



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

**Memoria del Trabajo de Final de Grado**

# ¿Cuáles son las estrategias para el manejo del paciente agresivo?

María Molina Hernández

**Grado en Enfermería**

Año académico 2017-18

DNI del alumno: 43220514H

Trabajo tutelado por Antonia Pades Jiménez  
Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación.

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:

Paciente, agresión, manejo, guías, enfermera, protocolo  
Patient, aggression, management, guidelines, nurse, protocol  
Pacient, agressió, maneig, guies, infermera, protocol

# Índice

<b>Introducción</b> .....	5
<b>Objetivo del trabajo</b> .....	6
<b>Estrategia de búsqueda bibliográfica</b> .....	7
<b>Resultados de la búsqueda bibliográfica</b> .....	9
<b>Discusión</b> .....	11
<b>1. Identificación del problema y evaluación del paciente agresivo</b> .....	13
<b>2. Intervenciones durante un episodio de agresión</b> .....	14
<b>2.1. Tratamiento no farmacológico</b> .....	15
<b>2.1.1. Cambios en el ambiente y gestión de la organización (nidoterapia)</b> ...	15
<b>2.1.2. Reducción verbal</b> .....	17
<b>2.2. Tratamiento farmacológico</b> .....	18
<b>2.3. Aislamiento y/o restricción física</b> .....	21
<b>2.3.1. Aislamiento</b> .....	22
<b>2.3.2. Restricción física</b> .....	22
<b>3. Después del episodio de agresividad</b> .....	23
<b>Conclusiones</b> .....	25
<b>Bibliografía</b> .....	27
<b>Anexos</b> .....	29

## Resumen

La agresión es un estado en el cuál se es capaz de dañar tanto a uno mismo como a los demás, ya sea mediante amenazas, insultos o con agresiones físicas. Hoy en día se puede observar que el nivel de episodios de agresividad ha aumentando considerablemente en el mundo. Los profesionales de enfermería son las principales víctimas de este comportamiento, sobretodo aquellos que trabajan en ámbitos sanitarios de urgencias, centros ambulatorios y unidades de psiquiatría. En el presente estudio se presentará una guía cuyo objetivo es poder contribuir al manejo del paciente agresivo, específicamente para aquellos que sufren una patología psiquiátrica. Se explicará cómo afrontar estas situaciones de manera óptima para evitar que se produzcan daños y garantizar la seguridad tanto del paciente como la de los demás. Se aconseja primeramente identificar el problema que conllevó a ese estado y la evaluación continua de la situación. Deberán tenerse en cuenta intervenciones ambientales, la comunicación con el paciente, medidas farmacológicas y no farmacológicas, el aislamiento y/o la restricción física. La acción que se vaya a realizar debe ser en todo momento necesaria, proporcionada, justificable y razonable. También es importante tener en cuenta los derechos humanos y las legislaciones actuales del lugar en el que se desarrolle.

L'agressió és un estat en el qual s'és capaç de danyar tant a un mateix com als altres, ja sigui mitjançant amenaces o insults o amb agressions físiques. Avui dia es pot observar que el nivell d'episodis d'agressivitat ha augmentant considerablement al món. Els professionals d'infermeria són les principals víctimes d'aquest comportament, sobretot aquells que treballen en àmbits sanitaris d'urgències, centres ambulatoris i unitats de psiquiatria. En el present estudi es presentarà una guia que té per objectiu poder contribuir al maneig del pacient agressiu, específicament per a aquells que pateixen una patologia psiquiàtrica. S'explicarà com afrontar aquestes situacions de manera òptima per evitar que es produeixin danys i garantir la seguretat tant del pacient com la dels altres. S'aconsella primerament identificar el problema que va comportar a aquest estat i l'avaluació contínua de la situació. S'han de tenir en compte intervencions ambientals, la comunicació amb el pacient, mesures farmacològiques i no farmacològiques, l'aïllament i/o la restricció física. L'acció que es vagi a realitzar ha de ser en tot moment necessària,

proporcionada, justificable i raonable. També és important tenir en compte els drets humans i les legislacions actuals del lloc en el qual es desenvolupi.

Aggression is a state in which one is capable of harming both oneself and others, either through threats or insults or physical aggression. Nowadays it can be observed that the level of episodes of aggressiveness has increased considerably in the world. Nursing professionals are the main victims of this behavior, especially those who work in emergency healthcare areas, outpatient centers and psychiatric units. In the present study a guide will be presented whose objective will be to contribute to the management of the aggressive patient, specifically for those who suffer a psychiatric pathology. It will explain how to deal with these situations optimally to avoid damage and ensure the safety of both the patient and others. It is advisable to identify the problem that led to this state and the continuous evaluation of the situation. Environmental interventions, communication with the patient, pharmacological and non-pharmacological measures, isolation and / or physical restraint should be taken into account. The action to be taken must be at all times necessary, proportionate, justifiable and reasonable. It is also important to take into account human rights and current legislation of the place where it is developed.

## **Palabras clave**

Paciente, agresión, manejo, guías, enfermera, protocolo

Patient, aggression, management, guidelines, nurse, protocol

Pacient, agressió, maneig, guies, infermera, protocol

## Introducción

Se denomina agresión a un estado de inquietud en el cual se está dispuesto a producir daño tanto a uno mismo como a los demás y se pone en peligro la calidad de vida. Se puede expresar verbalmente (por amenazas, insultos) o mediante un daño real, normalmente físico, pero también puede ser psicológico. A menudo surge de una persona que no es capaz de expresar sus emociones, necesidades y/o inquietudes (1). El comportamiento agresivo no se considera un diagnóstico formal (2).

Estos episodios han aumentado drásticamente en los últimos años, y suelen estar asociados a patologías psiquiátricas como por ejemplo la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la demencia y el alzheimer (3) (4). El estudio irá dirigido a pacientes que tengan estas enfermedades. Los lugares en los que más se llevan a cabo las agresiones son las unidades de psiquiatría, los servicios de emergencias y las clínicas ambulatorias.

Respecto a la epidemiología, es muy diversa según la zona sociodemográfica y la cultura del lugar, así como el uso de distintos métodos de evaluación de la agresividad y las normas legales de cada población (5).

En uno de los artículos se menciona que en España un 25% de los pacientes con esquizofrenia y un 15% con trastorno bipolar podrían sufrir un episodio de agresividad cada año, con una media de 2 episodios por año por paciente (6).

Otro artículo refiere que más de 81 millones de personas en los próximos 25 años sufrirán algún tipo de demencia (con tasas que en los EEUU están sobre los 5,2 millones). Se espera que cada 20 años estos datos numéricos se dupliquen. A día de hoy hasta el 90% de los pacientes con demencia presentan comportamientos neuropsiquiátricos, en particular la agresividad (1).

Otra referencia estima que entre el 10 y el 15% de los adultos con discapacidades intelectuales en contacto con los servicios exhiben un comportamiento agresivo, con proporciones crecientes en aquellos con discapacidades más graves (2).

Este hecho afecta al bienestar del equipo y, por lo tanto, se puede ver alterado el rendimiento laboral de los profesionales e interrumpir la rutina de trabajo de la unidad hospitalaria. Existe la posibilidad de que tenga serias consecuencias como absentismo,

desmotivación, menor calidad de la asistencia, estrés, ansiedad, baja autoestima, angustia del personal y/o alteraciones de las relaciones personales con la familia (4) (7). El CIE (Colegio Internacional de Enfermería) informa de que los profesionales de enfermería son los que más riesgo tienen de sufrir comportamientos agresivos en el ámbito laboral. Hay que tener en cuenta que los empleados tienen derecho a un lugar de trabajo seguro y sin acoso. Estas situaciones deberían evitarse ya que ante todo hay que mantener la dignidad humana (7).

Los profesionales de sexo femenino suelen recibir más agresiones que los del sexo masculino. Esto podría ser porque normalmente el mundo de mujeres trabajadoras en el sector sanitario es mayor al de los hombres con bastante diferencia, y/o porque históricamente ha existido una desigualdad de sexos (7). Se ha demostrado que los profesionales eligen diferentes técnicas según su edad, sexo, empatía y experiencia. Los más mayores suelen usar medidas menos restrictivas que los más jóvenes. En todo momento hay que tener en cuenta que la actitud del personal influirá en el comportamiento y la percepción del paciente sobre la situación (8).

Por todos estos motivos, es relevante buscar una respuesta a la pregunta planteada debido al alto crecimiento de los episodios agresivos. Resulta importante que los profesionales de la salud tengan la información y el conocimiento necesario para poder gestionar de la mejor manera posible estos casos. Por tanto, el objetivo del estudio es crear una guía de estrategias de manejo para el paciente agresivo y así intentar contribuir a su control. Se intentarán minimizar los posibles riesgos que puedan ocurrir y garantizar la seguridad tanto del paciente como de los profesionales que están a su alrededor usando siempre las medidas menos restrictivas posibles.

## **Objetivo del trabajo**

Presentar una guía que de manera general pueda contribuir al manejo de la conducta agresiva en el entorno hospitalario.

## Estrategia de búsqueda bibliográfica

Una vez se tuvo formulada la pregunta de investigación y definido el objetivo, se procedió a realizar la búsqueda bibliográfica basada en la evidencia científica.

Primero de todo se analizó el tema del que se quería hablar y se buscaron las palabras clave o términos más significativos y sus sinónimos, que para este trabajo fueron: *paciente, agresivo, manejo, guías, protocolo y enfermería*. A continuación, se tradujeron al lenguaje documental a través de DECs (Descriptores en Ciencias de la Salud), obteniendo sus descriptores correspondientes. Un descriptor es aquel término que se usa en el lenguaje científico para homogeneizar a la hora de buscar información en las bases de datos. En este caso los que se han utilizado son: *paciente, agresión, manejo, guías, protocolo y enfermera*. En cuanto a los descriptores en inglés han sido: “*patient*”, “*aggression*”, “*management*”, “*guidelines*” y “*nurse*”. En catalán no se han utilizado.

Para esta revisión, los descriptores primarios o raíz que se han usado han sido: *paciente* y *agresión* en castellano y “*patient*” y “*aggression*” en inglés. Para completar y especificar el tema de búsqueda, los descriptores secundarios fueron *manejo* y *guías* en castellano, y “*management*” y “*guidelines*” en inglés. De manera puntual se usó “*protocol*” como descriptor secundario con el que se pudo obtener un artículo válido para la búsqueda. Como descriptor marginal se usó *enfermera* y en inglés “*nurse*”, que a penas fue utilizado debido a la cantidad de artículos que salían introduciendo únicamente los descriptores primarios y los secundarios. Aunque se debe comentar que la palabra *enfermera* aparece en muchos de los artículos seleccionados en los que se basa esta revisión.

Respecto al mecanismo de operación de los booleanos en las bases de datos, se llegó como máximo hasta el tercer nivel de combinación. En el primer nivel de combinación se utilizó “*paciente Y agresión*” y “*patient AND aggression*”, en el segundo nivel de combinación se puso “*paciente Y agresión Y manejo*” y “*patient AND aggression AND management*” y en el tercer nivel la combinación fue “*paciente Y agresión Y manejo Y guías*” y “*patient AND aggression AND management AND guidelines*”. Ocasionalmente en la base de datos específica PubMed se obtuvo un artículo que resultó interesante en el tercer nivel con los siguientes descriptores: “*Patient AND aggression AND*

*management AND protocol*” y otro con “*Patient AND aggression AND management AND nurse*”.

En función de los descriptores y booleanos introducidos se tuvieron que aplicar limitaciones de búsqueda debido a que los resultados eran abundantes y se tuvieron que reducir los resultados obtenidos.

Los criterios de inclusión fueron que los artículos tenían que tener máximo 10 años de antigüedad, es decir, que estuvieran entre el 2008 y el 2018 debido a que de esta manera se aseguraría que están actualizados y no se basan en bibliografía antigua. Otro criterio de inclusión fue que la población a estudiar debía ser humana y que presentara episodios de agresividad debidos a patologías psiquiátricas en los que fuera necesario utilizar estrategias de control para calmar la situación y evitar peligros, tanto para los pacientes como para los profesionales.

Respecto a los criterios de exclusión, se rechazaron los artículos que estuvieran basados en niños, sólo se seleccionaron aquellos en los que se hiciera referencia a casos de personas de edad adulta. Se excluyeron todos aquellos a los que no se pudo acceder a la información completa y los que al proceder a su lectura resultó que no eran interesantes y/o no tenían relevancia para este estudio. Y, por último, se excluyeron los resultados que estaban duplicados debido a su obtención a partir de otra base de datos distinta.

Las bases de datos que fueron consultadas fueron las siguientes. Como metabuscador se escogió EBSCOhost para abarcar diversas bases de datos que nos pudieran resultar útiles para encontrar una respuesta a la pregunta planteada (CINAHL with full text, SPORTDiscus with full text, Academic Search Ultimate, PsycINFO). Como base de datos específica se utilizó PubMed, Cochrane y SciELO.

Los artículos seleccionados estuvieron mayoritariamente en lengua anglosajona. Había 18 en inglés, 1 en portugués, 1 en turco y 1 en griego. Fueron traducidos al español para su mejor comprensión. Destaca la falta de bibliografía española sobre este tema, ya que no se han encontrado artículos útiles para el desarrollo del estudio.



## Resultados de la búsqueda bibliográfica

Durante la búsqueda bibliográfica en las bases de datos se encontraron resultados útiles en el primer, segundo y tercer nivel.

En la base de datos **PubMed** fue donde más artículos se encontraron. Se redujeron los resultados obtenidos estableciendo las siguientes limitaciones:

- Free full text
- 10 years

Utilizando “*patient AND aggression*” se obtuvieron 1009 resultados, por lo que se pasó al siguiente nivel de combinación.

En el segundo nivel se introdució “*patient AND aggression AND management*” y salieron 247 resultados.

Se siguió con el tercer nivel poniendo “*patient AND aggression AND management AND guidelines*” con lo que salieron como resultado 17 artículos, de los cuáles se dieron por válidos 7 de ellos.

Otra combinación que se utilizó en el tercer nivel fue “*patient AND aggression AND management AND protocol*”. Se obtuvieron 8 y 1 de ellos fue de utilidad.

Y por último en PubMed se encontraron 33 artículos de los cuales 1 fue de interés, introduciendo “*patient AND aggression AND management AND nurse*”.

En **Cochrane Plus** la búsqueda se quedó en el segundo nivel de combinación de descriptores y booleanos. Se excluyeron todos aquellos artículos que no estuvieran entre los años 2008 y 2018.

Introduciendo “*patient AND aggression*” se obtuvieron 153 resultados, por lo que se pasó al segundo nivel de combinación. Con “*patient AND aggression AND management*” salieron 69 resultados de los cuales 1 resultó de utilidad.

En la base de datos **PsycINFO** también se usó como limitación que los resultados se encontraran entre el año 2008 y el 2018.

Utilizando el primer nivel de combinación “patient AND aggression” salieron 3141 resultados, por lo que se tuvo que pasar al segundo nivel. Con “*patient AND aggression AND management*” se obtuvieron 555 documentos y finalmente en el tercer nivel “patient AND aggression AND management AND guidelines” salieron 46 de los cuales fueron 4 seleccionados.

En el metabuscador **EBSCOhost** se seleccionaron todas las bases de datos de búsqueda bibliográfica disponibles menos PsycINFO, que ya se había consultado de manera individual. El criterio de inclusión seleccionado fue que los resultados debían ser documentos entre 2008 y 2018.

En el primer nivel con “patient AND aggression” se localizaron 7366 resultados por lo que se pasó al segundo nivel de búsqueda. De “patient AND aggression AND management” salieron 1316, así que se siguió con el tercer nivel introduciendo “patient AND aggression AND management AND guidelines” obteniendo así 92 documentos, de los cuales sirvieron 6.

Y, por último, se consultó en la base de datos **SciELO** que en el primer nivel “patient AND aggression” salieron 55 resultados. En el segundo nivel de combinación “patient AND aggression AND management” se obtienen 7 resultados de los cuales fue de interés 1.

## **Discusión**

Un episodio agresivo es aquel en el cual se pone en peligro la seguridad tanto de uno mismo como la de los demás. Puede expresarse de manera verbal (insultos, amenazas), física o psicológica. Es conveniente detectarlo y evaluarlo de forma precoz para proceder a su manejo y así reducir la ansiedad y el riesgo de que se produzca una escalada de los síntomas, ya que la agresividad puede ir subiendo de nivel. Una evaluación ineficaz o retrasada podría provocar utilizar de forma innecesaria medidas coercitivas como por ejemplo la administración de medicación, la restricción física y/o el aislamiento. Estas acciones supondrían una mayor estancia hospitalaria y como consecuencia un aumento de los gastos económicos y consecuencias físicas y psicológicas para el paciente y el personal que está trabajando.

Es esencial que el personal de la salud que se enfrenta frecuentemente a estos actos reciba formación profesional con el fin de poder manejar la situación con mayor agilidad y eficacia. Deberán estar entrenados en la evaluación y la gestión de este tipo de pacientes para ser más competentes y trabajar en equipo.

Se ha observado que la información disponible acerca de este tema es bastante escasa. Faltan protocolos que ayuden a los profesionales de la salud a seguir una guía que indique cuál sería la acción más correcta en cada situación, pero así mismo se han podido encontrar artículos que pueden servir de ayuda para su ejecución.

La intervención que se realice debe ser proporcionada al riesgo que suponga el estado del paciente en ese instante, es decir, debe ser necesaria, justificable y razonable. Es un proceso multifacético. En todo momento se deben tener en cuenta los derechos humanos y las legislaciones actuales de la población donde se desarrolle, además de mantener la dignidad del paciente y colaborar con él en el proceso.

A continuación, dividiremos en tres secciones las principales acciones que deberían realizarse si nos encontrásemos en alguna situación así, por orden de actuación:

1º Se describirá la identificación del problema y se realizará la evaluación del paciente agresivo.

2º Se incluirán recomendaciones para elegir qué intervención es la más adecuada (siempre de la menos a la más restrictiva):

- a. Cambios ambientales.
- b. Desescalada verbal.
- c. Tratamiento con fármacos.
- d. Aislamiento físico.
- e. Restricción.

3º Se explicarán las evaluaciones que tienen que aplicarse después de cada episodio para prevenir que se de lugar a otros eventos en futuras ocasiones.

Se profundizará en cada uno de estos tres temas a lo largo del trabajo.

En algunos casos es probable que el paciente haya registrado una instrucción anticipada en la que desea qué medida acepta que se le aplique o cuál no. En caso de que exista esta documentación, deberá ser consultada y respetada para cumplir sus deseos.

No existe un protocolo universal para todo el mundo debido a la heterogeneidad de la población y la cultura, por lo tanto, las estrategias estandarizadas pueden no ser útiles en todos los contextos (9).

## **1. Identificación del problema y evaluación del paciente agresivo**

Cuando nos encontramos ante un paciente agresivo, el principal objetivo es garantizar su seguridad y la de los demás que se encuentran a su alrededor. La agresión y la violencia sólo se pueden comprender si se tiene en cuenta el entorno social en el que se establece, por lo tanto, hay que evaluar si existe la presencia de factores de riesgo que contribuyan a incentivar ese estado, como:

- La patología psiquiátrica.
- La medicación.
- La ingesta de sustancias tóxicas, alcohol y/o drogas.
- Antecedentes personales.
- Dolor.
- Miedo.
- Problemas con el ambiente (temperatura, luz, comodidad, privacidad).
- Eventos estresantes o traumáticos.

Hay que controlar los signos vitales constantemente (tensión arterial, ritmo y frecuencia cardíaca, temperatura, saturación de O<sub>2</sub>, frecuencia respiratoria, nivel de conciencia).

Los objetivos son los siguientes:

- Asegurarse de que no se debe a causas médicas.
- Conseguir una rápida estabilización de la situación.
- Evitar al máximo la necesidad de usar medidas coercitivas.
- Intentar usar la forma de gestión menos restrictiva.
- Lograr una alianza terapéutica con el paciente.
- Crear un plan de acción ajustado.

Existen diferentes escalas para prevenir el riesgo de que se produzca un estado de agresión midiendo los síntomas y la gravedad de la situación. Algunos ejemplos son la Escala de Síndrome Positivo y Negativo – Compuestos Excitados, la Escala de Evaluación de la Actividad Conductual y la Escala de Impresión Clínica Global para la Agresión.

Estas escalas se utilizan para evaluar de manera objetiva un comportamiento subjetivo y así poder estandarizar las pautas a seguir en el proceso de desescalada. Servirá de ayuda para describir el comportamiento del paciente y compartir la información de una manera más rápida y precisa entre el personal para igualar la actuación de atención. Debido a su importancia, los profesionales que vayan a utilizar estas escalas deberán recibir una educación antes de su uso para poder interpretar correctamente cada uno de los ítems que las compone y así ser más efectivas. En todo momento hay que controlar los efectos secundarios que pueden darse lugar en consecuencia de las intervenciones aplicadas, sea cuál sea la elegida (10).

## **2. Intervenciones durante un episodio de agresión**

Las intervenciones siempre deben ser lo menos restrictivas posible, es decir, hay que seguir el siguiente algoritmo:

1º Modificaciones ambientales.

2º Desescalada verbal.

3º Utilización de fármacos.

4º Aislamiento.

5º Restricción física.

Se debe empezar siempre por la modificación ambiental, y únicamente pasaríamos al siguiente nivel en caso de que fuera necesario debido a que las técnicas anteriores no han sido suficientes. A medida que avanzamos en el algoritmo, las intervenciones serán

cada vez más restrictivas, por ese motivo se ha de tener en cuenta que la estrategia que se vaya a seguir sea proporcionada al riesgo que supone el estado de agresividad. La acción tiene que ser justificada, necesaria y razonable. Hay que mantener la dignidad del paciente y tener presente en todo momento los derechos humanos y condiciones éticas, clínicas y legales. Además, siempre que sea posible se deberá colaborar con él.

Según dice uno de los artículos mencionados, una enfermera tiene la capacidad y la formación para poder evaluar si una persona precisa un nivel más alto de restricción o, si al contrario, se puede disminuir (11).

## **2.1. Tratamiento no farmacológico**

### **2.1.1. Cambios en el ambiente y gestión de la organización (nidoterapia)**

Esta opción puede ser de gran utilidad para prevenir un episodio agresivo y así minimizar la probabilidad de una escalada de síntomas. Deben seguirse los protocolos establecidos en esa unidad cuando se comunica que va a ingresar un paciente con conductas agresivas.

El objetivo de los cambios ambientales es asegurar la comodidad física y reducir al máximo los estímulos externos que pueda percibir el paciente:

- Luz.
- Ruido.
- Temperatura.
- Comodidad.
- Relación comunicativa.
- La estimulación excesiva o inadecuada.
- La falta de necesidades cubiertas.
- Reconocer las preferencias.

- Preocupaciones externas (financieras, familiares, laborales...).
- Evitar los objetos que podrían considerarse peligrosos (fijarse en los muebles o dispositivos que podrían ser usados como armas).
- Mantener el espacio personal entre las personas para garantizar una distancia de seguridad.
- El espacio físico debe estar organizado de tal manera que incremente la seguridad tanto del paciente como de los trabajadores, con el fin de ayudar a controlar sus impulsos y evitar la intensificación del comportamiento agresivo.
- Mantener la misma distancia a la puerta entre el paciente y el acceso del personal para que así no se pueda sentir acorralado si siente que no tiene salida.
- Atenderles rápidamente para evitar largos periodos de espera siempre que sea posible para evitar su exposición junto a otras personas para las que pueda suponer un riesgo el hecho de su estancia en la sala.
- Minimizar la presencia del número de personas durante la intervención.
- La gente que pueda excitarle se tendrá que alejar en el momento del episodio agresivo para no fomentar esta conducta conflictiva (ya sea un familiar, amigo o miembro del personal).

Todos estos son factores que deben tenerse en cuenta y que hay que saber identificar. A continuación hay que tratarlos debido a que pueden aumentar el riesgo de escalada de la conducta agresiva (12).

Otras técnicas a tener en cuenta son:

- Terapia musical.
- Estimulación multisensorial controlada.
- Terapia asistida con animales.
- Ejercicio.

Suelen ser útiles durante su desarrollo, pero no se han demostrado beneficios a largo plazo (1) (13). Solamente algunos de los tratamientos no farmacológicos han resultado ser duraderos y efectivos, como la gestión del comportamiento y programas que educan a los cuidadores.



### **2.1.2. Reducción verbal**

La desescalada verbal consiste en:

- Ayudar al paciente a que recupere su propio autocontrol.
- Establecer claramente cuáles son los límites de comportamiento.
- Garantizar la seguridad tanto del paciente como de los profesionales y del resto de personas que se encuentran a su alrededor.
- Intentar conseguir una alianza terapéutica con el fin de ser capaces de poder realizar correctamente un diagnóstico.
- Asegurarse de que el paciente participa en el proceso de toma de decisiones.
- Disminuir la hostilidad.
- Prevenir episodios de agresión.

Es muy importante que haya una escucha activa mutua en esta interacción paciente-profesional y que se establezca la suficiente confianza para mantener una conversación tranquila en la cual se puedan expresar necesidades y deseos. Si este método es efectivo, se conseguirá reducir el uso de medidas coercitivas.

Se le debe dar mucha importancia a:

- La comunicación (evitar actitudes de confrontación).
- El lenguaje corporal.
- La expresión verbal.
- El tono de voz.
- La postura (no doblar los brazos).
- Realizar movimientos suaves.
- Dejar una cierta distancia física hacia el paciente.
- Mantener el contacto visual.
- Evitar el acto de tomar notas y las frases que puedan parecer autoritarias.
- Nunca dar la espalda.
- Demostrar respeto.

El paciente quiere sentir que se le escucha, que se le entiende y que se le respeta.

Se aconseja que lo primero de todo sea presentarse y decir cuál es su papel profesional y qué acciones se van a llevar a cabo. No se debe negociar con el paciente, pero hay que ser un poco flexibles a la hora de realizar la entrevista y prestar atención a lo que el paciente quiere comunicar y/o solicitar. Hay que animarle a que exprese sus sentimientos, establecer cuáles son los límites respecto a la agresión física y explicar las reglas de la unidad sin que parezca una amenaza y/o humillación, pero dejando los conceptos claros de manera objetiva.

La manera de actuar del personal juega un papel fundamental para realizar esta técnica, se recomienda que sólo participe una persona para que el vínculo con el paciente sea más próximo.

Hasta que no se han agotado todas las medidas no farmacológicas para reducir el estado de agresividad del paciente y no han resultado exitosas, no se pasará al siguiente nivel de desescalada, debido a que siempre se ha de utilizar la medida menos restrictiva posible.

## **2.2. Tratamiento farmacológico**

Lo que se pretende lograr con la administración de fármacos en el paciente es la rápida relajación sin llegar a la sedación excesiva, de esta manera permitiría realizar una evaluación completa y así poder aplicar el tratamiento adecuado. El objetivo de esta técnica es calmar a la persona y disminuir el riesgo de agresión, no es para tratar la afección subyacente que pueda haber.

Aunque se utilice el tratamiento farmacológico, se deben seguir manteniendo los cambios ambientales y la desescalada verbal, y la evaluación debe ser continua para determinar si se debe aumentar, disminuir o continuar igual con el tratamiento.

Antes de iniciar esta terapia, se debe informar al paciente de la acción que se va a llevar a cabo y sus beneficios y posibles riesgos (12).

La elección del medicamento dependerá de la causa que ha provocado esta situación y el grado de la agresividad en ese instante.

Respecto a las vías de administración, siempre se empezará por la menos invasiva y no traumática si el paciente colabora, en el caso contrario, se tendrá que administrar de forma más invasiva.

<u>1ª VÍA ORAL O SUBLINGUAL</u>	<u>2ª VÍA INTRAMUSCULAR</u>	<u>3ª VÍA PARENTERAL</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olanzapina.</li> <li>- Risperidona.</li> <li>- Asenapina.</li> <li>- Quetiapina.</li> <li>- Ziprasidona.</li> <li>- Haloperidol.</li> <li>- Diazepam.</li> <li>- Lorazepam.</li> <li>- Brezpiprazole.</li> <li>- Clozapina.</li> <li>- Loxapina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haloperidol.</li> <li>- Olanzapina.</li> <li>- Ziprasidona.</li> <li>- Aripiprazol.</li> <li>- Diazepam.</li> <li>- Lorazepam.</li> <li>- Midazolam.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diazepam.</li> <li>- Lorazepam.</li> <li>- Midazolam.</li> </ul>

ANTIPICÓTICOS TÍPICOS O CONVENCIONALES	BENZODIAZEPINAS	ANTIPICÓTICOS ATÍPICOS O DE SEGUNDA GENERACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haloperidol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diazepam.</li> <li>- Lorazepam.</li> <li>- Midazolam.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olanzapina.</li> <li>- Risperidona.</li> <li>- Asenapina.</li> <li>- Quetiapina.</li> <li>- Ziprasidona.</li> <li>- Brezpiprazole.</li> <li>- Clozapina.</li> <li>- Loxapina.</li> <li>- Aripiprazol.</li> </ul>

En ocasiones se usan estabilizadores del estado de ánimo (litio), antidepresivos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (2).

Dos fármacos del mismo grupo no deben ser utilizados para el propósito de la tranquilización rápida (se ha de evitar la polifarmacia). En cambio, la combinación de fármacos de distintas clases sí que podrían ayudar a controlar episodios iniciales de agresividad. Se tienen que unificar los tratamientos y evitar la variedad significativa de medicamentos (10).

Hay que tener en cuenta los posibles efectos secundarios que pueden ocasionar estos fármacos y evaluar si merece la pena correr el riesgo de que estos aparezcan a cambio de reducir el episodio de agresividad del paciente. Siempre se elegirán las dosis más bajas posibles con el fin de evitar complicaciones y se valorará continuamente la necesidad de seguir con la administración de medicamentos.

En todo momento el paciente debe estar monitorizado para controlar sus signos vitales y registrarlos. La tensión arterial, el ritmo y la frecuencia cardíaca, la temperatura, la saturación de O<sub>2</sub>, la frecuencia respiratoria y el nivel de conciencia deben controlarse cada 5 o 10 minutos durante la primera hora. Después cada media hora hasta que se pasen un poco los efectos de la medicación o hasta que hayan pasado al menos 3 horas (10). En circunstancias en las que el paciente se niega o no puede ser monitorizado porque aumentaría su estado de agresividad, se le deberá observar continuamente mediante juicio clínico. Se tendrá que dejar registrado el motivo por el cual el paciente no ha podido ser monitorizado y cómo se ha realizado su control.

Al retirar la medicación, hay que controlar al paciente y observar su respuesta para poder reducir posibles riesgos.

En caso de que se hayan agotado ya todas las medidas posibles respecto a la administración de fármacos, será entonces cuando se deberá proceder a la aplicación del aislamiento y/o restricción física.

### **2.3. Aislamiento y/o restricción física**

Estas serían las últimas medidas a la que se recurriría en caso de que el paciente se encontrase en un estado grave de agresividad y no fuera colaborador. Se deberían aplicar únicamente cuando sea necesario y ya se hayan agotado todas las técnicas anteriores.

Hay que asegurar que las intervenciones aplicadas son las menos restrictivas posibles, que son proporcionales al riesgo de agresividad y que no se usan más de lo necesario. Es importante tener en cuenta las preferencias del paciente y su estado físico además de continuar desescalando a lo largo de todo el proceso restrictivo (1).

La situación clínica del paciente deberá ser evaluada antes de la utilización de alguna de estas medidas con el fin de ser capaces de notificar posibles cambios durante su uso, además de mantener su monitorización continua. Para ello se observará directamente al paciente cada 15 minutos durante las dos primeras horas y después cada hora hasta que se consigan retirar las medidas restrictivas (6).

Se debe informar al paciente desde el inicio del proceso del motivo por el cual se están llevando a cabo estas intervenciones tan restrictivas y así darle otra oportunidad para cumplir con el tratamiento. Hay que explicarle que se ha optado por tomar estas estrategias por su propia seguridad, no es una acción punible. Son procesos que limitan mucho la libertad del paciente, por lo que tendrá que quedar constancia de si el paciente ha aceptado esta condición o si se realiza en contra de su voluntad.

Cuando se ha decidido tomar alguna de estas dos medidas debido a su necesidad, los profesionales deben retirar todos los objetos que lleve el paciente encima y también aquellos que puedan servir para ocasionar daño a uno mismo y a los demás.

Un solo profesional se comunicará con el paciente y él mismo se encargará de la coordinación del resto de personal.

Estas medidas pueden provocar un retraso en el proceso de mejora aumentando la estancia hospitalaria y en ocasiones causando un empeoramiento clínico importante, ya sea físico o psicológico. Para el paciente es una experiencia traumática que puede tener serias repercusiones.

### **2.3.1. Aislamiento**

El aislamiento consiste en el uso de una habitación que esté específicamente preparada y adaptada para la reclusión. Las puertas y las paredes protectoras deben estar equipadas para reducir los estímulos y garantizar su seguridad. El paciente puede moverse libremente dentro de ella, pero no puede salir.

### **2.3.2. Restricción física**

La restricción física se utiliza para limitar los movimientos físicos del paciente mediante el uso de dispositivos mecánicos que se encuentran en una cama. Ésta tiene que tener materiales restrictivos que estén aprobados y debe situarse en el nivel más bajo posible. Los dispositivos para realizar la restricción deben consistir en la sujeción del abdomen y las extremidades tanto superiores como inferiores. Se suelen usar bandas de cuero en tres o cinco puntos para sujetar.

Si el paciente es colaborador, dos profesionales le acompañarán hasta la cama sujetándolo de la axila y de la muñeca. Por el contrario, si el paciente decide no participar, se necesitarán 5 personas que lo cogerán por los hombros, antebrazos, piernas, rodillas y tobillos durante el traspaso a la cama de restricción.

- Se han de realizar cambios posturales y de los dispositivos de restricción cada hora para reducir el riesgo de presión y promover la circulación.
- La cabecera de la cama debe situarse siempre en un ángulo de 30 grados.
- No se deben olvidar las necesidades básicas: la alimentación, la hidratación, la eliminación.
- Mantener el cuerpo alineado.
- Conservar la privacidad.
- Comunicarse con frecuencia con el paciente.

Las restricciones se tendrán que eliminar de forma gradual y lo más pronto posible teniendo en cuenta la situación clínica actual del paciente.

Llama la atención que en numerosos artículos se hace hincapié en que se usa la restricción física más de lo necesario y que esto no debería suceder ya que hay casos en

los que la reclusión ha llegado a causar la muerte del paciente (4)(14). Esta técnica, igual que todas las nombradas anteriormente, debe utilizarse de manera controlada y únicamente cuando sea explícitamente necesario (4). Se deben tener en cuenta los derechos humanos y la dignidad del paciente evitando la humillación, respetando siempre la ética y la seguridad. Jamás se ha de utilizar en forma de castigo o para causar dolor, sufrimiento o establecer dominio (12).

No hay estudios disponibles sobre la frecuencia, duración y tipo de contención que se debería aplicar en cada caso, debido a las diferencias culturales y legislativas de cada lugar. En algunos países europeos esta estrategia incluso está prohibida.

### **3. Después del episodio de agresividad**

Una vez solucionado el episodio agresivo, se comentará con el equipo, el paciente y su familia lo ocurrido anteriormente. Se recomienda:

- Dejar por escrito cómo se afrontó esta situación especificando los procedimientos que se aplicaron para que así los profesionales puedan entender mejor lo que sucedió.
- Comentar las posibles variables que se podrían haber dado.
- Evaluar las medidas tomadas con el fin de intentar mejorar la actuación en un futuro.

Será de gran ayuda escuchar al paciente y que nos cuente cuál fue su experiencia y sentimientos cuando se encontraba en esa situación, de esta forma, haremos que reflexione sobre el proceso y su estado emocional. Es una buena táctica para que aprenda a prevenir nuevos episodios y en el caso de que volviera a suceder, establecer un plan de actuación en el que el paciente esté de acuerdo y pueda participar de manera voluntaria. Es importante mantener una buena comunicación y un ambiente de confianza para poder controlar mejor la situación.

En dos de los estudios seleccionados se nombra la existencia de una escala que se encarga de evaluar la actitud del personal hacia un paciente agresivo. Se llama: Gestión de la Escala de Agresión y Violencia Actitud (MAVAS) y se realiza mediante una encuesta a los profesionales. Se dividió en 4 bloques: factores internos y biomédicos del paciente, factores externos y del personal, perspectivas/interacción situacional y perspectivas del personal hacia el tratamiento de la agresividad (15)(16).

La opinión de los pacientes es diferente respecto a la de los profesionales, ya ellos acusan a los factores causales externos que provoca el personal como culpables de su estado de agresividad, por ejemplo, las salas físicas, el aburrimiento, la falta de actividades, la interacción por parte del personal y el uso de medicación. También refirieron que su patología a menudo era la causante de este estado de agresividad, aunque ellos creen que hacen todo lo posible para controlarlo. Los pacientes cuentan que los profesionales empiezan a actuar demasiado rápido sin esperar a que se puedan calmar por si solos y eso les influye negativamente, ya que, según ellos, estas situaciones se resolverían más rápido sin su intervención. Dicen que el manejo de la agresión por parte de los profesionales no es adecuado. Por el contrario, los trabajadores consideran el ambiente más positivo y terapéutico (17).

En numerosas ocasiones estos pacientes tienen una baja capacidad para comprender su situación y visualizan alteraciones de la realidad, por lo que no entienden el motivo de estar llevando a cabo estas técnicas y no reconocen la necesidad de ayuda.



## Conclusiones

La agresividad es un estado de tensión e inquietud mental que debe detectarse a tiempo mediante una evaluación y así poder realizar un mejor manejo de la situación para reducir al máximo el riesgo de escalada hacia uno mismo o los demás. Los episodios de agresividad han aumentado drásticamente en las últimas décadas, por ese motivo es esencial saber cómo tratar con estos pacientes psiquiátricos para minimizar los posibles contratiempos que se puedan ocasionar. El trabajo en equipo es muy importante para llevar a cabo una mejor resolución del proceso.

Los profesionales de salud más afectados son, con gran diferencia, los de enfermería. Enfrentarse a pacientes agresivos puede tener consecuencias como el absentismo, la desmotivación, una menor calidad asistencial, ansiedad, angustia, estrés y baja autoestima (4)(7).

Los algoritmos descritos anteriormente pueden ser de gran ayuda para identificar estas situaciones y establecer un diagnóstico ajustado al paciente. Así se podrán afrontar con mayor rapidez mediante las estrategias convenientes para evitar peligros, garantizar la seguridad y conseguir la resolución del problema. Se debe tener en cuenta la importancia del orden de estas técnicas, empezando siempre por los cambios ambientales y la desescalada verbal. En caso de que estas medidas no fueran resolutorias, pasaríamos al siguiente nivel que consiste en el tratamiento farmacológico, preferiblemente usando en todo momento la vía menos invasiva (en primer lugar, vía oral o inhalada, si no fuera posible, en segundo lugar optaríamos por la administración intramuscular y finalmente la vía parenteral). Como última opción, en el caso de que todos los procedimientos anteriores no resultaran exitosos, aplicaríamos la reclusión y/o la restricción física.

Jamás se debe dejar de tener en cuenta la monitorización del paciente para observar si se han producido cambios en su estado tanto físico como mental, además de ir reevaluando la situación.

Servirá de gran ayuda establecer un vínculo terapéutico entre el paciente y los profesionales de la salud que han estado en contacto con él para poder detectar sus propios desencadenantes que le han conducido a esta situación y así prevenirlos y

evitarlos en posibles eventos futuros. Es conveniente que el personal analice el episodio de agresividad y las intervenciones que se han aplicado para poder mejorar sus actos en los próximos acontecimientos que puedan dar lugar.

En varios de los artículos seleccionados se resalta la importancia de contar con profesionales especializados en este ámbito para agilizar la actuación y evitar una mayor escalada, hecho que conllevaría a utilizar medidas menos restrictivas hacia el paciente. Se hace mención de la relevancia de que sobretodo el personal que trabaja en ámbitos de urgencias, unidades psiquiátricas y clínicas ambulatorias reciba formación específica para una mejor resolución de estas situaciones.

Es importante que los protocolos de actuación se mantengan revisados y actualizados y se apliquen correctamente para reducir el número de episodios de agresividad en pacientes y disminuir la necesidad del uso de medidas coercitivas que conllevaría a mayores estancias hospitalarias secundarias a un empeoramiento de la situación.

## Bibliografía

1. Desai A, Wharton T, Struble L, Blazek M. Person-centered primary care strategies for assessment and intervention for aggressive behaviors in dementia. *J Gerontol Nurs.* 2018;43(2):1–15.
2. Oliver-africano P, Murphy D, Tyrer P. Aggressive Behaviour in Adults with Intellectual Disability Defining the Role of Drug Treatment. *CNS Drugs.* 2009;23(11):903–14.
3. Yu X, Correll CU, Xiang Y, Xu Y, Huang J, Yang F, et al. Efficacy of atypical antipsychotics in the management of acute agitation and aggression in hospitalized patients with schizophrenia or bipolar disorder : results from a systematic review. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2016;28(5):241–52.
4. Drouillard N, Mithani A, Chan PKY. Therapeutic approaches in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in the elderly. *BC Med J.* 2013;55(2):90–5.
5. Zeller A, Dassen T, Kok G, Needham I, Halfens RJG. Nursing home caregivers ' explanations for and coping strategies with residents ' aggression : a qualitative study. *J Clin Nurs.* 2011;20:2469–78.
6. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry [Internet]. BioMed Central;* 2017 Sep 8;17(328):1–11. Available from: <http://10.0.4.162/s12888-017-1490-0>
7. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-ben CM. Managing agitated or aggressive patients Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(2):96–103.
8. Tekkas K, Hülya B. Professional Containment Methods Used in Psychiatry Wards : Justifications for Their Utilization , Types , International Practices , and Perceptions. *Turkish J psychiatry.* 2010;234–42.
9. Fingeld-connett D. Model of Therapeutic and Non-Therapeutic Responses to Patient Aggression. *Issues Ment Health Nurs.* 2009;30(9):529–37.
10. Simpkins D, Peisah C, Boyatzis I. Behavioral emergency in the elderly : a descriptive study of patients referred to an Aggression Response Team in an acute hospital. *Clin Interv Aging.* 2016;11:1559–65.

11. Dickinson T, Ramsdale S, Speight G. Managing aggression and violence using rapid tranquillisation. *Nurs Stand*. 2009;24(7):40–9.
12. Ouzouni C, Nakakis K. The use of restraint and seclusion in a psychiatric ward. *Nursing, Technol Educ Inst Lamia*. 2013;12(3):303–24.
13. Herrmann N, Gauthier S. Diagnosis and treatment of dementia : 6 . Management of severe Alzheimer disease The case. *Can Med Assoc or its Licens*. 2008;179(12):1279–87.
14. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Libr*. 2012;(2):1–15.
15. Pulsford D, Crumpton A, Baker A, Wilkins T, Wright K, Duxbury J. Aggression in a high secure hospital : staff and patient attitudes. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;1–9.
16. Kuivalainen S, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Putkonen A, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. De-escalation techniques used , and reasons for seclusion and restraint , in a forensic psychiatric hospital. *Int J Ment Health Nurs*. 2017;26:513–24.
17. Tyrer P, Kendall T, Barnett R, Bowers L, Burt L, Duxbury J, et al. Violence and Aggression Short-term management in mental health , health and community settings. *Br Psychol Soc R Coll Psychiatr*. 2015;1–253.
18. Umhau JC, Trandem K, Shah M, George DT. The physician ’ s unique role in preventing violence : a neglected opportunity ? *BMC Med* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2012;10(146):8. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/10/146>
19. Bowers L, Ross J, Nijman H, Muir-cochrane E, Noorthoorn E, Stewart D. The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *J Adv Nurs*. 2011;68(4):826–35.
20. Tölli S, Partanen P, Kontio R, Häggman-Laitila A. A quantitative systematic review of the effects of training interventions on enhancing the competence of nursing staff in managing challenging patient behaviour. *J Adv Nurs*. 2017;73(May):2817–31.
21. Wong AH, Wing L, Weiss B, Gand M. Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department : A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *Educ Adv*. 2015;XVI(6):859–65.

## Anexos

<b>Estrategia de búsqueda bibliográfica</b>					
Pregunta de Investigación	¿Cuáles son las estrategias para el manejo del paciente agresivo?				
Objetivo	Presentar una guía que de manera general pueda contribuir al manejo de la conducta agresiva en el entorno hospitalario.				
Palabras Clave	Paciente, agresión, manejo, guías, enfermera, protocolo Patient, aggression, management, guidelines, nurse, protocol Pacient, agressió, maneig, guies, infermera, protocol				
Descriptores	Los descriptores se presentarán en Castellano e Inglés para su uso en las bases de datos traducidos al lenguaje documental a partir de las palabras clave generadas en DESC				
		Castellano		Inglés	
	Raíz	Paciente Agresión		Patient Aggression	
	Secundario(s)	Manejo Guías Protocolo		Management Guidelines Protocol	
Marginale(s)	Enfermera		Nurse		
Booleanos	Especificar los tres niveles de combinación con booleanos				
	1er Nivel	Patient and aggression			
	2do Nivel	Patient and aggression and management			
	3er Nivel	Patient and aggression and management and guidelines Patient and aggressions and management and protocol Patient and aggression and management and nurse			
Área de Conocimiento	Ciencias de la salud.				
Selección de Bases de Datos	<b>Metabuscadore</b> EBSCOhost <input checked="" type="checkbox"/> BVS <input type="checkbox"/> OVID <input type="checkbox"/> CSIC <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>	<b>Bases de Datos Específicas</b> Pubmed <input checked="" type="checkbox"/> Embase <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> Ibecs <input checked="" type="checkbox"/> Psynfo <input checked="" type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> Cuiden <input type="checkbox"/> CINHALL <input checked="" type="checkbox"/> Web of Knowledge <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/>	<b>Bases de Datos Revisiones</b> Cochrane <input checked="" type="checkbox"/> Excelencia Clínica <input type="checkbox"/> PEDro <input type="checkbox"/> JBI <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input checked="" type="checkbox"/> SciELO <input checked="" type="checkbox"/>		
Años de Publicación	Entre 2008-2018				
Idiomas	Todos los idiomas				
Otros Límites	Adultos humanos con patologías psiquiátricas Información incompleta No relevantes para el estudio				

	Artículos duplicados			
<b>Resultados de la Búsqueda</b>				
<b>Metabusador</b>	EBSCOhost			
Combinaciones	1er Nivel	Patient and aggression	3er Nivel	Patient and aggression and management and guidelines
	2do Nivel	Patient and aggression and management	Otros	
Límites introducidos	Años 2008-2018			
Resultados	1er Nivel	Nº 7366	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 1316	6 seleccionados	
	3er Nivel	Nº 92	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	86
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<b>Base de Datos Específica 1</b>	PubMed			
Combinaciones	1er Nivel	Patient and aggression	3er Nivel	Patient and aggression and management and guidelines
	2do Nivel	Patient and aggression and management	Otros	Patient and aggression and management and protocol Patient and aggression and management and nurse
Límites introducidos	Años 2008-2018 Free full text			
Resultados	1er Nivel	Nº 1009	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 247	9 seleccionados	
	3er Nivel	Nº17	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº 8 Nº 33	Sin interés para mi tema de investigación	49
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<b>Base de Datos Específica 2</b>	PsyINFO			
Combinaciones	1er Nivel	Patient and aggression	3er Nivel	Patient and aggression and management and guidelines
	2do Nivel	Patient and aggression and management	Otros	
Límites introducidos	Años 2008-2018			
Resultados	1er Nivel	Nº 3141	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 555	4 seleccionados	
	3er Nivel	Nº 46	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	42
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<b>Base de Datos Específica 3</b>				
Combinaciones	1er Nivel		3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	
Límites	Años 2008-2018			

introducidos				
Resultados	1er Nivel	Nº	Resultado final	
	2do Nivel	Nº		
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<b>Base de Datos de Revisión 1</b>	Cochrane			
Combinaciones	1er Nivel	Patient and aggression	3er Nivel	
	2do Nivel	Patient and aggression and management	Otros	
Límites introducidos	Años 2008-2018			
Resultados	1er Nivel	Nº 153	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 69	1 seleccionado	
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	68
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<b>Base de Datos de Revisión 2</b>	SciELO			
Combinaciones	1er Nivel	Patient and aggression	3er Nivel	
	2do Nivel	Patient and aggression and management	Otros	
Límites introducidos	Años 2008-2018			
Resultados	1er Nivel	Nº 55	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 7	1 seleccionado	
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	6
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<b>Obtención de la Fuente Primaria</b>				
Directamente de la base de datos				X
Préstamo Interbibliotecario				
Biblioteca digital				X
Biblioteca física				
Otros (especificar)				

## Tipo de artículos

### 1. **Person-centered primary care strategies for assessment and intervention for aggressive behaviors in dementia**

*Manuscrito*

Resumen: Debido al continuo incremento de personas que sufren demencia, los profesionales de la salud deben conocer cómo manejar de manera efectiva los problemas neuropsiquiátricos, por ejemplo, la agresión. Esta actitud requiere un complejo manejo ya que crea una situación peligrosa donde se puede causar daño tanto a los cuidadores como a ellos mismos. Las estrategias a seguir son difíciles de aplicar y dependen de cada ocasión. Aunque existan diversas guías para ayudar a su afrontación, las intervenciones sugeridas cambian constantemente por lo que tomar la decisión correcta es complicado. Este artículo proporciona unos pasos a seguir para contribuir al tratamiento efectivo de la agresión para la gente con demencia. Se sugiere cambiar el punto focal basado en la demencia agresiva hacia otro que se centre más en la persona.

### 2. **Aggressive Behavior in Adults with Intellectual Disability**

*Revisión*

Resumen: A día de hoy 1 de cada 4 personas adultas con discapacidad intelectual presenta una “conducta desafiante agresiva”, es decir, una compleja forma de agresión que comúnmente se trata con la administración de antipsicóticos, estabilizadores del estado del ánimo y antidepresivos. Los tratamientos psicológicos como el manejo del comportamiento, la planificación centrada en la persona y la modificación del medio ambiente también son métodos que se han utilizado, pero siempre en menor medida. En este documento se analizan todas las intervenciones. Hay disponible muy poca



evidencia científica debido a la limitación de datos disponibles. Los fármacos antipsicóticos, especialmente el grupo de los atípicos han sido los más utilizados en los últimos años, pero un estudio reciente no identificó beneficios ni para la risperidona ni para el haloperidol en comparación con el placebo. El personal debe recopilar una historia clínica y un examen del estado mental, además de tener en cuenta el entorno para ayudar a establecer un diagnóstico y elegir la intervención más correcta según la situación. El uso de fármacos debe ser mucho más restringido, únicamente para aquellos pacientes que ponen en riesgo a uno mismo y a los demás a consecuencia de su comportamiento. Este tratamiento tiene que ser temporal y complementario a otras gestiones. Se necesitan más estudios sobre medidas psicológicas ya que actualmente parece que tienen más beneficios que los medicamentos.

### **3. Efficacy of atypical antipsychotics in the management of acute agitation and aggression in hospitalized patients with schizophrenia or bipolar disorder: results from a systematic review**

#### *Revisión sistemática*

Resumen: La agitación y la agresión son conductas frecuentes en pacientes que sufren enfermedades psiquiátricas como trastorno bipolar o esquizofrenia. Este documento explica la prevalencia de estos episodios, los métodos de evaluación, los diferentes tratamientos y las directrices a seguir. Se habla sobre la evidencia de la administración de antipsicóticos intramusculares y antipsicóticos atípicos orales que han sido utilizados para manejar la agresividad y la agitación de pacientes que se encuentran en el hospital con trastorno bipolar o esquizofrenia.

#### **4. Therapeutic approaches in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in the elderly**

*Guía*

Resumen: Más del 90% de los pacientes que sufren demencia presentarán síntomas conductuales y psicológicos como la agitación, agresión y trastornos del estado de ánimo. La Vancouver Coastal Health Authority ha creado una guía para la evaluación, el tratamiento no farmacológico y el tratamiento farmacológico de la agresión y la agitación en pacientes con demencia. Explica que los agentes antipsicóticos atípicos tienen beneficios para tratar los comportamientos agresivos. Otras alternativas pueden ser los fármacos antipsicóticos típicos, los inhibidores de la colinesterasa, los antidepresivos y los anticonvulsivos.

#### **5. Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study**

*Estudio cualitativo con método de grupo focal*

Resumen: En este estudio se habla sobre la perspectiva que tienen los cuidadores hacia los episodios de agresión de los pacientes y las estrategias que usan para enfrentarse a ellos. El trabajo en residencias está asociado a un alto riesgo de experimentar estas situaciones. Se habla sobre los factores contribuyentes que están relacionados con el paciente y el cuidador, las medidas que se utilizan para el manejo de los agresores y las estrategias que se llevan a cabo para la autoprotección y el afrontamiento de estas circunstancias. Los cuidadores utilizan diversas medidas para tratar con los pacientes. Algunas son recomendadas por guías, pero frecuentemente no tienen en cuenta la relación que existe entre el episodio agresivo y los problemas fisiológicos como el dolor. Raramente unen sus conocimientos teóricos con la práctica.

## **6. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation**

### *Protocolo*

Resumen: La agresión es un comportamiento que requiere un reconocimiento rápido, una evaluación y un manejo adecuado para disminuir la ansiedad y así minimizar el riesgo de escalada. Los protocolos y algoritmos estandarizados y aplicables existentes pueden servir de ayuda a los profesionales de la salud para identificar este tipo de pacientes, conseguir un diagnóstico correcto y aplicar las intervenciones de manejo menos invasivas posibles para garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal y resolver la situación. Este protocolo da información sobre la selección y utilización correcta de fármacos, el aislamiento y la restricción física para pacientes psiquiátricos. Se puede aplicar dentro del sistema sanitario español. La implementación de estas pautas aquí descritas debe asegurar el cuidado de los pacientes que se encuentran en riesgo. Si se identifican con anterioridad los episodios agresivos, se podrán usar medidas menos restrictivas. Es importante que los que trabajen con este tipo de pacientes reciban educación especializada para tratarles con mayor eficacia.

## **7. Managing agitated or aggressive patients**

### *Revisión*

Resumen: El tratamiento no farmacológico de la agresión incluye los cambios ambientales, la adecuación de la actitud y el comportamiento del personal de salud. El principal objetivo que tiene el tratamiento con fármacos es tranquilizar rápidamente y minimizar la agresividad sin provocar sedación prolongada o profunda, solamente para mantener la calma, pero estando el paciente receptivo. Debe evitarse la utilización de muchos fármacos y siempre usar las dosis más bajas posibles. La administración intramuscular debe ser la última opción. Se habla sobre las diversas opciones relacionadas con los antipsicóticos y las

benzodiazepinas. La restricción mecánica puede ser necesaria en según que situaciones en las que se pone en peligro el paciente y/o el personal de alrededor. Las intervenciones tienen que llevarse a cabo de forma cuidadosa para prevenir posibles efectos secundarios físicos y emocionales.

## **8. Professional Containment Methods Used in Psychiatry Wards: Justifications for Their Utilization, Types, International Practices**

### *Revisión*

Resumen: El objetivo de este documento es revisar la literatura que habla sobre las contenciones profesionales y ofrecer la oportunidad de evaluarlas usando perspectivas holísticas. Se explica que estos métodos se usan para evitar daños tanto a pacientes como a otras personas en consecuencia de una conducta agresiva por parte del paciente en salas de psiquiatría. Estas estrategias pueden ser la observación directa, la comunicación, el uso de fármacos, la restricción física y la reclusión. El tipo, la frecuencia de su uso y punto de vista depende del país. Aunque la contención profesional suele ser efectiva, puede causar daños físicos y psicológicos, por ese motivo este tema en entornos psiquiátricos sigue teniendo controversias y dilemas éticos y legales. Se necesitan pautas estandarizadas para garantizar la seguridad del paciente y del personal y usar estas medidas de la manera más correcta y efectiva posible. Existe la necesidad de que los profesionales que trabajan en estas circunstancias estén preparados y reciban información sobre los nuevos métodos de contención y su mejor uso.

## **9. Model of Therapeutic and Non-Therapeutic Responses to Patient Aggression**

### *Metasíntesis cualitativa*

Resumen: El objetivo principal de este estudio es explicar el manejo terapéutico de la agresión en pacientes psiquiátricos. El equipo de enfermería responde terapéuticamente a la agresividad del paciente utilizando la respuesta intuitiva y la emergente. Se establecen límites y es muy importante el trabajo en equipo. Por el contrario, si se usan dos estilos de respuesta no terapéuticos como la inflexibilidad y la desvinculación, los resultados obtenidos serán más negativos y menos beneficiosos.

## **10. Behavioral emergency in the elderly: a descriptive study of patients referred to an Aggression response Team in an acute hospital**

### *Estudio descriptivo*

Resumen: Manejar a pacientes mayores que se encuentran agitados no es tarea fácil, aunque existen pautas para ayudar a su control. En este estudio se describe la población de pacientes que tienen problemas de agresividad, los motivos de estas actitudes, las intervenciones que se llevaron a cabo y las complicaciones que surgieron. La mayoría de ellos sufrían demencia. Frecuentemente se usó medicación para su manejo. Se puede observar que los ancianos con el uso de fármacos tienden a la sedación, por lo que hay que saber elegirlo correctamente y cuál es la dosis óptima para su control. Se recomienda que se creen directrices para el manejo de estas situaciones, incluyendo las intervenciones de reducción de escala y pautas estandarizadas.

## **11. Managing aggression and violence using rapid tranquillization**

### *Artículo de investigación*

Resumen: La agresión y la violencia son actitudes frecuentes en unidades psiquiátricas y los profesionales de la salud tienen que saber afrontar estas situaciones y reducirlas. Primero de todo optar por las técnicas de desescalada, pero en caso de que no fueran efectivas, el paciente puede ser restringido físicamente o recluido. A veces es necesaria la administración de fármacos para disminuir la ansiedad. En este artículo se habla sobre el uso de la tranquilización rápida y el manejo de la agresión. Se describe el proceso y se explica la importancia de la monitorización de la persona para observar si hay complicaciones. Se han de tener en cuenta los problemas legales y éticos y si existe una directiva anticipada.

## **12. The use of restraint and seclusion in a psychiatric ward**

### *Revisión*

Resumen: La restricción y la reclusión son acciones comunes para controlar el comportamiento agresivo en la práctica del entorno psiquiátrico aunque plantea dilemas legales y éticos. Se usan para proporcionar seguridad al paciente y a los profesionales de la salud. La reclusión disminuye los estímulos sensoriales y la restricción restringe la movilidad física. Se han creado pautas para su uso y así garantizar un plan terapéutico, que consisten en usar estas técnicas lo mínimo posible hasta acabar eliminándolas. En esta revisión se identifican los problemas que provocan. Se refiere que es importante que los profesionales de la salud reciban educación sobre el manejo del paciente agresivo.

### **13. Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease**

#### *Revisión*

Resumen: El Alzheimer es una enfermedad que necesita mucho tiempo de cuidado y ayuda para las actividades de la vida diaria. En su evaluación se debe incluir la medición de la función cognitiva, la observación del comportamiento, el estado clínico, la seguridad y el cuidador. El tratamiento puede incluir un inhibidor de colinesterasa o memantina, o ambos. Para afrontar los síntomas neuropsiquiátricos se empieza con tratamiento no farmacológico para afrontar problemas de conducta. La agitación y la agresión pueden tratarse con antipsicóticos atípicos para garantizar la seguridad del paciente y del cuidador, aunque hay que tener en cuenta los riesgos que estos fármacos pueden conllevar como eventos cerebrovasculares e incluso la muerte. Cualquier medicación requiere monitorización y reevaluar continuamente para analizar si es necesario continuar con su administración o si se puede bajar la dosis. Es muy importante la participación del cuidador y los recursos disponibles. Esta enfermedad requiere un control continuo por parte del personal de salud. Las medidas no farmacológicas consisten en el control del estado de ánimo y la agresión. Los medicamentos antipsicóticos en ocasiones pueden ser necesarios a pesar de sus posibles riesgos.

### **14. Containment strategies for people with serious mental illness**

#### *Revisión*

Resumen: El manejo de pacientes que tienen problemas psiquiátricos es un desafío para el personal de la salud. Se intenta garantizar la seguridad y asegurar un entorno seguro y terapéutico. Las medidas no farmacológicas son la observación, la desescalada, la restricción y el aislamiento. El objetivo de este artículo consiste en comparar los efectos de diversas intervenciones que se han

usado para la contención de las personas que sufren episodios de crisis psiquiátricas. Las estrategias no farmacológicas para controlar el comportamiento agresivo no tienen suficiente evidencia científica para asegurar su eficacia.

## **15. Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes**

### *Estudio cualitativo*

Resumen: Afrontar los episodios agresivos de los pacientes es una tarea compleja para los profesionales de la salud. Los comportamientos y creencias de los trabajadores influyen en las medidas de gestión que lleven a cabo. Los pacientes reaccionarán de diferentes formas según la causa y la manera de responder al episodio de agresividad. Este estudio mide las actitudes del personal y de los pacientes en un hospital del Reino Unido usando la Escala de Actitud en la Gestión de la Agresión y la Violencia (MAVAS). Se hace referencia a que la agresión puede tener una gran diversidad de causas que pueden ser factores externos, internos y de la situación o de interacción. Se apoyan los medios interpersonales para su manejo, aunque tanto el paciente como el personal explican que la medicación, la restricción y el aislamiento también son importantes.

## **16. De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital**

### *Estudio transversal, retrospectivo, descriptivo*

Resumen: En Finlandia, la base legal para la restricción y la reclusión es determinada por la Ley de la salud mental. Se pueden usar estrategias restrictivas para el manejo de conductas agresivas en pacientes psiquiátricos,



pero siempre han de ser la última opción. En este estudio se explican cuáles pueden ser las razones para aplicar la reclusión y/o la restricción. Las medidas más usadas han sido la interacción con el paciente y el tratamiento farmacológico. Los motivos por los que se aplicó la restricción y la reclusión fueron por comportamiento dañino directo, indirecto y otras actitudes. Se usaron las mismas técnicas para casi todos los pacientes. Los profesionales de la salud que trabajan con ellos tienen que recibir una educación especial para su afrontamiento y saber cómo llevar a cabo una correcta desescalada.

## **17. Violence and Aggression: Short-term management in mental health, health and community settings**

### *Guía*

Resumen: Esta guía se ha creado para ayudar a manejar la violencia y la agresión en unidades de psiquiatría, salud y comunidad. Se han llevado a cabo avances relevantes sobre la gestión de estas conductas, incluyendo las opiniones de los usuarios acerca de la restricción física, el aislamiento y la efectividad y seguridad de los medicamentos además de su dosificación para la tranquilización rápida. Las recomendaciones que se explican en esta guía las han pautado equipos multidisciplinares de personal de la salud, pacientes con enfermedades mentales que han sufrido algunas de estas intervenciones, los cuidadores y metodólogos de orientación teniendo en cuenta la evidencia científica actual. La intención es que la guía sea de utilidad para proporcionar y planificar los cuidados correctos para tratar la violencia y la agresión por parte de los profesionales de la salud y los cuidadores. Además, hace referencia a la importancia que tiene la experiencia. La evidencia que hay a día de hoy acerca de este tema es escasa, a pesar de que cada día va expandiéndose más.

## **18. The physician's unique role in preventing violence: a neglected opportunity?**

*Debate*

Resumen: La agresividad es un conjunto de síntomas que puede tener consecuencias muy graves en la vida. Este trastorno puede darse en más del 3% de la población. Los pacientes con frecuencia no buscan ayuda para tratar estas conductas. Los avances tecnológicos han creado nuevos métodos para comprender y tratar a estos pacientes. No hay estrategias formales para tratar la agresión, pero puede ayudar buscar un diagnóstico y aplicar un tratamiento. Este puede ser farmacológico o no.

## **19. The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England**

*Revisión retrospectiva de notas de casos*

Resumen: Utilizar la reclusión no es una acción agradable ni para los profesionales de la salud ni para el paciente. En diversos países se ha intentado disminuir su uso, aunque ese no es el caso de Inglaterra. En esta revisión se obtuvo información acerca de la secuencia del problema y la contención (observación, fármacos, restricción, reclusión...). Los resultados fueron analizados y se describió lo que precedió. La reclusión fue la estrategia más utilizada en la mayoría de los casos, aunque el número de reclusiones en cada hospital era bastante diverso. Existe mucha evidencia de que el aislamiento se puede reducir, así que debería minimizarse su uso en aquellas unidades donde las incidencias son elevadas.

## **20. A quantitative systematic review of the effects of training interventions on enhancing the competence of nursing staff in managing challenging patient behavior**

### *Revisión sistemática cuantitativa*

Resumen: Esta revisión habla sobre la información actual y la efectividad de las intervenciones de manejo del comportamiento agresivo del paciente. Es un conflicto mundial y la forma de afrontarlo puede suponer un gran impacto en la calidad asistencial. Son necesarias estrategias que se basen en la evidencia científica, pero hay pocos métodos de evaluación sistemática. Los métodos de actuación se dividieron en 4: desvinculación, comunicación, control del comportamiento y medidas restrictivas. Se demostró que su aplicación disminuía el porcentaje de episodios agresivos y aumentaba la confianza de los profesionales de la salud. La evidencia científica fue bastante baja. La diversidad de estrategias que se usaron comparó su efectividad. Hay que tener en cuenta la seguridad del paciente en la evaluación.

## **21. Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum**

### *Estudio comparación*

Resumen: Trabajar en departamentos de emergencias tiene el riesgo de sufrir lesiones, tanto los pacientes como los profesionales de la salud. Los estudios demuestran que el personal que ha recibido formación especial consigue resultados más buenos a la hora de desescalar la violencia. Es importante la actitud de los trabajadores hacia los episodios de agresión del paciente, ya que está directamente relacionada con la seguridad. En la literatura se dice que el personal tiene miedo y ansiedad cuando están a cargo de pacientes agresivos. El objetivo de este estudio fue crear una guía de estrategias para trabajar mejor en

equipo y tener una actitud más buena hacia estos pacientes mediante la educación especializada. Es importante evaluar el comportamiento del paciente hacia la agresión antes y después de la aplicación de las intervenciones.

