigbundu, 2015; Córdoles Martínez et al., 2023; Cowin et al., 2003; Haefner et al., 2021; Pavlesich, 2021; Simpson et al., 2020). Además, la literatura revisada también muestra la relevancia de la enfermería al emplear la desescalada verbal (Bell et al., 2000), las pautas para una desescalada verbal efectiva (tabla 1) (Cowin et al., 2003; Mavandadi et al., 2016; Price y Baker, 2012; Price et al., 2018; Richmond et al., 2012; Roppolo et al., 2020) y la importancia de un enfoque multidisciplinar en el que se resalta la importancia de métodos no verbales (Bell et al. 2000; Price et al., 2018; Richmond et al.; 2012). Por último, se identifican la manipulación pasiva del ambiente y el conocimiento del paciente como facilitadores para una desescalada verbal efectiva y la falta de tiempo y personal, entre otras cosas, como barreras (Price et al., 2018). Conclusiones que necesitan de más evidencia científica para ser verificadas.

En primer lugar, es necesario recordar que el objetivo principal de esta revisión fue examinar la eficacia e importancia de la desescalada verbal como método de prevención de la contención mecánica en pacientes agitados psiquiátricos. Objetivo en el que tan solo se centran dos de los artículos encontrados en la bibliografía, los cuales muestran de manera cuantitativa que la formación en desescalada verbal, y por ende la desescalada verbal, reduce el uso de contención mecánica (Córdoles Martínez et al., 2023; Pavlesich, 2021). No obstante, varios de los estudios incluidos en la revisión muestran que la formación en desescalada reduce los comportamientos agresivos y el uso de reclusiones, aumenta la comodidad, la seguridad y confianza de los y las participantes para manejar pacientes agitados y violentos y, por último, aumenta el conocimiento sobre la desescalada verbal (Cowin et al., 2003; Haefner et al., 2001; Simpson, 2020).

Entre las consecuencias de la formación en desescalada, es especialmente relevante

la reducción de comportamientos agresivos, ya que experimentar y presenciar violencia en el ámbito de trabajo está relacionado directamente con un mayor nivel de estrés (Yao et al., 2014), por lo que la reducción de comportamientos agresivos, y por lo tanto de actos violentos, podría ayudar a reducir el nivel de estrés de los y las trabajadores/as del ámbito de la salud. Por otro lado, según Papathanasiou et al. (2014) la confianza de los/as trabajadores/as es un factor protector contra el burnout, idea que apoyan autores como Simpson et al. (2020). El burnout es un síndrome psicológico en respuesta a estresores del ámbito laboral que se caracteriza por un agotamiento emocional, sentimientos de cinismo, desapego del trabajo y una sensación de ineficacia y falta de logro, y que, a su vez, reduce la calidad de la atención e influye en la prevalencia de la negligencia médica y complicaciones (Czeglédi y Tandari-Kovács, 2019; Pavlesich, 2021). Por todo esto, se puede decir que la formación en desescalada verbal podría reducir los niveles de estrés y burnout del personal, ayudando de esa manera a que el personal ofrezca una atención de mayor calidad, lo que podría acabar en una reducción de las contenciones mecánicas.

Como segundo punto, este trabajo muestra la importancia del personal de enfermería, uno de los grupos con mayor riesgo de experimentar algún acto violento (Hahn et al., 2008) en el manejo del paciente agresivo y/o violento. Tal y como concluye el último artículo de la revisión escrito por Bell et al. (2000), el personal de enfermería es el más expuesto a los asaltos en las unidades psiquiátricas de agudos, siendo los/as alumnos/as de enfermería el grupo más vulnerable. Conclusión que confirman posteriores estudios mostrando que hay un exceso de agresiones hacia los estudiantes de enfermería y hacia las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia (Wells y Bowers, 2002), y que las enfermeras de psiquiatría tienen tres veces más posibilidades de ser agredidas por pacientes que el resto de enfermeras (Edward et al., 2015). De la misma forma, estudios más antiguos como el de Stevenson (1991), ya defendían que las enfermeras de psiquiatría eran las que necesitaban programas de formación especial debido al mayor contacto que tenían con pacientes potencialmente agitados (Stevenson, 1991).

A pesar de la vulnerabilidad del personal de enfermería y la mayor prevalencia de

actos violentos existentes en el ámbito de la psiquiatría (Lozzino et al., 2015), no se puede eludir el hecho de que las tasas de exposición a la violencia también son altas en urgencias y geriatría y que la violencia en el lugar de trabajo se estima que afecta hasta un 95% de los y las trabajadores/as de salud (Spector et al., 2014; Spelten, 2022). Lo que hace, por un lado, que sea necesario la formación en técnicas de desescalada en otros ámbitos diferentes al psiquiátrico, tal como recomiendan varios trabajos de la revisión bibliográfica (Córdoles Martínez et al., 2023; Cowin et al., 2003; Pavlesich, 2021). Y, por otro lado, a pesar de que varios de los artículos de la revisión se centren en el personal de enfermería (Chigbundu, 2015; Cowin et al., 2003; Haefner et al. 2021), es necesario incluir en la formación e investigaciones a diferentes profesionales de la salud, como ya lo hacen varios artículos de la literatura revisados (Pavlesich, 2021; Price et al., 2018; Simpson, 2020).

En tercer lugar, no se debe olvidar la importancia del ambiente y de su manipulación pasiva (Bell et al. 2000; Price et al., 2018; Richmond et al; 2012) o de otros métodos no verbales como la toma de medicación voluntaria (Richmond et al., 2012) a la hora de intentar reducir las contenciones mecánicas y ofrecer un trato más humano. Respecto al ambiente, Bowers (2014) y Nijman (2002) respaldan la idea de que el ambiente influye en las tasas de conflicto, agresión y contención, y además, Bowers (2014) muestra la posibilidad de que los recursos y organización del hospital tengan que ver en la tasa de intervenciones físicas. Idea que se vería respaldada por varios de los artículos de esta revisión, que muestran que la falta de tiempo y personal son una barrera para llevar a cabo una desescalada verbal efectiva, y, por lo tanto, pueden dar lugar a una mayor tasa de contenciones mecánicas (Chigbundu, 2015; Price et al., 2018). Respecto a la medicación, autoras como Acosta Obando y Sandí Brenes (2021), ya citadas en la introducción, defienden el uso del tratamiento farmacológico para evitar medidas más hostiles, siempre que el objetivo del tratamiento farmacológico sea calmar rápidamente al paciente sin sobredosificación (García Franco et al., 2013; Garriga et al., 2016; Nordstrom et al., 2012; Vieta et al., 2017).

Es importante tener en cuenta, que a pesar de que este estudio haya centrado toda la atención en la desescalada verbal, existen otras estrategias específicas y bien

definidas mediante las que se puede reducir el uso de la contención mecánica, como pueden ser las salas multisensoriales, ya mencionadas en el trabajo de Chigbundu (2015). Estas salas son entornos multisensoriales que calman el nivel de agitación de los pacientes mediante música, luces, proyecciones de imágenes relajantes, vibraciones de tubos de burbujas y olores relajantes (Teitelbaum et al., 2007). Tal y como dicen Price y Baker (2012), la desescalada verbal será un factor clave, pero no se deberá apartar de otras técnicas que puedan ayudar en el manejo del paciente agitado y/o agresivo.

En cuarto lugar, se señala la falta de estudios sobre desescalada verbal que ha mostrado este trabajo. Si se parte del hecho de la limitada evidencia disponible sobre estrategias para la prevención y reducción del comportamiento agresivo y la poca investigación existente para examinar la efectividad de estas (Gaynes et al., 2017; McGill, 2006), no es de extrañar la falta de artículos que se centren en una técnica específica para manejar pacientes agresivos y/o agitados, como es la desescalada verbal. Varios de los autores de los artículos empleados en esta revisión, hacen hincapié en la falta de evidencia científica sobre la eficacia de la desescalada verbal y de las técnicas más efectivas y seguras de esta (Chigbundu, 2015; Córdoles Martínez et al., 2023; Price et al., 2015). Idea que apoyan autores como Hallet y Dickens (2015) y Pérez-Toribio, Moreno-Poyato et al. (2022), quienes defienden la necesidad de más estudios para identificar qué constituye una desescalada verbal efectiva y para entender el uso de la desescalada verbal por parte del personal de enfermería. Respecto a las pautas para una desescalada efectiva (tabla 1), los autores de la literatura existente también ponen su foco de atención en la necesidad de una guía práctica clara y en la realización de investigación empírica de alta calidad para identificar las habilidades más efectivas en la desescalada verbal en entornos psiquiátricos (Hallet y Dickens, 2015; Lavelle et al., 2016).

Los autores, concretamente, muestran la falta de estudios cuantitativos, ya que la mayoría de las investigaciones están basadas en experiencias subjetivas de expertos y no en datos objetivos (Chigbundu, 2015; Mavadandi et al., 2016). Esta falta de estudios cuantitativos es muy notoria en el tema de la desescalada verbal y su

influencia en la contención mecánica, dónde solo se han encontrado dos artículos al respecto (Córdoles Martínez et al., 2023; Pavlesich, 2021). Con esto no se niega la necesidad de estudios cualitativos (Pérez-Toribio, Moreno-Poyato et al., 2022), sino que se recalca la necesidad de estudios basados en información objetiva.

A parte de la falta de evidencia científica y estudios cuantitativos, los estudios existentes sobre la capacitación en desescalada son de baja calidad y sus resultados son contradictorios, por lo que son necesarios estudios fiables y de buena calidad sobre la efectividad de la formación en desescalada verbal (Price et al., 2015).

Asimismo, también son necesarias medidas estandarizadas y cuantitativas, como la escala DABS, para poder medir de forma objetiva la desescalada (Mavadandi et al., 2016).

Por último y respecto a la contención mecánica, es cierto que existen revisiones de la literatura que muestran que el uso de la contención mecánica y el aislamiento son útiles para prevenir lesiones y reducir la agitación psicomotriz, pero ¿a qué precio? (Fisher, 1994). La contención mecánica, práctica que sigue siendo utilizada y defendida, puede conllevar lesiones graves a los y las pacientes y al personal de salud que lleva a cabo la técnica, además del coste que supone y de ser una práctica cuestionable debido a la existencia de evidencia que no respalda su uso (Carlson y Hall, 2014; Garrido et al., 2015). En ciertos ámbitos, como urgencias y urgencias de psiquiatría, debido al mayor número de pacientes en estado agudo, puede que no sea posible eliminar por completo el uso tanto de contención mecánica como de otras prácticas coercitivas (por ejemplo, la reclusión) y que sean necesarias para mantener la seguridad y el control (Knox y Holloman, 2012). Pero, es entonces donde son de gran importancia este y otros trabajos similares que ayudan a poder crear programas, protocolos y estrategias basadas en técnicas como la desescalada verbal, para reducir la utilización de la contención mecánica y de las reclusiones.

5.1. Limitaciones y líneas de mejora

La primera limitación de esta revisión se trata de la no inclusión de otros ámbitos, como puede ser geriatría, en los que las tasas de exposición a actos violentos de los y las trabajadores/as también son altas (Spector et al., 2014). Además, la mayoría de los artículos utilizados se centran en pacientes psiquiátricos hospitalizados y /o que

se encuentran en fase aguda (Chigbundu, 2015; Córdoles Martínez et al., 2023; Haefner et al., 2021; Pavlesich, 2021; Price et al., 2018), dejando de lado a los pacientes ambulatorios, dónde según Konttila et al. (2018) ha aumentado la violencia contra el personal de enfermería. Tampoco se ha tenido en cuenta un ámbito muy importante de la psiquiatría, la psiquiatría forense, ámbito dónde se dan las formas más arraigadas de atención coercitiva en los países de altos ingresos (Sashidharan et al., 2019). Tampoco se incluyó la población pediátrica psiquiátrica, dónde también se dan casos de reclusión y restricciones (De Hert et al., 2011). Por último, y como punto clave para siguientes estudios se podría incluir la educación en desescalada verbal a los/as familiares de personas con enfermedad mental, debido a la mayor probabilidad que tienen las personas con alguna enfermedad grave de atacar a un miembro de su familia cuando cometen actos violentos (Labrum et al., 2021).

La segunda limitación, hace referencia al reducido tamaño muestral y al área geográfica donde se realizaron algunos de los artículos analizados. En 4 de los estudios encontrados el tamaño muestral fue de entre 16 y 31 (Chigbundu, 2015; Haefner et al., 2021; Pavlesich, 2021; Price et al., 2018). Asimismo, una gran mayoría de los artículos se desarrollaron en Estados Unidos (Chigbundu, 2015; Haefner et al., 2021; Pavlesich, 2021; Roppolo et al., 2020; Simpson et al., 2020), lo que hace que se cuestione si estos artículos son extrapolables a la población de España y a la población mundial. Es cierto, que el artículo de Córdoles Martínez et al. (2023) se realizó en España con una cantidad adecuada de participantes (633 pacientes), pero siguen siendo necesarios más estudios a nivel nacional con una cantidad adecuada de participantes.

Como tercera limitación, siendo una de las más importantes, está la falta de estudios sobre la desescalada verbal ya mencionada en la discusión (Chigbundu, 2015; Córdoles Martínez et al., 2023; Price et al., 2015). La falta de estudios cuantitativos fiables y de calidad (Mavadandi et al., 2016; Price et al., 2015), hace que las conclusiones no sean una evidencia definitiva, y, por lo tanto, sean cuestionables. Se debe poner la atención en hacer estudios cuantitativos de calidad sobre la eficacia de la desescalada verbal y sus métodos más eficaces, el

rendimiento durante las simulaciones, el burnout, mejoras de los métodos utilizados para la enseñanza, la autoconciencia, la capacidad para conectarse interpersonalmente con los/as pacientes y los cambios de actitud en el personal tras las intervenciones (Price et al., 2015; Simpson et al., 2020).

5.2. Aplicaciones prácticas

Pese a la baja calidad de la evidencia científica encontrada y la necesidad de estudios fiables que se centren en la viabilidad de las intervenciones educativas (Price et al., 2015), este trabajo muestra consecuencias positivas de la formación, que van desde una reducción de la contención mecánica hasta un aumento de confianza en el manejo de los pacientes agresivos y/o agitados (Córdoles Martínez et al., 2023; Pavlesich, 2021; Simpson, 2020). Asimismo, la Asociación Americana de Psiquiatría recomienda la formación anual y continua sobre alternativas al aislamiento y la contención, como es la desescalada verbal (Allen et al., 2002).

Por consiguiente, la aplicación práctica principal de este trabajo podría ser su utilización como base para futuros protocolos para el manejo del paciente agitado y/o agresivo, futuras formaciones en desescalada verbal y para la elaboración de material educativo. El material educativo podría consistir en un póster con las pautas para una desescalada efectiva recopiladas en la tabla 1, idea basada en las intervenciones de Cowin et al. (2003) y Haefner et al. (2021), quienes ya incluyen en sus formaciones pósters finales recopilando los puntos clave para una desescalada eficaz. Esta aplicación práctica sería de gran ayuda en Navarra para ayudar a cumplir el objetivo nº 28 del Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023 titulado “Tendencia a la contención mecánica 0” (Gerencia de Salud Mental, 2019).

6. CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue examinar la eficacia e importancia de la desescalada verbal como método de prevención de la contención mecánica en pacientes agitados psiquiátricos. Teniendo como objetivos secundarios: identificar las pautas o características más recomendadas para una desescalada verbal efectiva y las posibles barreras con las que se encuentra el personal sanitario; evaluar la necesidad de formar al personal sanitario en técnicas de desescalada verbal; y, por último, analizar la relevancia del personal de enfermería a la hora de aplicar técnicas de comunicación como la desescalada verbal.

En primer lugar, se concluye que la desescalada verbal y la formación en desescalada verbal pueden reducir el uso y la necesidad de realizar contenciones mecánicas (Chigbundu, 2015; Córdoles Martínez et al., 2023; Pavlesich, 2021). Además de otras muchas consecuencias positivas que se obtienen tras la capacitación: reducción de otro tipo de intervenciones físicas (por ejemplo, reclusiones); reducción de comportamientos agresivos; aumento de la confianza, comodidad y seguridad del personal a la hora de manejar pacientes agitados y agresivos; y, aumento del conocimiento y conciencia sobre la desescalada (Córdoles Martínez et al., 2023; Cowin et al., 2003; Haefner et al., 2021; Pavlesich, 2021; Simpson et al., 2020). Consecuencias de gran importancia ya que pueden reducir los niveles de estrés y burnout, dando paso así a una atención de mayor calidad, y puede que en consecuencia a una reducción de las contenciones mecánicas (Czeglédi y Tandari-Kovács, 2019; Papathanasiou et al., 2014; Pavlesich, 2021; Simpson et al., 2020; Yao et al., 2014).

En segundo lugar, se determina que se debería formar en desescalada a toda persona que pueda estar en contacto con pacientes potencialmente agresivos o agitados (Córdoles Martínez et al., 2023; Cowin et al., 2003; Pavlesich, 2021; Price et al., 2018; Simpson, 2020). Pero haciendo hincapié en la necesidad primordial de formar a los trabajadores de salud mental, y especialmente al personal de enfermería y estudiantes de enfermería, debido a la mayor prevalencia de violencia en ese ámbito y a la mayor vulnerabilidad de este colectivo (Bell et al., 2000; Edward et al., 2015; Hahn et al., 2008; Lozzino et al., 2015; Wells y Bowers, 2002).

En tercer lugar, se recopilan las pautas para una desescalada efectiva en la tabla 1, concluyendo que la desescalada debe ser multidisciplinar, sin olvidarnos de la importancia tanto del ambiente (Bell et al. 2000; Bowers, 2014; Nijman, 2002; Price et al., 2018; Richmond et al; 2012) como de otros métodos no verbales, como puede ser la medicación voluntaria (Acosta Obando y Sandí Brenes, 2021; Richmond et al., 2012).

En cuarto lugar, se identifican como facilitadores para una desescalada efectiva el conocimiento del paciente y la manipulación pasiva del ambiente (Price et al., 2018). Mientras que se identifican como barreras para llevar a cabo una desescalada eficaz: la falta de tiempo y personal, la ansiedad del personal, una menor edad tanto del personal como del individuo, los juicios morales, la dificultad para empatizar, la inexperiencia, la creencia de que es necesario aislar al paciente para proteger su privacidad y dignidad, la preocupación por el contagio de la agresión, la existencia de síntomas psicóticos y la gravedad de los síntomas (Córdoles Martínez et al., 2023; Price et al., 2018).

En último lugar, y como conclusión más importante y relevante para futuros trabajos, se concluye que hay una falta de evidencia científica desmesurada respecto a la desescalada verbal y una necesidad de estudios cuantitativos fiables y de buena calidad que investiguen de forma objetiva la relación entre la desescalada y la contención mecánica, la efectividad de la desescalada verbal y las técnicas más efectivas y seguras de esta, entre otras cosas (Chigbundu, 2015; Córdoles Martínez et al., 2023; Hallet y Dickens, 2015; Price et al., 2015). Asimismo, se concluye que son necesarios medidas estandarizadas y cuantitativas, como la escala DABS, para poder medir de forma objetiva la desescalada (Mavadandi et al., 2016).

Debido a todas las limitaciones ya mencionadas y a la subjetividad de varios de los artículos, puede que las conclusiones de este trabajo no se traten de una evidencia definitiva (Chigbundu, 2015; Mavadandi et al., 2016). Pero no se puede negar que este estudio muestra la necesidad de seguir investigando e indagando en técnicas como la desescalada verbal, para poder ofrecer un trato más respetuoso con los derechos humanos, porque, como dice Aparicio Basauri (2021), no hay salud sin salud mental, ni bienestar mental sin un cuidado basado en los derechos humanos.

7. REFERENCIAS

- Acosta Obando, K. Y Sandí Brenes, S. (2021). *Revisión bibliográfica: etiología y abordaje del paciente agitado en psiquiatría* [Trabajo Fin de Postgrado, Universidad de Costa Rica].
<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/82771?locale-attribute=en>
- Allen, M.H., Forster, P., Zealberg, J. y Currier, G. (2002). *Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services: a review and model program descriptions*. American Psychiatric Association [documento electrónico].
<https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Directories/Library-and-Archive/task-force-reports/tfr2002EmergencyCrisis.pdf>
- Aparicio Basauri, V. (2021). Contención Mecánica: más allá del discurso. *Cuadernos de Psiquiatría. Comunitaria*, 18(1), pp. 90-92.
<https://aen.es/wp-content/uploads/2021/11/cuad-de-psiquiatria-vol-18-21.pdf>
- Bell, F., Szmukler, G. y Carson, J. (2000). Violence and its management in in-patient mental health settings: a review of the literature. *Mental Health & Learning Disabilities Care*, 3(11), 370-372.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Carlson, K. y Hall, J .M. (2014). Preventing Restraint and Seclusion: A Multilevel Grounded Theory Analysis. *Sage Open*, 4(4), 1-12.
<https://doi.org/10.1177/2158244014556641>
- Casado Flórez, I., Sánchez Santos, L., Rodríguez Calzada, R., Rico-Villademoros, F., Roset Arissó, P. y Corral Torres, E. (2017). Incidencia y variabilidad de manejo de agitación aguda en los servicios de emergencia médicas. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 29 (4), 253-256.

- Chigbundu, A. N. (2015). *Lived experiences of mental health nurses with verbal de-escalation techniques and multisensory room strategies* [Dissertation for the Degree Doctor of Philosophy in Nursing, University of Phoenix].
<https://www.proquest.com/docview/1692083632/previewPDF/4F4E4A1DC9594219PQ/1?accountid=28166>
- Córdoles Martínez, D., Ramos perdigues, S., González Fresnedo, A. M., Bellsolá González, M., Malagón Amor, A. y Martín López, L. M. (2023). Utilización de la desescalada verbal para reducir la contención mecánica durante los traslados no voluntarios en ambulancia. *Emergencias*, 35 (2), 97-102.
- Cowin, L., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M. y Hoot, S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 64-73.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00270.x>
- Czeglédi, E. y Tandari-Kovács, M. (2019). Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses. *Orvosi Hetilap*, 160(1), 12-19.
<https://doi.org/10.1556/650.2019.30856>
- De Hert, M., Dirix, N., Demunter, H. y Correll, C. U. (2011). Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(5), 221-230.
<https://doi.org/10.1007/s00787-011-0160-x>
- Fisher, W. A. (1994). Restricción y reclusión: una revisión de la literatura. *The American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1584-1591.
<https://doi.org/10.1176/ajp.151.11.1584>
- García Franco, O., Maggi Cárdenas, C. y Torales Benítez, J. (2013). Manejo básico del paciente agitado-violento en la sala de urgencias. *Revista Paraguaya de Psiquiatría*, 1(2), 35-40.
- Garrido Viñado, E., Lizano-Díez, I., Roset Arissó, p. n., Villagrán Moreno, J. M. y Mur de Viu Bernad, C. (2015). El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. *Psiquiatría Biológica*, 22(1), 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2015.04.002>

- Garriga, M., Pacchiarotti, O., Kasper, S., Zeller, S. L., Allen, M. H., Vazquez, G., Baldacara, L., San, L., McAllister-Williams, R. H., Fountoulakis, K. N., Courtet, F., Naber, D., Chan, E. C., Fagiolini, A., Jürgen Möller, H., Grunze, H., Llorca, P. M., Jaffe, R. L., Yatham, L. N., [...] Vieta, E. (2016). Evaluación y manejo de la agitación en psiquiatría: consenso de expertos. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 17(2), 86-128.
<https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
- Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker-Schwimmer, E., Weber R. P., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M. y Lohr K. N. (2017). Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatric Services*, 68(8), 819–831. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314>
- Gerencia de Salud Mental. (2019). *Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023*.
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/F349F797-9858-4326-8974-2EF2B7812FCB/449137/PlanSaludMental201923NAVEGABLE2.pdf>
- Gobierno de Navarra. (2010-2022). Observatorio de la realidad social [Página Web]. Recuperado el 4 de abril de 2023 de,
<https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/datos/valoraciones-de-enfermedad-mental/ind-27/#>
- Haefner, J., Dunn, I. y McFarland, M. (2021). A Quality Improvement Project Using Verbal De-Escalation to Reduce Seclusion and Patient Aggression in an Inpatient Psychiatric Unit. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 138-144.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1789784>
- Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. y Halfens, R. J. G. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13(6), 431–441.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.07.001>
- Hallett, N. y Dickens, G.L. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(4), 324–333. <https://doi.org/10.1111/inm.12136>

- Knox, D. K. y Holloman, G. H. (2012). Use and avoidance of seclusion and restraint: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 35-40.
<https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6867>
- Konttila, J., Pesonen, H. M. y Kyngäs, H. (2018). Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1592-1605.
<https://doi.org/10.1111/inm.12478>
- Labrum, T., Zingman, M. A., Nossel, I. y Dixon, L. (2021). Violence by Persons with Serious Mental Illness Toward Family Caregivers and Other Relatives: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 29(1), 10-19.
<https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000263>
- Lavelle, M., Stewart, D. James, K., Richardson, M., Renwirk, L., Brennan, G. y Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2180-2188.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13239>
- Lepping, P., Masood, B., Flammer, E. y Noorthoorn, E. O. (2016). Comparison of restraint data from four countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 1301-1309. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1203-x>
- López López, M. T., de Montalvo Jääskeläinen, F., Alonso Bedate, C., Bellver Capella, V., Cadena Serrano, F., de los Reyes López, M., Fernández Muñiz, P. I., Jouve de la Barreda, N., López Moratalla, N., Nombela Cano, C., Romeo Casabona, C. M. y Serrano Ruiz-Calderón, J. M. (2016). Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Comité de Bioética de España.
<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>
- Lozzino, L., Ferrari, C., Grande, M., Nielsen, O. y de Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic

- Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(6).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>
- Marco, C. A. y Vaughan, J. (2005). Emergency management of agitation in schizophrenia. *American Journal of Emergency Medicine*, 23(6), 767-776.
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2005.02.050>
- Mavandadi, V., Bieling, P. J. Y Madsen, V. (2016). Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 357-368. <https://doi.org/10.1111/jpm.12310>
- McGill, A. (2006). Evidence-based strategies to decrease psychiatric patient assaults. *Nursing Management*, 31(11), 41-44.
<https://doi.org/10.1097/00006247-200611000-00011>
- Ministerio de Sanidad. (2021). Indicadores clave Sistema Nacional de Salud [Página Web]. Recuperado el 4 de abril de 2023 de,
<https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>
- Ministerios de Sanidad. (2022). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf
- Nieto, R., Iribarne, C., Droguett, M., Brucher, R., Fuentes, C. y Oliva, P. (2017). Urgencias psiquiátricas en el hospital general. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 914-922. <https://10.1016/j.rmcl.2017.09.004>
- Nijman, H. L. (2002). A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 106 (s412), 142-143.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.106.s412.30.x>
- Nordstrom, K., Zun, L., Wilson, M. P., Stiebel, V., Ng, A. T., Bregman, B. y Anderson, E. (2012). Medical Evaluation and Triage of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 3-10. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6863>

- Organización Mundial de la Salud. (21 de septiembre de 2021). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Organización Mundial de la Salud. (2 de marzo de 2022a). Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia.
https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022b). Trastornos mentales.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (16 de junio de 2022c). Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022d). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pajonk, F. G., Schmitt, P., Biedler, A., Richter, J. C., Meyer, W., Luiz, T. y Madler, C. (2008). Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. *General Hospital Psychiatry*, 30(4), 360-366. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.03.005>
- Papathanasiou, I. V., Fradelos, E. C., Kleisaris, C.F., Tsaras, K., Kalota, M. A. y Kourkouta, L. (2014). Motivation, leadership, empowerment and confidence: their relation with nurses' burnout. *Materia Socio-Médica*, 26(6), 405-410.
<https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.405-410>
- Pavlesich, E. (2021). *Reducing the Rate of Physical Interventions by Increasing Staff Confidence When Using Verbal De-escalation Techniques*. [Doctoral Studies, Walden University]. <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=11152&context=dissertations>
- Pérez Toribio, A., Broncano Bolzoni, M., Boix Ibars, M., Garriga Carrizosa, M. y Molina Martínez, L. (2022). Manejo de la agitación en los entornos de salud

mental. *Revista de enfermería y salud mental*, 21, 13-24.

<https://doi.org/10.5538/2385-703X.2022.21.13>

Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, T., Molina-Martínez, I., Bastidas-Salvado, A., Puig-Lobet, M. y Roldán-Merino, J. F. (2022). Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31, 339-347.

<https://doi.org/10.1111/inm.12961>

Price, O. y Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 310-319.

<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x>

Price, O., Baker, J., Bee, P. y Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 447-455.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144576>

Price, O., Baker, J., Bee, P. y Lovell, K. (2018). The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002>

Real Academia Española. (2022). Referencia. En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 4 de abril de 2023, de <https://dle.rae.es/contener>

Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A. y Ng, A. T. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17-25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>

Rodríguez Martín, B. y Gato Diez, A. (2007). Protocolo de evaluación clínica y tratamiento del paciente agitado. *Medicina – Programa de Formación*

Médica Continuada Acreditado, 9(87), 5631-5634.

[https://doi.org/10.1016/S0211-3449\(07\)74709-4](https://doi.org/10.1016/S0211-3449(07)74709-4)

Roppolo, L. P., Morris, D. W., Khan, F., Downs Pharm, R., Metzger, J., Carder, T., Wong, A. H. y Wilson, M. P. (2020). Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 1, 898-907.

<https://doi.org/10.1002/emp2.12138>

Rubio Domínguez, J. (2017). Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(3),

172-177. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.09.006>

Sanz Correcher, P. (2019). Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente agitado. *Medicina – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12 (85),

5017-5020. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.008>

Sashidharan, S. P., Mezzina, R. y Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(6), 605-612-

<https://doi.org/10.1017/S2045796019000350>

Simpson, S. A., Sakai, J. Y Rylander, M. (2020). A Free Online Video Series Teaching Verbal De-escalation for Agitated Patients. *Academic Psychiatry*, 44,

208-211. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01155-2>

Spector, P. E., Zhou, Z. E. y Che, X. X. (2013). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review.

International Journal of Nursing Studies, 51(2014), 72-84.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>

Spelten, E., van Vuuren, J., O’Meara, P., Thomas, B., Grenier, M., Ferron, R., Helmer, J. y Agarwal, G. (2022). Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Workers use? *BMC Emergency Medicine*, 22(1),

78. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00621-9>

Stevenson, S. (1991). Heading Off Violence With Verbal De-escalation. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 29(9), 6-10.

- Teitelbaum, A., Volpo, S., Paran, R., Zislin, J., Drumer, D., Raskin, S., Katz, G., Schlafmann, M., Gaber, A. y Durst, R. (2007). Multisensory environmental intervention (snoezelen) as a preventive alternative to seclusion and restraint in closed psychiatric wards. *Harefuah*, 146(1).
- Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., Catalán, R., Vázquez, M., Soler, V., Ortuño, N. y Martínez-Arán, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*, 17(328), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1490-0>
- Wells, J. y Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of advanced Nursing*, 39(3), 230–240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02269.x>
- Yao, Y., Wang, W., Wang, F. y Yao, W. (2014). General self-efficacy and the effect of hospital workplace violence on doctors' stress and job satisfaction in China. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(3), 389-399. <https://doi.org/10.2478/s13382-014-0255-y>
- Zeller, S. L. (2010). Treatment of Psychiatric Patients in Emergency Settings. *Primary Psychiatry*, 17(6), 41-47.
- Zeller, S. L. y Citrome, L. (2016). Managing agitation associated with schizophrenia and bipolar disorder in the emergency setting. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(2), 165-172. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.12.28763>