

Rol enfermero en la persona con problemas de salud mental en contexto de agitación psicomotriz.

Revisión de la literatura.

Trabajo Fin de Grado



Centros universitarios adscritos a la



Curso 2022 – 2023

Estudiante: Aya El Ghaib Bougrine

Correo: aelghaib@edu.tecnocampus.cat

Directora: M^a José Reyes

Grado en Enfermería

Agradecimientos

A mi tutora M^a José Reyes, por haberme guiado durante este proceso con pasión y dedicación.
Sin su ayuda y apoyo este trabajo no sería el mismo.

A mi familia y amigas, por los ánimos y motivación que me han ayudado a sobrellevar este último año de carrera.

Resumen

Castellano

Introducción: La agitación psicomotriz (APM) en personas con problemas de salud mental se trata de un fenómeno relevante que supone hasta el 10% de las intervenciones de emergencia. Enfermería juega un papel importante en la gestión de estas situaciones. Existen diferentes tipos de contenciones indicadas para el abordaje de la situación de APM en personas con problemas de salud mental, así como diferentes documentos que permiten a la persona participar de manera activa en su proceso de salud.

Objetivo: El objetivo de esta revisión de la literatura ha sido describir el rol enfermero en el abordaje clínico de la persona con problemas de salud mental en contexto de agitación psicomotriz en los últimos 10 años hasta la actualidad en Europa.

Método: Se ha realizado una revisión de la literatura en las bases de datos PubMed, CINAHL, Cuiden, ScienceDirect y Scielo.

Resultados y discusión: Los factores que influyen en la APM se pueden clasificar en: demográficos, psicosociales, tipo de problema de salud mental padecido, antecedentes y tipo de ingreso cursado. El rol enfermero para el manejo de la APM se basa en la detección precoz y la capacitación del uso de técnicas destinadas a estabilizar al paciente, así como el rol vinculado a los documentos existentes para la participación activa de la persona. Se identifican 5 tipos de contenciones: ambiental, verbal, farmacológica, aislamiento y mecánica. Su orden de ejecución puede variar en función del entorno y espacio disponible. El Documento de Voluntades Anticipadas Psiquiátricas y el Documento de Decisiones Compartidas, son los encontrados para la participación activa de la persona con problemas de salud mental.

Conclusiones: Esta revisión de la literatura revela que el rol enfermero en el abordaje clínico de la persona con problemas de salud mental en contexto de APM abarca diferentes funciones. La detección precoz, la capacitación del personal, así como el conocimiento e indicaciones de las diferentes contenciones, es crucial.

Inglés

Introduction: Psychomotor agitation (PMA) in people with mental health problems is a relevant phenomenon that accounts for up to 10% of emergency interventions. Nursing has an important role in the management of these situations. There are different types of restraint indicated for the management of APM in people with mental health problems, also there are different documents that allow the person to participate actively in their health process.

Objective: The aim of this literature review was to describe the nursing role in the clinical approach to the person with mental health problems in the context of psychomotor agitation in the last 10 years to the present day in Europe.

Method: A review of the literature was carried out in the databases PubMed, CINAHL, Cuiden, ScienceDirect and Scielo.

Results and discussion: The factors influencing APM can be classified into: demographic, psychosocial, type of mental health problem suffered, history and type of admission. The nursing role in the management of APM is based on early detection and training in the use of techniques aimed at stabilizing the patient, also it's important the role linked to the documents for the active participation of the person. Five types of restraint are identified: environmental, verbal, pharmacological, isolation and mechanical. Their order of execution may vary depending on the environment and space available. The Psychiatric Advance Directives Document and the Shared Decisions Document are the documents found for the active participation of the person with mental health problems.

Conclusions: This literature review reveals that the nursing role in the clinical approach to the person with mental health problems in the context of APM encompasses different functions. Early detection, staff training and the knowledge and indications of the different restraints, is crucial.

ÍNDICE

1.- Introducción	1
1.1- Preguntas de investigación pio	3
2.-Objetivos	3
2.1- Objetivo General	3
2.2- Objetivos Específicos	4
3.- Metodología	4
3.1- Planificación de la estrategia de búsqueda	4
3.2- Criterios de inclusión y exclusión de los documentos o artículos	7
3.3- Uso de gestor de referencias	7
3.4- Registro de las variables de estudio y análisis de datos	7
3.5- Limitaciones y aspectos éticos	9
4.- Resultados	10
4.1- Resultados de las variables de la muestra	11
4.1.1.- Bases de datos	11
4.1.2.- Año de publicación	11
4.1.3.- País de publicación	12
4.1.4.- Idioma publicado	13
4.2- Resultados de las variables del estudio	13
4.2.1.- Factores que influyen en la APM	13
4.2.2.- Rol de enfermería para el manejo de la APM	16
4.2.3.- Tipos de contenciones	17
4.2.4.- Documentos existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental	18

5.- Discusión	20
6.- Conclusión	23
7.- Implicación a la práctica profesional y propuesta de investigaciones futuras	24
8.- Cronograma	25
9.- Referencias bibliográficas	28
10.- Anexos	32

1. INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de un episodio de agitación en una persona con problemas de salud mental, generalmente, estamos ante una desestabilización del mismo. La agitación psicomotora (APM) se define como un estado de inquietud motora y actividad emocional, donde la persona presenta signos de una activación motriz y tensión mental que puede ir acompañada de labilidad emocional, disminución del nivel de atención y alteraciones en la función cognitiva ⁽¹⁾.

La APM no constituye en sí misma una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de varios trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos (consumo de tóxicos, ideas delirantes, confusión mental de origen neurológico, etc.) ⁽²⁾.

La APM en personas con afectaciones de salud mental suponen hasta el 10% de las intervenciones de emergencia ⁽¹⁾, convirtiéndose así, en un fenómeno relevante en el contexto del manejo del mismo, tanto en situaciones de emergencia, durante el proceso de hospitalización y en situaciones ambulatorias.

Los pacientes que se encuentran en una situación de APM suelen presentar baja capacidad de introspección sobre su morbilidad y deterioro del juicio crítico de la realidad. En consecuencia, encontramos un nulo *insight*, es decir, no tener reconocimiento de enfermedad. Esto comporta que no reconozcan la necesidad de ayuda externa ^(3,4).

El rol enfermero responde a las necesidades de estas personas y cómo identificarlas. Existen varios modelos conceptuales que sustentan la práctica de enfermería en salud mental, aportando así un cuidado integral de estas. En la actividad profesional de la enfermería en salud mental se encuentra frecuentemente que las personas con enfermedad mental tienen verdaderas dificultades para seguir las prescripciones médicas, la asistencia a citas programadas, desinterés por su propia salud, falta de conocimientos en relación a su propia enfermedad, desajustes en el patrón del sueño, entre otros ⁽⁵⁾. Por otra parte, es importante mencionar el derecho a autonomía y justicia que tienen estas personas durante los diferentes niveles de atención. El Reglamento de la Ley N°29889, Ley General de Salud, garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental a tener acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral, enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad ⁽²⁾.

En este contexto, es importante destacar la existencia de documentos que permiten la participación activa de la persona con problemas de salud mental en su proceso de atención sanitaria, como el consentimiento informado, el documento de voluntades anticipadas o el de decisiones compartidas. De este modo, el Consentimiento Informado (CI), se trata de la declaración de la voluntad de un sujeto

capaz y libre, con respecto a la propuesta del médico acerca de la aplicación de un procedimiento diagnóstico o terapéutico ⁽⁶⁾.

Seguidamente, como extensión del CI aparece el Documento de Voluntades Anticipadas en Psiquiatría (DVAP), un instrumento con el que la persona puede determinar los aspectos legales, técnicos y médico-sanitarios a aplicar para aquellos momentos en los que no pueda decidir por sí mismo y sea necesario intervenir en beneficio de su vida. Son documentos que incluyen decisiones como la hospitalización para proteger al paciente y/o para activar un tratamiento específico ⁽⁷⁾. Este documento se diferencia al Documento de Voluntades Anticipadas en que, es realizado por personas sin problemas de salud mental donde se suelen tomar decisiones con connotación negativa (como el rechazo de un tratamiento) ⁽⁸⁾.

Por último, el Documento de Decisiones compartidas (DDC), representa un modelo de consulta clínica donde tanto el médico como el usuario del servicio se conceptualizan como expertos, la información se comparte bilateralmente y se toman decisiones sobre el tratamiento de manera conjunta⁸. Representa un proceso interactivo de relación clínica en el cual, el profesional orienta al paciente en relación con sus valores, preferencias y circunstancias clínicas ⁽⁹⁾.

Según la *Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias* y el *Protocolo de la Generalidad de Cataluña*, el abordaje de agitaciones psicomotoras en personas con afectaciones de salud mental se compone de cuatro tipos de intervenciones.

En primer lugar, está indicado realizar una contención verbal. El objetivo de esta intervención es lograr una alianza terapéutica con el paciente y negociar las soluciones terapéuticas mediante una buena comunicación verbal.

En el caso de que la contención verbal no fuera eficaz o suficiente, estaría indicado realizar una contención ambiental. Es decir, aislar a la persona en un ambiente totalmente protector acompañado de una estrecha vigilancia por parte del personal de enfermería, con el objetivo de garantizar la seguridad del mismo.

Seguidamente, la contención farmacológica sería la intervención indicada en el caso de que las anteriores no fueran efectivas. Se trata de la administración de fármacos con el objetivo de controlar la conducta del paciente.

Finalmente, la contención mecánica se trata de la medida terapéutica dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la persona para tratar de garantizar la seguridad del mismo y/o de los demás. Debe ser una medida excepcional y urgente que se activará cuando exista un riesgo inminente y no controlable para la persona y/o de terceros por los medios anteriormente mencionados ^(10,11).

En España, un informe reciente indicó que el 25% de los pacientes con esquizofrenia y el 15% de los pacientes con bipolaridad podrían sufrir al menos un episodio de APM cada año, con una media de 2

episodios por año por paciente ⁽¹²⁾. Estudios recientes sugieren que hasta el 10% de todas las intervenciones psiquiátricas de emergencia están relacionadas con la APM ⁽¹³⁾. En consecuencia, una identificación y manejo adecuados de la APM es un componente esencial de la atención a personas con problemas de salud mental ⁽⁵⁾.

El objetivo principal de este estudio es, mediante una revisión de la literatura, describir el rol enfermero que demuestre el mejor manejo clínico del paciente de salud mental en momento de agitación psicomotriz, con el fin de proporcionar una visión del rol enfermero sobre el abordaje clínico en estas situaciones.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN PIO

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, podemos decir que la agitación psicomotora representa un fenómeno frecuente, siendo una situación clínicamente relevante que se encuentra presente en las personas con afectaciones de salud mental, no sólo en el contexto agudo o de emergencia, sino también con respecto a la atención a largo plazo, considerándola así, como un objetivo terapéutico importante a abordar en la atención sanitaria ⁽³⁾.

El rol enfermero, es decir la proporción y detección de cuidados en las personas con problemas de salud mental va a ser un aspecto clave en el abordaje clínico de estas personas en contexto de agitación psicomotriz.

De este modo, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el rol enfermero en el abordaje clínico de la persona con problemas de salud mental que se encuentra en contexto de agitación psicomotriz?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Describir el rol enfermero en el abordaje clínico de la persona con problemas de salud mental en contexto de agitación psicomotriz en los últimos 10 años hasta la actualidad en Europa.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar los factores que influyen en la agitación psicomotriz en las personas con problemas de salud mental en los últimos 10 años hasta la actualidad en Europa.
- Identificar el rol enfermero para el manejo de la agitación psicomotriz de la persona con problemas de salud mental en los últimos 10 años hasta la actualidad en Europa.
- Describir los tipos de contenciones indicadas en situación de agitación psicomotriz en la persona con problemas de salud mental en los últimos 10 años hasta la actualidad en Europa.
- Valorar el uso de los documentos existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental en contexto de agitación psicomotriz, en su proceso de atención sanitaria en los últimos 10 años hasta la actualidad en Europa.

3. METODOLOGÍA

El trabajo se basa en realizar una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre los objetivos propuestos, mediante un estudio descriptivo transversal. Se ha realizado en la Escuela Superior de Ciencias de la Salud del Tecnocampus de febrero a julio del 2023.

3.1 Planificación de la estrategia de búsqueda

- Bases de datos

La recopilación de publicaciones científicas se ha realizado mediante la búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos.

PubMed: Mediante esta base de datos he podido acceder a MEDLINE donde se encuentran estudios de investigación en ciencias de la vida y biomedicina.

CINAHL Complete: Permite el acceso a publicaciones relacionadas con el ámbito de la enfermería y de áreas de la salud afines.

Cuiden: Una Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano.

ScienceDirect: Permite el acceso al texto completo de artículos científicos de la revista *Enfermería Clínica*.

Scielo: Recoge artículos de investigación de América Latina, España, Portugal, el Caribe y Sudáfrica.

También se han hecho búsquedas en la página web oficial de la Generalitat de Catalunya, de la Organización Mundial de la Salud y de Asociaciones de personas con problemas de salud mental. Se han utilizado fuentes primarias y secundarias.

-Palabras clave

Se han utilizado las **palabras clave**: Psychomotor agitation, psychiatry, nurse, nurses, nursing, psychiatric, mental health, nursing care, advance directive document, patient care management, advance directive ethics, agitación psicomotora, psiquiatría, salud mental, manejo de atención al paciente y documento voluntades anticipadas.

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (**DeCS**) y los Descriptores Medical Subject Headings (**MeSH**) utilizados son los siguientes:

DeCS	MeSH
Agitación psicomotora	Psychomotor agitation
Psiquiatría	Psychiatry
Enfermería	Nursing
Salud mental	Mental health
Atención de enfermería	Nursing care
Manejo de atención al paciente	Patient care management

El **operador booleano** utilizado ha sido: AND

- Estrategia de búsqueda preliminar.

Base de datos	Estrategia de búsqueda
PubMed	<ul style="list-style-type: none"> - (psychomotor agitation MeSH Terms) AND (psychiatry MeSH Terms) - (psychomotor agitation MeSH Terms) AND (mental health MeSH Terms) - (psychomotor agitation MeSH Terms) AND (psychiatric nursing MeSH Terms) - (advance directive document) AND (psychiatry MeSH Terms)
CINAHL Complete	<ul style="list-style-type: none"> - (psychomotor agitation) AND (psychiatry) - (psychomotor agitation) AND (mental health) - (advance directive and ethics) AND (psychiatry)
Cuiden	<ul style="list-style-type: none"> -(agitación) AND (psicomotora) AND (psiquiatría) -(agitación)AND (psicomotora)AND (salud) AND (mental) -(agitación)AND (psiquiatría)AND (manejo)AND (paciente) -(documento) AND (voluntades) AND (anticipadas) AND (psiquiatría)
ScienceDirect	<ul style="list-style-type: none"> - (agitación psicomotriz) AND (psiquiatría) - (manejo de atención al paciente) AND (salud mental) AND (agitación psicomotriz) - (documento voluntades anticipadas) AND (salud mental)
Scielo	<ul style="list-style-type: none"> - (psychomotor agitation) AND (psychiatry) - (psychomotor agitation) AND (mental health) - (psychomotor agitation) AND (nursing care) - (advance directives) AND (psychiatry)

3.2 Criterios de inclusión y exclusión de los documentos o artículos.

- ✓ Se **han incluido** en el estudio todos aquellos artículos y documentos que cumplen con los siguientes criterios:

- Publicaciones de los últimos 10 años.
- Artículos en español, catalán, inglés y portugués.
- Artículos relacionados con personas con trastornos y/ o problemas de salud mental.

- ⊗ Se **han excluido** en el estudio todos aquellos artículos y documentos que cumplen con los siguientes criterios:

- Artículos que mencionan medidas de contención (verbal, ambiental, farmacológica y mecánica) que no hagan referencia a personas con problemas de salud mental.
- Artículos que tratan sobre la demencia, Alzheimer o desorientación en personas mayores.
- Artículos que tratan sobre pacientes agitados por el consumo de drogas sin la existencia de un problema de salud mental.
- Artículos que tratan sobre la catatonia o insomnio.
- Artículos que tratan sobre menores.

3.3 Uso de gestor de referencias.

Como gestor de referencias se ha utilizado el programa Zotero.

3.4 Registro de las variables de estudio y análisis de datos.

- Variables de la muestra:
 - Base de datos
 - Año de publicación
 - País de publicación
 - Idioma del estudio

Estas variables se analizarán mediante porcentajes y frecuencia.

- Variables de estudio:

- **Factores** que influyen en APM:

Entendemos como factores todos aquellos elementos, circunstancias e influencias que contribuyen a que una persona con problemas de salud mental sufra un episodio de APM. Se analizará como una variable cualitativa, categórica.

- **Rol enfermero** para el manejo de la APM:

El rol enfermero engloba la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud. Se analizará como una variable cualitativa.

- Tipos de **contenciones**:

Las contenciones son aquellas medidas que tienen como objetivo prevenir o abordar situaciones que puedan poner en riesgo al paciente o a su entorno. Se analizará como una variable cualitativa.

- **Documentos** existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental:

Se tratan de documentos que garantizan el derecho del paciente a estar informado, a su intimidad, privacidad y a decidir sobre elementos relacionados con su salud. Se analizará como una variable cualitativa.

- Registro y análisis de datos:

Se ha realizado un diagrama de flujo PRISMA para seleccionar los estudios.

Seguidamente el registro y análisis se ha realizado mediante una tabla que incluye las variables de la muestra junto con las variables de estudio descritas anteriormente (ver **Tabla 1**).

	Variables de muestra				Variables de estudio			
Título	Base de datos	Año	País	Idioma	Factores que influyen en la APM	Rol de Enfermería	Tipo de contenciones	Documentos existentes

Tabla 1. Tabla de las variables de la muestra y el estudio.

3.5 Limitaciones y aspectos éticos.

La APM en personas con problemas de salud mental, se trata de un campo muy estudiado. Se ha avanzado mucho en los últimos años por lo que, a pesar de la limitación de incluir estudios de hace 10 años atrás, considero que podremos obtener una visión muy actual y suficiente para llevar a cabo este trabajo.

Hablando de los aspectos éticos, me gustaría mencionar que al tratarse de una revisión de la literatura no se tratarán aspectos éticos de forma directa. No obstante, los artículos elegidos serán estudios que hayan tenido en cuenta y dado importancia a los aspectos éticos tanto de las personas participantes como de la gestión de información y documentación. En esta línea, es importante mencionar algunos principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, de manera que los estudios seleccionados respetarán el principio de confidencialidad, de intimidad y no maleficencia de los datos y las personas participantes.

En este trabajo se tienen en cuenta los aspectos éticos explicados en la introducción: el derecho a la autonomía, es decir el derecho de la persona a tomar decisiones sobre su vida y salud; así como el derecho a justicia, no actuar jamás como causa de discriminación, con consideración y respeto.

Las medidas restrictivas, como las contenciones mecánicas o farmacológicas, potencialmente vulneran los derechos de aquellos a quienes se les aplican. Su utilización requiere un cumplimiento de principios éticos de manera que se ha considerado oportuno incluir la mención de estos documentos, así como el impacto que genera su uso ⁽¹⁴⁾.

Hablando sobre las bases de datos utilizadas, cabe destacar que, teniendo en cuenta el enfoque europeo del estudio, la utilización de Scielo como una de las bases de datos ha podido ser una limitación. Esta base de datos alberga un gran número de estudios procedentes de Latinoamérica, sin embargo, la cantidad de estudios europeos obtenidos ha sido escasa. De este modo, considero que este buscador no ha sido uno de los más relevantes para el trabajo realizado.

4. RESULTADOS

Como resultado inicial de la búsqueda en las 5 Bases de datos se obtiene un resultado de 630 artículos. Seguidamente, una vez se aplican los filtros permitidos en cada base de datos el resultado de artículos es de 267. Finalmente, una vez realizada la lectura de títulos y abstractos, la aplicación de criterios de inclusión y exclusión especificados anteriormente y eliminando los artículos duplicados, la muestra de estudios total es de 19 (ver **Figura 1**).

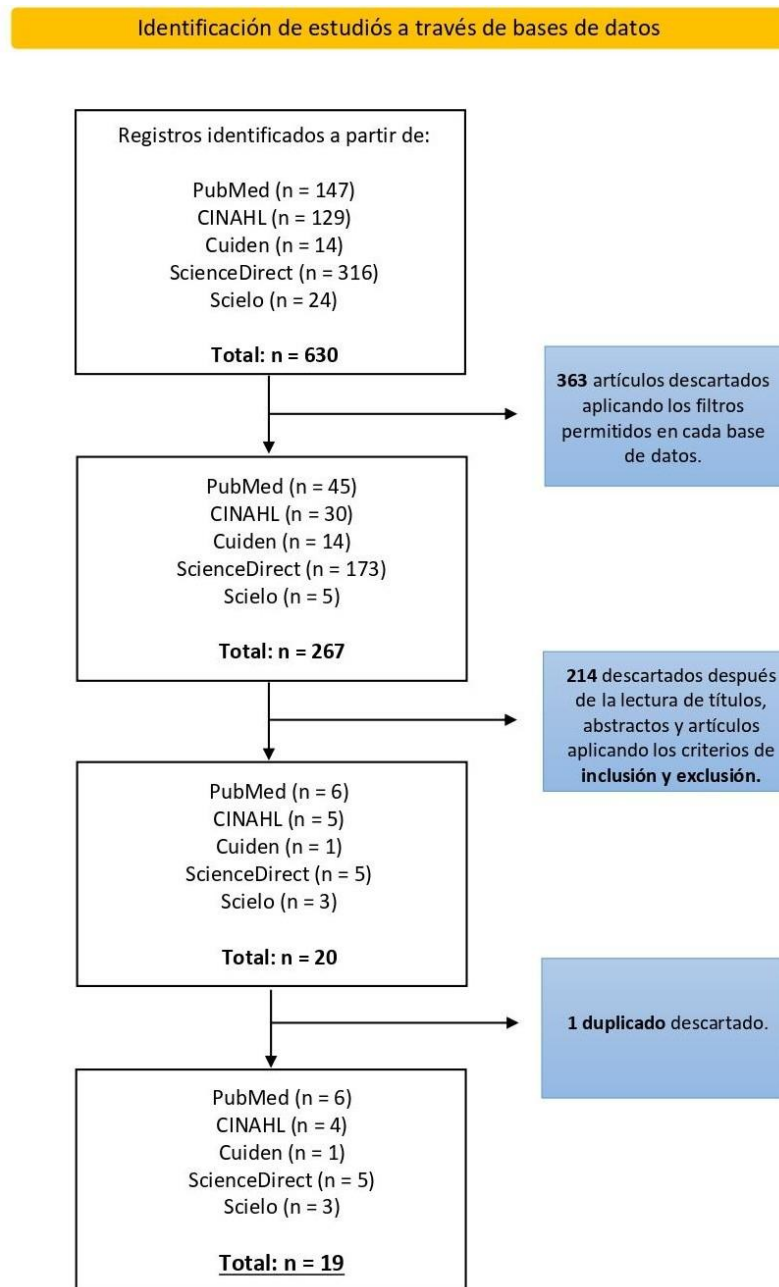


Figura 1. Diagrama de flujo. Proceso de selección de la muestra de estudios.

4.1 Resultados de las variables de la muestra.

4.1.1- Bases de datos.

La búsqueda de los artículos en las diversas bases de datos ha dado como resultado un mayor número en PubMed (31,6%), seguido por ScienceDirect (26,3%) y por CINAHL Complete (21,1%). Cuiden (5,3%) representa la base de datos con menos artículos seleccionados para la muestra del trabajo (ver **Gráfico 1**).

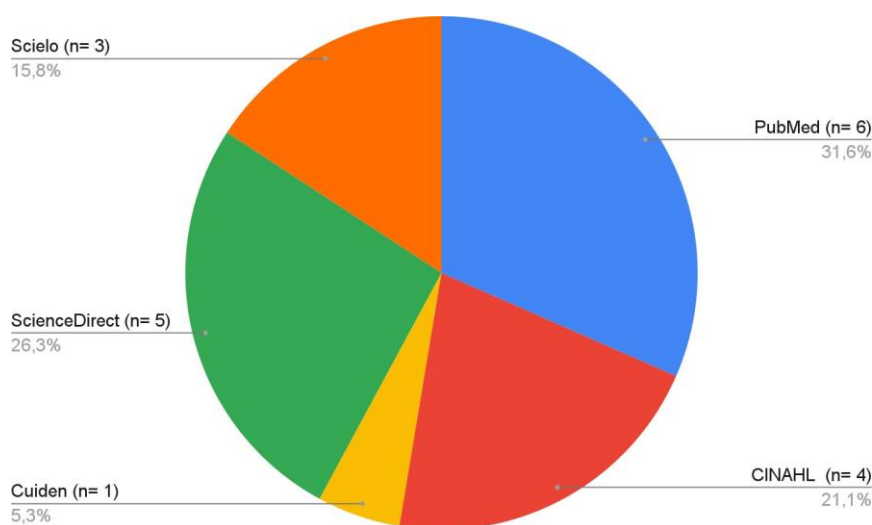


Gráfico 1. Bases de datos.

4.1.2- Año de publicación.

Al analizar los artículos en los últimos 10 años, se observa que en 2014 y 2019 hay un aumento de publicaciones relacionadas con la APM en pacientes con problemas de salud mental. De este modo la gran mayoría de artículos analizados fueron publicados en el 2019 (26,3%) y en 2014 (21,1%). Cabe destacar que no se ha encontrado información relevante para esta revisión de la literatura en el 2013, 2015 y 2023 (ver **Gráfico 2**).

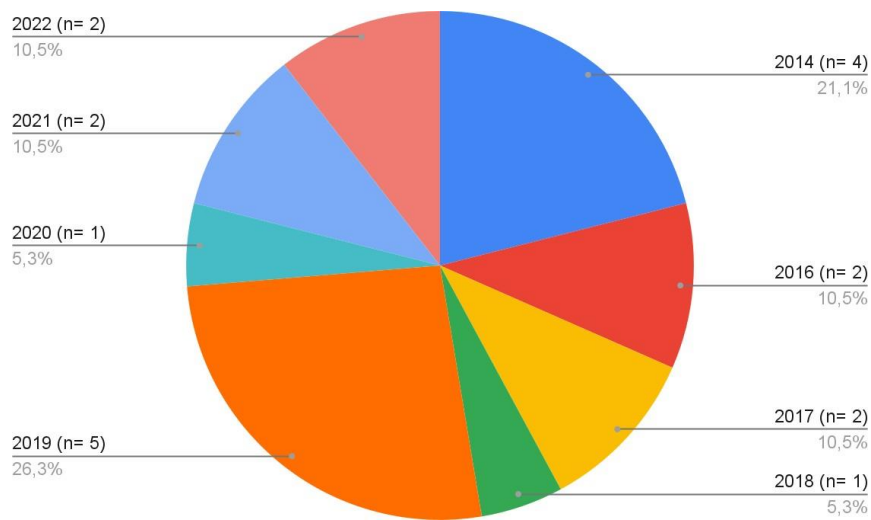


Gráfico 2. Año de publicación.

4.1.3- País de publicación.

Los países europeos dónde más evidencia científica se ha encontrado en esta revisión de la literatura han sido España en primer lugar (68,4%), seguido por Reino Unido (15,8%), Alemania (10,5%) y finalmente Francia (5,3%), (ver **Gráfico 3**).

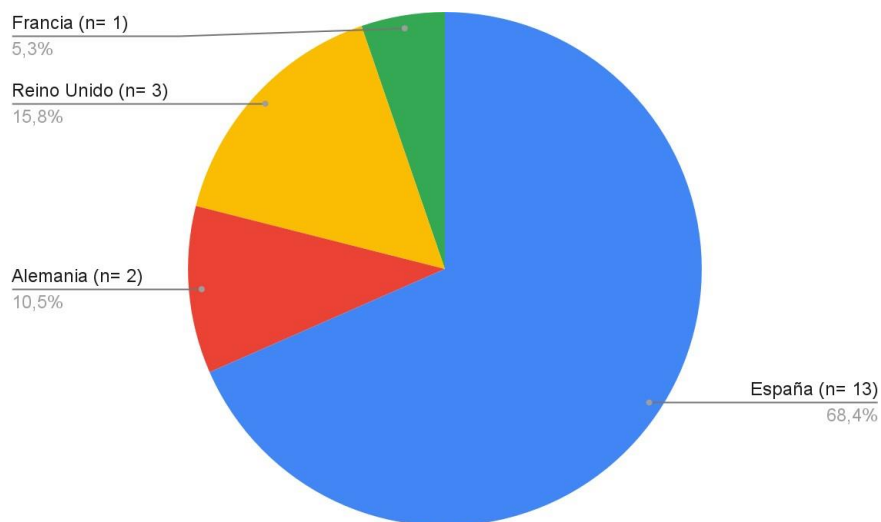


Gráfico 3. País de publicación.

4.1.4- Idioma publicado.

Haciendo referencia al idioma de publicación, se puede observar que los estudios encontrados han sido en español (52,6%) e inglés (47,4%) prácticamente en partes iguales (ver **Gráfico 4**).

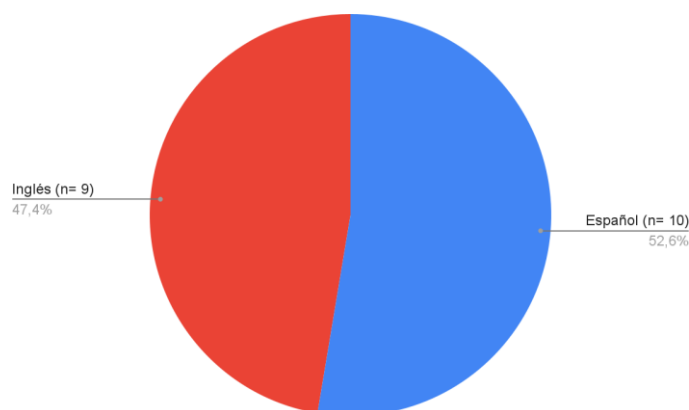


Gráfico 4. Idioma publicado.

4.2 Resultados de las variables del estudio.

En cuanto a los resultados de las variables del estudio, nos centramos en los 4 temas que fundamentan esta revisión de la literatura. Estos temas son: los factores que influyen en la APM en pacientes con problemas de salud mental, el rol de enfermería para el manejo clínico de la APM, los tipos de contenciones para abordar estas situaciones y los documentos existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental.

4.2.1- Factores que influyen en la APM.

Los factores que influyen en la APM se mencionan en el **26,31% (n= 5)** de los artículos.

Los estudios clasifican estos factores en: factores demográficos, factores psicosociales, en el tipo de problema de salud mental padecido, en antecedentes y en el tipo de ingreso cursado ^(1,3,15,16,23).

De este modo, los factores demográficos son mencionados en 4 artículos ^(1,3,15,23), los factores psicosociales en 2 artículos ^(16,17), el tipo de problema de salud mental padecido en 4 artículos ^(15,17,18,25), los antecedentes en 2 artículos ^(15,17) y el tipo de ingreso cursado en 3 artículos ^(1,3,15) (ver **Gráfico 5**).

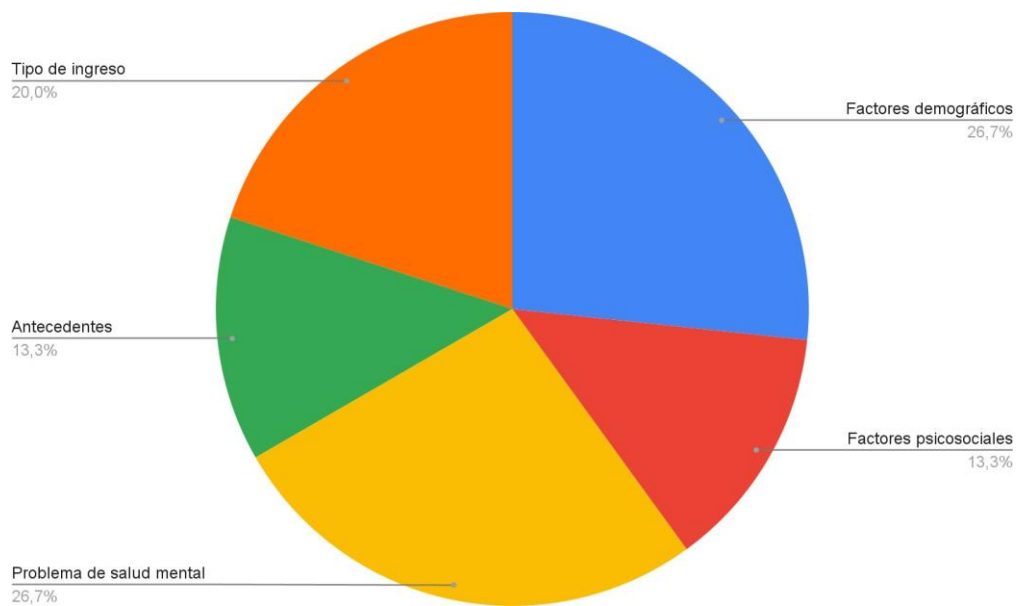


Gráfico 5. Factores que influyen en la APM.

A continuación, se detallan los resultados encontrados sobre cada uno de estos factores.

Factores demográficos.

De estos 5 artículos que analizan los factores que influyen en la APM en pacientes con problemas de salud mental, el **80% (n=4)** de los artículos menciona los factores demográficos como un factor que influye en la APM ^(1,3,15,23).

Los factores demográficos descritos por los diferentes artículos son los siguientes: edad, sexo, estado civil y nivel educativo.

Edad: de estos 4 artículos que mencionan los factores demográficos, todos mencionan la edad. El 50% **(n=2)** explica que se trata de personas menores de 40 años ^(1,15) y el otro 50% **(n=2)** explica que se trata de personas jóvenes donde no se especifica el rango de edad ^(3,23).

Sexo: de estos 4 artículos que mencionan los factores demográficos, todos mencionan el sexo. El 100% **(n=4)** explica que se trata de personas de sexo masculino ^(1,3,15,23).

Estado civil: de estos 4 artículos que mencionan los factores demográficos, el 50% menciona el estado civil. El 100% **(n=2)** explica que se trata de personas solteras ^(3,15).

Nivel educativo: de estos 4 artículos que mencionan los factores demográficos, el 50% menciona el nivel educativo. El 100% **(n=2)** explica que se trata de personas con un nivel educativo bajo ^(1,15).

Factores psicosociales.

De los 5 artículos que analizan los factores que influyen en la APM en pacientes con problemas de salud mental, el **40% (n=2)** de los artículos menciona los factores psicosociales como un factor que influye en la APM ^(1,15).

Los factores psicosociales descritos en estos 2 artículos son los siguientes: historia de conflicto con el personal sanitario (PS) u otros pacientes y padecer o haber padecido un evento estresante recientemente ^(1,15).

Tipo de problema de salud mental padecido.

De los 5 artículos que analizan los factores que influyen en la APM en pacientes con problemas de salud mental, el **80% (n=4)** de los artículos menciona el tipo de problema de salud mental padecido como un factor que influye en la APM ^(3,15,16,23).

De este modo, el **100% (n=4)** explica que se trata de personas que padecen esquizofrenia y bipolaridad, mientras que el 50% (n=2) añade el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) ^(15,16).

Antecedentes.

De los 5 artículos que analizan los factores que influyen en la APM en pacientes con problemas de salud mental, el **50% (n=2)** menciona los antecedentes como un factor que influye en la APM ^(3,15).

Los antecedentes descritos son los siguientes: Reingresos previos, consumo de alcohol y/o drogas del paciente o antecedentes de consumo familiar y comportamiento agresivo.

Así pues, el **100% (n=2)** explica que se trata de personas con antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas o con antecedentes de consumo familiar y personas con antecedentes de comportamientos agresivos ^(3,15). El **50% (n=1)** añade los reingresos previos como antecedentes ⁽³⁾.

Tipo de ingreso cursado.

De los 5 artículos que analizan los factores que influyen en la APM en pacientes con problemas de salud mental, el **60% (n=3)** de los artículos menciona el tipo de ingreso cursado como un factor que influye en la APM ^(1,3,15).

El **100% (n=3)** explica que se trata de personas con un ingreso involuntario.

4.2.2- Rol de enfermería para el manejo de la APM.

El rol de enfermería para el manejo clínico de la APM se menciona en el **57,89% (n=11)** de los artículos. De estos 11 artículos podemos mencionar dos enfoques del rol de enfermería:

El **81,81% (n=9)** menciona el rol enfocado en la detección precoz y reconocimiento de los primeros signos de agitación, junto con la capacitación en el uso de técnicas destinadas a estabilizar al paciente (1,3,15,19,20,21,23,24,28).

El **18,18% (n=2)** menciona el rol de enfermería vinculado a los documentos existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental (9,26).

A continuación, se detallan los resultados encontrados sobre los dos enfoques del rol enfermero.

-Detección precoz y reconocimiento de los primeros signos de agitación, junto con la capacitación en el uso de técnicas destinadas a estabilizar al paciente:

De estos 9 artículos, el **77,77% (n=7)** menciona y describe la detección precoz y el reconocimiento de los primeros signos de agitación, como parte del rol enfermero en el manejo clínico de la APM (1,3,15,19,20,23,24). En este sentido, 3 artículos especifican el uso de las siguientes escalas:

-Agitation Severity Scale (ASS): Evalúa comportamientos involucrados con la APM. Escala simple y rápida que no requiere participación del paciente.

-The Behavioural Activity Rating Scale (BARS): Mide la gravedad del comportamiento de la persona que sufre APM.

-The Clinical Global Impression Scale of Aggression (CGI-A): Se trata de un elemento clasificado en una escala Likert de cinco puntos de gravedad basada en la observación clínica.

-The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI): Se trata de una escala evaluada por el cuidador que ayuda a la detección de comportamientos agitados en una escala Likert de gravedad de 7 puntos (se necesita periodo observación de 2 semanas).

-The Overt Aggression Scale (OAS): Clasifica los episodios agresivos en cuatro tipos de gravedad: agresión verbal, contra objetos, autoagresión o hetero agresión.

-The Overt Agitation Severity Scale (OASS): Evalúa la frecuencia y la gravedad de los comportamientos agitados, no se recomienda en situaciones de emergencia.

-The Positive and Negative Syndrome Scale Excited Component (PANSS-EC): Mide la gravedad de la

agitación en pacientes psicóticos agudos que ayuda a la decisión de administración de medicación en pacientes con esquizofrenia en APM.

-The Staff Observation Aggression Scale (SOAS): Desarrollada para evaluar los comportamientos agresivos de pacientes hospitalizados. Utilizada para medir las tasas de prevalencia y frecuencia de agresión, así como de la gravedad de la agresión en pacientes agudos.

-Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ABS): Permite conocer la gravedad de la agitación y sus propiedades en términos de labilidad y agresividad ^(1,3,15).

Por otro lado, de los 9 artículos anteriores, el **44,44% (n=4)** menciona la capacitación del personal en el uso de técnicas destinadas a estabilizar al paciente como parte del rol enfermero para el manejo clínico de la APM. Estas técnicas hacen referencia a la contención verbal, farmacológica y mecánica ^(1,19,22,28).

-Rol de enfermería vinculado a los documentos existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental.

Los 2 artículos que mencionan el rol de enfermería vinculado a estos documentos, describen el rol enfermero mediante las siguientes actividades:

-Promoción a la autonomía y competencia en relación a su proceso de salud. Realización de educación sanitaria sobre las opciones de tratamiento del paciente, así como proporcionar el conocimiento de sus contraindicaciones y la importancia de su seguimiento.

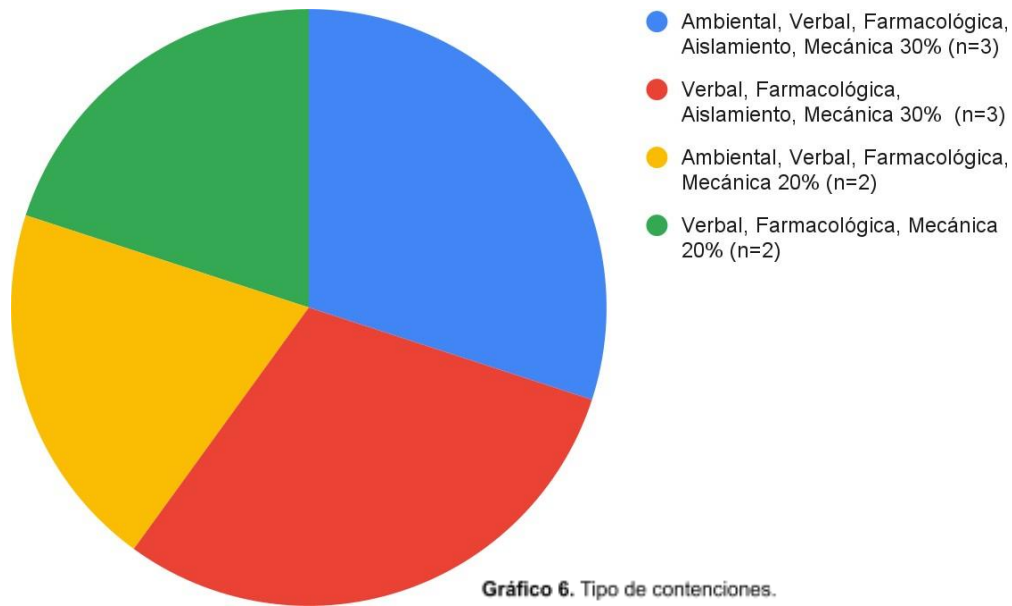
-Entrevistas motivacionales y procesos de negociación (habilidades comunicativas).

-Orientación en la toma de decisiones mediante la individualización teniendo en cuenta los valores, preferencias y circunstancias clínicas ^(9,26).

4.2.3- Tipos de contenciones.

Los tipos de contenciones existentes para el manejo clínico de la APM se mencionan en el **52,63% (n=10)** de los artículos.

Los tipos de contenciones que se mencionan en los estudios analizados son los siguientes: contención ambiental, contención verbal, contención farmacológica, aislamiento y contención mecánica ^(1,3,14,16,19,20,23,24,25,27) (ver **Gráfico 6**).



De estos 10 artículos, el **30% (n=3)** describe la contención ambiental como primera intervención, seguida de la contención verbal, farmacológica, aislamiento y por último la contención mecánica como recursos para el manejo de la APM en pacientes con problemas de salud mental ^(3,16,19).

Por otro lado, de estos 10 artículos, el **30% (n=3)** describe la contención verbal como primera intervención, seguida de la contención farmacológica, el aislamiento y finalmente la contención mecánica como los recursos de elección para el manejo de la APM en pacientes con problemas de salud mental ^(14,20,24).

Finalmente, el **20% (n=2)** describe la contención ambiental, seguida de la contención verbal, la farmacológica y la contención mecánica como último recurso ^(1,23). El último **20% (n=2)** describe la contención verbal seguida de la farmacológica y finalmente la contención mecánica ^(25,27).

4.2.4- Documentos existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental.

Los documentos existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental se mencionan en el **31,57% (n=6)** de los artículos. De estos, el **50% (n=3)** describe el Documento de Voluntades Anticipadas Psiquiátricas ^(8,18,26) y el otro **50% (n=3)** el Documento de Decisiones Compartidas ^(9,17,21) (ver **Gráfico 7**).

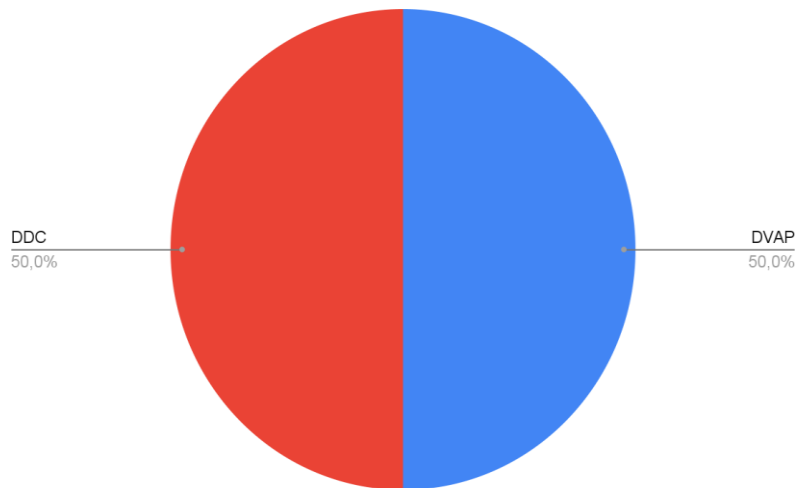


Gráfico 7. Documentos existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental.

A continuación, se detalla la repercusión del uso de estos documentos.

De los artículos que describen el DVAP, el **66,66% (n=2)** muestra una mejora en adherencia farmacológica y la reducción del empleo de medidas coercitivas ^(8,26). El **33,33% (n=1)** muestra una reducción estadísticamente significativa y clínicamente relevante (25%) en los ingresos obligatorios para adultos en los hospitales de salud mental en personas diagnosticadas de esquizofrenia o trastorno bipolar y una mejora de la consciencia patológica (*insight*) ⁽¹⁸⁾.

De los artículos que describen el DDC (**n=3**), todos muestran una mayor adherencia farmacológica, una reducción en las intervenciones coercitivas, una reducción en los ingresos involuntarios, así como los días de ingreso y, una mejor alianza terapéutica entre la persona y el personal sanitario (PS) ^(9,17,21).

5. DISCUSIÓN

Factores que influyen en la APM.

Podemos observar que los artículos que analizan esta variable suponen el 26,31% de la muestra de los estudios seleccionados. Los factores que influyen a que una persona con problemas de salud mental sufra un episodio de APM, depende de 5 factores: factores demográficos, factores psicosociales, tipo de problema de salud mental padecido, historia de antecedentes y tipo de ingreso ^(1,3,15,16,23).

De este modo, analizando los factores demográficos, los estudios mencionan que se trata de hombres, jóvenes (algunos especifican el rango de edad de <40 años), solteros y con un nivel educativo bajo ^(1,3,15,23).

Hablando de los factores psicosociales, podemos observar que son personas que sufren o han sufrido un evento estresante recientemente, donde uno de ellos puede ser el hecho de tener un conflicto con el PS u otros pacientes ^(1,15). Seguidamente, suelen ser personas diagnosticadas de esquizofrenia, bipolaridad o TLP ^(3,15,16,23). Añadimos la influencia del consumo de drogas, de manera que todas, tienen antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas, así como antecedentes de comportamientos agresivos ^(3,15). Finalmente, el ingresar de forma involuntaria se trata de un factor muy influyente a la hora de que una persona con problemas de salud mental sufra un episodio de APM ^(1,3,15).

Rol de enfermería para el manejo de la APM

Los artículos que analizan esta variable suponen el 57,89% de los estudios seleccionados. Podemos considerar que se trata de la variable con más evidencia científica investigada.

Poniendo en común los estudios analizados, el rol de enfermería para el manejo de la APM se basa en: la detección precoz y reconocimiento de los primeros signos de agitación, así como la capacitación en el uso de técnicas destinadas a estabilizar al paciente (contención verbal, contención farmacológica, contención mecánica) ^(1,3,15,19,20,22,23,24,28). La identificación precoz del paciente con riesgo de APM redujo el 75% de las contenciones mecánicas y ambientales ⁽³⁾.

Para poder llevar a cabo esta detección precoz de los signos de APM, existen diferentes escalas con las que realizar una evaluación cuantificable ^(1,3,15). Estas nos permiten realizar una valoración de la persona que se encuentra con riesgo o en situación de APM mediante la observación clínica.

La gran mayoría están diseñadas para su uso clínico, no obstante, la escala CMAI está preparada para ser valorada por el cuidador o una persona referente ya que requiere un nivel de especificidad alto ⁽³⁾.

No se especifica cual es la mejor escala para el uso clínico, no obstante, podemos destacar las escalas Agitation Severity Scale (ASS) y The Clinical Global Impression Scale of Aggression (CGI-A) ⁽³⁾ ya que estas nos permiten evaluar los comportamientos de manera rápida y simple, requisitos indispensables

para poder realizar un reconocimiento efectivo y temprano.

Estas escalas valoran el lenguaje verbal de la persona (tono de voz, palabras utilizadas), el lenguaje no verbal (gesticulación, contacto visual, movimientos oculares) y el nivel de hiperactividad presentada.

Hablando de los documentos existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental, enfermería juega un papel imprescindible en la proporción de información y educación sanitaria sobre los diferentes tratamientos, así como todo lo que pueda contribuir a su autonomía y competencia en relación a su proceso de salud ^(9,26).

Tipos de contenciones

La variable de tipos de contenciones utilizadas en situación de APM en la persona con problemas de salud mental, es analizada por el 52,63% de los estudios seleccionados. Se trata de la segunda variable analizada con más evidencia científica investigada.

Podemos observar que la contención verbal, farmacológica y mecánica se tratan de intervenciones que se realizan en todos los estudios.

Sin embargo, los tipos de contenciones utilizadas, así como el orden de ejecución de las mismas es ambiguo.

Encontramos discrepancias sobre cuál sería la primera contención a realizar. 5 estudios indican la contención ambiental ^(1,3,16,19,23), y otros 5 la contención verbal ^(14,20,24,25,27). De este modo, el factor que puede estar generando esta ambigüedad sería el espacio, de manera que, si la APM se da en los pasillos del hospital o en alguna consulta, podríamos considerar que la contención ambiental no podría realizarse.

Seguidamente, estaría indicado realizar una contención verbal seguida de una contención farmacológica en el caso de que la anterior no fuera efectiva ^(1,3,14,16,19,20,23,24,25,27).

Si la contención farmacológica no fuera efectiva o no se pudiera realizar, volvemos a encontrar diferencias en la siguiente intervención a realizar. 6 estudios indican realizar aislamiento ^(3,14,16,19,20,24) antes de realizar una contención mecánica y el resto de estudios indican realizar la contención mecánica primero.

Como última intervención, todos los estudios coinciden en que la contención mecánica debe ser el último recurso utilizado ^(1,3,14,16,19,20,23,24,25,27). Se trata de la intervención más eficaz pero la que conlleva más riesgos al paciente. Está indicado realizar un registro de los signos vitales del paciente cada 4h, así como mantener el cabezal elevado (a 30º como mínimo) para evitar el riesgo de ahogo o broncoaspiración de la persona. Tiene baja eficacia terapéutica ya que a pesar de que se consigue erradicar el peligro inmediato que supone el paciente para sí mismo o para otros, la causa principal del problema no es tratada ⁽³⁾. También afecta a la relación terapéutica y de confianza que se establece con el paciente ya que se trata de un evento estresante donde se compromete sustancialmente la autonomía del mismo colocándolo en una posición vulnerable ⁽¹⁶⁾.

Además de los 4 tipos de contenciones mencionados anteriormente ^(10,11) (la contención verbal, la contención ambiental, la contención farmacológica y la contención mecánica), se ha encontrado la mención del aislamiento como un tipo de contención ^(3,14,16,19,20,24), es decir la reclusión de la persona en un espacio preparado para que sea seguro y protector.

Teniendo en cuenta que el concepto de contención ambiental abarca cualquier modificación del espacio en el que se encuentra la persona con el objetivo de evitar peligros, llama la atención la mención al aislamiento como una medida diferenciada de este tipo de contención. Un ejemplo de contención ambiental podría ser eliminar del espacio los objetos punzantes, objetos de cristal, sillas o mesas. Siguiendo esta línea, podemos considerar el aislamiento como un tipo específico de contención ambiental, ya que funciona de la misma manera; modifica el entorno/espacio del paciente con el objetivo de prevenir riesgos/peligros.

Documentos existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental.

Los artículos que analizan esta variable suponen el 31,57% de los artículos seleccionados.

Los documentos mencionados son el Documento de Voluntades Anticipadas Psiquiátricas ^(8,18,26), junto con el Documento de Decisiones Compartidas ^(9,17).

El uso de estos documentos demuestra ser un recurso favorable para las personas con problemas de salud mental debido a los beneficios que aporta. Su uso demuestra una mejoría en la adherencia farmacológica. Recordemos que uno de los motivos principales de los ingresos en las unidades de salud mental es por el abandono del tratamiento farmacológico, de manera que esto nos lleva a una reducción de ingresos y en consecuencia una reducción del empleo de medidas coercitivas ^(8,9,17,18,26).

El concepto de empoderamiento del paciente es un concepto clave en el uso de estos documentos. El hecho de dejar anotada una voluntad/decisión y que se respete, hace que la persona se sienta empoderada y por lo tanto potenciamos su rol autónomo. De este modo, la libre elección de tratamiento funciona de la misma manera ⁽⁸⁾.

6. CONCLUSIÓN

Los factores que influyen en que una persona con problemas de salud mental sufra un episodio de APM se relacionan con el sexo, la edad, factores psicosociales, educativos y diagnóstico psiquiátrico y otros antecedentes. En el momento agudo y/o desestabilización del problema de salud mental, podemos definir una persona y un entorno concreto con mayor riesgo de presentar un episodio de APM: Hombre joven (<40 años), soltero, con un nivel educativo bajo, diagnosticado de esquizofrenia, bipolaridad o TLP con antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas que sufre un evento estresante y/o conflicto.

Debemos de tener en cuenta que esto se aplica en el momento agudo y/o desestabilización del problema de salud mental, ya que, si existe un seguimiento farmacológico/ terapéutico y la persona se encuentra estable, estos factores no son objetivables.

Enfermería juega un papel muy importante en el manejo de la APM. Debemos encargarnos de la detección precoz y reconocimiento de los signos de agitación ya que esta intervención reduce el riesgo de realizar otro tipo de intervenciones más invasivas.

Para poder realizar esta detección existen diferentes escalas que nos permiten realizar una evaluación cuantificable. La escala ASS junto con la CGI-A pueden ser un buen recurso por su simplicidad y rapidez en su uso clínico.

Por otro lado, haciendo referencia a los documentos existentes para la participación activa de la persona con problemas de salud mental, debemos encargarnos de la educación sanitaria sobre todo lo que engloba el proceso de salud de la persona para contribuir y orientar en la toma de decisiones reflejada en estos documentos.

Los tipos de contenciones utilizadas en situación de APM en la persona con problemas de salud mental siguiendo este orden son, la contención ambiental, contención verbal, farmacológica, el aislamiento y la contención mecánica.

Encontramos diferencias en la realización de la contención ambiental (antes de la contención verbal), así como en la indicación del aislamiento (antes de la contención mecánica). Esto puede estar influido por la necesidad de un espacio habilitado para estas intervenciones.

El Documento de Voluntades Anticipadas Psiquiátricas junto con el Documento de Decisiones Compartidas, son los recursos mencionados en los artículos encontrados que implican la participación del paciente en su proceso de salud. Demuestran ser beneficiosos en las personas con problemas de salud mental, pues el uso de estos documentos reduce el empleo de medidas coercitivas, entre otros beneficios para la persona.

7. IMPLICACIÓN A LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y PROPUESTA DE INVESTIGACIONES FUTURAS.

Los resultados obtenidos en esta revisión de la literatura son relevantes para proporcionar una atención sanitaria de calidad en las personas con problemas de salud mental. Enfermería juega un papel fundamental en la gestión de la APM, ya que somos al fin y al cabo las que actuamos y tomamos algunas decisiones en primera línea. Hemos podido analizar algunos puntos clave que podrían ayudarnos a mejorar como profesionales en cuanto a la atención sanitaria proporcionada.

La capacitación de los profesionales en este contexto, se trata de un punto crucial para poder ofrecer unos buenos cuidados y en consecuencia una reducción del uso de medidas coercitivas.

Las escalas que nos permiten realizar una evaluación precoz del estado del paciente son un recurso que nos permite objetivar y registrar una situación para poder realizar una buena toma de decisiones y valorar la intervención a realizar, por lo que su instauración en los diferentes centros de salud mental podría contribuir en la mejora de la gestión de estas situaciones.

Por otro lado, el hecho de tener una idea general del perfil de personas con problemas de salud mental que tienen riesgo de APM nos puede ayudar en todo lo que engloba este proceso de detección precoz. Seguidamente, el estudio de los documentos que promueven la autonomía, así como la participación de la persona en su proceso de salud, se trata de un recurso poco conocido que resulta tener un impacto muy positivo en la persona con problemas de salud mental. Sería interesante dar visibilidad a estos documentos, así como su promoción.

Teniendo en cuenta los resultados hallados en este estudio, sería interesante investigar sobre la aplicación de estas escalas por parte de enfermería y poder así, evaluar su eficacia en cuanto a la detección precoz de la APM, así como su impacto en el uso de las medidas coercitivas.

Añadir también, la investigación del impacto del uso del DVAP y el DCC en las personas con problemas de salud mental, mediante la promoción del mismo en los diferentes centros de salud mental, ya que se trata de documentos poco aplicados en la práctica clínica.

8. CRONOGRAMA

OCTUBRE						
L	M	X	J	V	S	D

					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

NOVIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D

	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

DICIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D

			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

ENERO						
L	M	X	J	V	S	D

						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

FEBRERO						
L	M	X	J	V	S	D

		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					

MARZO						
L	M	X	J	V	S	D

		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ABRIL						
L	M	X	J	V	S	D

					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

MAYO						
L	M	X	J	V	S	D

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

JUNIO						
L	M	X	J	V	S	D

			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

- Reunión con M^a José.
- Entrega 1^a solicitud / contrato aprendizaje/ memoria de seguimiento / memoria final /presentación oral.
- Búsqueda bibliográfica introducción / búsqueda artículos del estudio.
- Jornada TFG.
- Redacción objetivos y metodología.
- Revisión general.
- Selección de artículos y análisis de datos.
- Resultados y discusión.
- Conclusiones.
- Implicación a la práctica profesional
- Preparación presentación oral

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Vieta E, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. BMC Psychiatry. 8 de septiembre de 2017; 17(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1490-0>
- 2.- Rubina Puelles, M.V. Repositorio Institucional Digital [Internet]. “Cuidados de enfermería en pacientes con agitación psicomotriz en el servicio de emergencia de salud mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD, Lima - 2019” [consultado el 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://209.45.55.171/handle/20.500.12952/4110>
- 3.- Garriga, M. et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. World Journal of Biological Psychiatry. 17 de febrero de 2016; 17(2):86-128. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
- 4.- Mantovani, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agresivo. Revista Brasileira Psiquiatria. Octubre de 2010; 32(suppl 2): S96—S103. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s1516-44462010000600006>
- 5.- Caminero Luna, P. et al. AEESME | Asociación Española de Enfermería de Salud Mental, Servicio Madrileño de Salud. [Internet]. 2012 [consultado el 9 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf>
- 6.- Orlando, A., Vanina, G. and Analía, G. Consentimiento Informado En Salud Mental, Auditoriamedica hoy, Auditoría Médica Hospital Alemán; [Internet]. 2010 [consultado el 28 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/C.%20I.%20EN%20SALUD%20MENTAL%20CON%20FOTO.pdf>
- 7.- Zaragoza Martí, M.F., Julià-Sanchis, R. and García-Sanjuán, S. “El documento de voluntades anticipadas Como Instrumento de Planificación ético-jurídico: Especial atención a la salud mental,” Revista de Bioética y Derecho. 11 de mayo de 2020 ;(49):25-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/rbd2020.49.28451>
- 8.- Ramos Pozón S, Román Maestre B. Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. Marzo de 2014 ;34(121):21-35. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s0211-57352014000100003>

9.- Ramos Pozón S. Las decisiones compartidas en salud mental: mitos, barreras y beneficios. Revista de Psiquiatría de Salud Mental. Julio de 2016 ;9(3):175-6.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.003>

10.- Antolín Miguel, N. “Rol de enfermería ante El Paciente agitado” - uva [Internet]. 2016 [consultado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24602/TFG-L1532.pdf;sequence=1>

11.- Salut Integral Barcelona. Gencat.cat [Internet]. Circuit d'atenció urgent a les persones amb agitació psicomotora; 2019 [consultado el 17 de febrero de 2023].

Disponible en: <https://salutintegralbcn.gencat.cat/ca/ambits/urgencies/circuit-datencio-urgent-a-les-persones-amb-agitacio-psicomotora/>.

12.- Garrido Viñado, E. et al. “El Coste Económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España,” Psiquiatría Biológica. Enero de 2015; 22(1):12-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2015.04.002>

13.- Pacciardi, B. et al. “Issues in the management of acute agitation: ¿How much current guidelines consider safety?,” Frontiers in Psychiatry, 4. 2013 Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00026>.

14.- Gómez-Durán EL, Guija JA, Ortega-Monasterio L. Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica. Medicina Clínica. 2019; 142:24-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(14\)70068-5](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(14)70068-5)

15.- Garrote-Cámara, ME. et al. Clinical and Sociodemographic Profile of Psychomotor Agitation in Mental Health Hospitalisation: A Multicentre Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 30 de noviembre de 2022; 19(23):15972. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph192315972>

16.- Manzano-Bort, Y. et al. Experience of mental health nurses regarding mechanical restraint in patients with psychomotor agitation: A qualitative study. Journal of Clinical Nursing. 29 de agosto de 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.16027>

- 17.- Radenbach, K. et al. Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice: Table 1. *Journal of Medical Ethics*. 21 de junio de 2014; 40(5):343-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101038>
- 18.- Tinland, A. et al. Psychiatric advance directives for people living with schizophrenia, bipolar I disorder, or schizoaffective disorders: Study protocol for a randomized controlled trial – DAiP study. *BMC Psychiatry*. Diciembre de 2019; 19(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2416-9>
- 19.- Patel, MX. Et al. Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: De-escalation and rapid tranquillisation. *Journal of Psychopharmacology*. Junio de 2018; 32(6):601-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0269881118776738>
- 20.- Bor YM, Abellán RM, Falcó-Pegueroles A. La Contención Mecánica en los cuidados del paciente con trastorno mental: Una Aproximación conceptual y crítica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0262>
- 21.- Kane NB. Ulysses in the United Kingdom: Difficulties with a capacity-based justification for self-binding in bipolar disorder. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 27 de septiembre de 2017; 23(5):1038-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jep.12809>
- 22.- Hirsch S, Steinert T. Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *DTSCH Aertzblatt Online*. 10 de mayo de 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>
- 23.- D^a Carmen Tosat Mancho, et al. DC. XVIII Premios de enfermería. Colegio Oficial de Enfermería de Huesca. *Enfermería Científica Altoaragonesa*; 2021 [Internet]. [consultado el 28 de marzo de 2023] Disponible en: <https://www.colegioenfermeriahuesca.org/wp-content/uploads/2022/02/REVISTA-15-DEFINITIVA.pdf>
- 24.- Salazar de Pablo G, González-Pinto A. Importancia de la formación en técnicas de desescalada para la prevención y tratamiento de los episodios de agitación. *Revista Psiquiatría Salud Mental*. 2019; 13(1):48-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.02.004>

- 25.- Fernández-Gallego V, Angulo CC, Castillo JS, Aquilino JA. Contención del paciente agitado. FMC Formación Médica Continuada En Atención Primaria. Diciembre de 2020;27(10):508-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.03.013>
- 26.- Ramos Pozón S. Las voluntades anticipadas en salud mental: hechos y valores. Revista de Psiquiatría Salud Mental. 2014; 8(4):244-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.04.001>
- 27.- Gallego-Gómez, N. et al. Initial management of the patients with psychiatric involvement in hospital emergency departments: A systematic review. Anales Del Sistema Sanitario de Navarra. 28 de abril de 2021; 44(1):71-81. Disponible en: <https://doi.org/10.23938/assn.0939>
- 28.- Sastre Rus M, Campaña Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual. Mayo de 2014; 8(1):0. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2014000100007>

10. ANEXOS

Tabla 1. Tabla de las variables de la muestra y el estudio.

Título	Variables de muestra				Variables de estudio			
	Base de datos	Año	País	Idioma	Factores que influyen en la APM	Rol de Enfermería	Tipo de contenciones	Documentos existentes
Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus ⁽³⁾	PubMed	2016	Reino Unido	Inglés	<p><u>-Tipo de problema de salud mental:</u> esquizofrenia y bipolaridad.</p> <p><u>-Factores de riesgo demográficos:</u> edad joven (no específica rango), sexo masculino, soltero.</p> <p><u>-Antecedentes:</u> reingresos previos, consumo, comportamiento agresivo.</p> <p><u>-Tipo de ingreso:</u> ingresos involuntarios</p>	<p>Evaluación precoz mediante escalas de autoevaluación: La identificación precoz del paciente con riesgo de APM redujo el 75% de contenciones mecánicas y ambientales</p> <p>-Agitation Severity Scale (ASS): evalúa comportamientos involucrados con la APM. Escala simple y rápida que no requiere participación del paciente.</p> <p>-The Behavioural Activity Rating Scale (BARS). Mide la gravedad del comportamiento de la persona que sufre APM.</p> <p>-The Clinical Global Impression Scale of Aggression (CGI-A) se trata de un elemento clasificado en una escala Likert de cinco puntos de gravedad basada en la observación clínica.</p> <p>-The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) se trata de una escala evaluada por el cuidador que ayuda a la detección de comportamientos agitados en una escala Likert de gravedad de 7 puntos (se necesita periodo observación de 2</p>	<p><u>-Contención ambiental:</u> Seguridad del paciente y personal.</p> <p><u>-Contención verbal</u></p> <p><u>-Contención farmacológica:</u> Fácil de administrar y no traumática, acción rápida, bajos efectos adversos e interacciones. Tres tipos de fármacos:</p> <p>Antipsicóticos de primera generación (FGA), Benzodiazepinas (BDZ) y antipsicóticos de segunda generación (SGA).</p> <p><u>-Contención mecánica o aislamiento:</u> Baja eficacia terapéutica, uso inapropiado, efectos negativos sobre paciente y relación terapéutica. Utilizarlas como último recurso. Durante el menor tiempo posible y nunca como castigo. Las pautas de consenso BETA recomiendan que, si un paciente está en peligro inmediato para sí mismo o para otros, está indicada la restricción, si el paciente no es un peligro para los demás, la reclusión</p>	No menciona.

						<p>semanas).</p> <p>-The Overt Aggression Scale (OAS) clasifica los episodios agresivos en cuatro tipos de gravedad: agresión verbal, contra objetos, autoagresión o heteroagresión.</p> <p>-The Overt Agitation Severity Scale (OASS) evalúa la frecuencia y la gravedad de los comportamientos agitados, no se recomienda en situaciones de emergencia.</p> <p>-The Positive and Negative Syndrome Scale Excited Component (PANSS-EC) Mide la gravedad de la agitación en pacientes psicóticos agudos que ayuda a la decisión de administración de medicación en pacientes con esquizofrenia en APM.</p> <p>-The Staff Observation Aggression Scale (SOAS) desarrollada para evaluar los comportamientos agresivos de pacientes hospitalizados. Utilizada para medir las tasas de prevalencia y frecuencia de agresión, así como de la gravedad de la agresión en pacientes agudos.</p>	<p>podría ser suficiente. Sin embargo, si el paciente se convierte en un peligro para sí mismo mientras está recluido, la restricción puede ser adecuada.</p>	
Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor	PubMed	2017	España	Inglés	<p>Por recaída aguda del problema de salud.</p> <p><u>-Factores demográficos:</u></p>	<p>Evaluar y realizar una contención ambiental. Proporcionar espacio seguro. Escalas de evaluación:</p>	<p>En primer lugar, realizar contención ambiental, seguidamente contención verbal, contención farmacológica y finalmente</p>	No menciona.

agitation ⁽¹⁾					<p>hombres, menores de 40 años y bajo nivel educativo.</p> <p><u>-Factores psicosociales:</u> historia de conflicto con el personal u otros pacientes, evento estresante.</p> <p><u>-Tipo de ingreso:</u> ingreso involuntario.</p>	<p>-Escala de Impresión Global Clínica para la Agresión (CGI-A) Mide la gravedad del comportamiento agitado en 7 niveles de gravedad.</p> <p>-Escala de Calificación de Actividad Conductual (BARS) indicada para situaciones de emergencia</p> <p>También está indicado estabilizar al paciente, evitar medidas coercitivas, tratar de la manera menos restrictiva posible.</p> <p>Formar una alianza terapéutica y garantizar un plan adecuado para la atención posterior.</p>	contención mecánica	
<p>Clinical and Sociodemographic Profile of Psychomotor Agitation in Mental Health Hospitalisation: A Multicentre Study. ⁽¹⁵⁾</p>	PubMed	2022	España	Inglés	<p><u>-Factores demográficos:</u> Hombre, menor de 40 años, soltero, tener un nivel bajo de educación.</p> <p><u>-Tipo de problema de salud mental:</u> Esquizofrenia, bipolaridad, algunos trastornos de la personalidad.</p> <p><u>-Antecedentes:</u> tener antecedentes familiares de alcoholismo o comportamiento agresivo.</p> <p><u>-Factores psicosociales:</u> historia de conflicto con el</p>	<p>Evaluación temprana mediante escalas.</p> <p>-Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ABS). Permite conocer la gravedad de la agitación y sus propiedades en términos de labilidad y agresividad</p> <p>Determinar y evaluar los trastornos de ansiedad previenen la aparición de APM</p>	No menciona.	No menciona.

					<p>personal sanitario u otros pacientes, eventos estresantes recientes en la vida.</p> <p>-<u>Tipo de ingreso</u>: ingreso involuntario.</p>			
<p>Experience of mental health nurses regarding mechanical restraint in patients with psychomotor agitation: A qualitative study. ⁽¹⁶⁾</p>	PubMed	2022	España	Inglés	<p>-<u>Tipo de problema de salud mental</u>: Esquizofrenia, bipolaridad, trastornos de la personalidad.</p>	No menciona.	<p>Modificación ambiental, contención verbal, contención farmacológica, aislamiento y contención mecánica donde esta última compromete la autonomía del paciente, lo coloca en una posición vulnerable y tiene consecuencias físicas y psicológicas.</p>	No menciona.
<p>Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice. ⁽¹⁷⁾</p>	PubMed	2014	Alemania	Inglés	No menciona.	No menciona.	No menciona.	<p>Los <u>documentos de decisiones compartidas</u> son más aceptados que los documentos de voluntades anticipadas psiquiátricas.</p> <p>Estos documentos señalan un aumento en la satisfacción del paciente y una mayor adherencia a la medicación.</p> <p>Muestran una reducción de las intervenciones coercitivas, ingresos involuntarios, reducción de los días de ingreso.</p>

								Falta de conocimiento de estos documentos en Alemania.
Psychiatric advance directives for people living with schizophrenia, bipolar I disorders, or schizoaffective disorders: Study protocol for a randomized controlled trial - DAiP study. ⁽¹⁸⁾	PubMed	2019	Francia	Inglés	No menciona.	No menciona.	No menciona.	<u>Documento de voluntades avanzadas psiquiátricas</u> (directivas avanzadas psiquiátricas PAD). Documento que permiten a los adultos con capacidad de toma de decisiones declarar sus preferencias de atención por adelantado, para que se apliquen en caso de deterioro de esta capacidad. Describe el plan en caso de pérdida de crisis o capacidad mental, planes de tratamiento, etc. Se redacta con un trabajador de apoyo y comparten el documento con un agente de atención médica y psiquiatra. Las declaraciones anticipadas mostraron una reducción estadísticamente significativa y clínicamente relevante (25%) en los ingresos obligatorios para adultos en los hospitales de salud mental.
Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of	CINAHL Complete	2018	Reino Unido	Inglés	No menciona.	Reconocimiento de los primeros signos de agitación y capacitación en el uso de las técnicas destinadas a calmar la ira.	<u>Desescalada y tranquilización rápida:</u> intervenciones no verbales (ambientales) que tienen como objetivo reducir la agitación y angustia, con el fin de evitar la agresión o violencia. Seguido de	No menciona.

acute disturbance: De-escalation and rapid tranquillisation. ⁽¹⁹⁾							intervenciones verbales. <u>Contención farmacológica</u> <u>Aislamiento.</u> <u>Restricción mecánica</u> como último recurso. Este recurso afecta a la relación de confianza entre paciente y PS.	
La contención mecánica en los cuidados del paciente con trastorno mental: una aproximación conceptual y crítica. ⁽²⁰⁾	CINAHL Complete	2019	España	Español	No menciona.	Disminuir la ansiedad y aminorar el riesgo de daño a sí mismo y a otros. Detección precoz.	Contención verbal, contención farmacológica, aislamiento y contención mecánica.	No menciona.
Ulysses in the United Kingdom: Difficulties with a capacity-based justification for self-binding in bipolar disorder. ⁽²¹⁾	CINAHL Complete	2017	Reino Unido	Inglés	No menciona.	No menciona.	No menciona.	Habla del contrato Ulises. En el contexto del trastorno bipolar, la persona firma un acuerdo para ser tratada si se encuentra en estado de manía. <u>Documento de Decisiones Compartidas</u> que sólo puede aplicarse en el momento en el que se considere que el paciente carece de capacidad de toma de decisiones para el tratamiento.
Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy.	CINHAL Complete	2019	Alemania	Inglés	No menciona.	En el ECA, <u>las tasas de coerción fueron más bajas en el grupo en el que el personal había recibido formación</u> teórica y	No menciona.	No menciona.

(22)						realizados ejercicios prácticos para desescalar la situación (cinco episodios de inmovilización en dos semanas frente a ocho o diez episodios de inmovilización, respectivamente, en los grupos sin inmovilización).		
Uso de la contención mecánica en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Universitario San Jorge de Huesca. (23)	Cuiden	2021	España	Español	<p><u>-Factores demográficos:</u> Hombre, joven (no especifica rango edad).</p> <p><u>-Tipo de problema de salud mental:</u> Diagnosticado de trastorno bipolar y esquizofrenia.</p>	Detección precoz. Diagnóstico NANDA. Riesgo para la integridad física de otras personas y/o entorno seguido del riesgo para la integridad física del paciente. Donde el 42% fue por APM, el resto fue por desorientación, violento/agresivo, e impulsividad suicida.	<p><u>-Contención ambiental y/o conductual.</u></p> <p><u>-Contención verbal:</u> Contención cognitiva: informar y/o educar al paciente y a la familia. Contención emocional: actuaciones de cuidado como el apoyo al paciente y técnicas de relajación.</p> <p><u>-Contención farmacológica.</u></p> <p><u>-Contención mecánica:</u></p> <p>Pese a los avances farmacológicos la contención mecánica sigue aplicándose. Se trata del uso de procedimientos físicos o mecánicos que restringen la movilidad del paciente y aunque supone una vulneración de los derechos y libertades en España no existe una legislación única.</p>	No menciona.

<p>Importancia de la formación en técnicas de desescalada para la prevención y tratamiento de los episodios de agitación. (24)</p>	ScienceDirect	2019	España	Español	No menciona.	Evaluación de la gravedad de la agitación. Predicción, detección y abordaje de señales de alarma. (no especifica escalas)	<p><u>Desescalada verbal</u>: tienen el potencial de disminuir los niveles de inquietud y agitación. Aportan beneficios en la relación enfermera - paciente. Evitan en muchos casos medidas coercitivas.</p> <p><u>Contención farmacológica</u></p> <p><u>Medidas coercitivas</u>: Aislamiento y contención mecánica. Estas son potencialmente negativas para la relación terapéutica y perjudiciales tanto para los pacientes como para el personal sanitario.</p>	No menciona.
<p>Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica. (14)</p>	ScienceDirect	2019	España	Español	No menciona.	No menciona.	<p><u>-Contención verbal</u>: Aproximación no coercitiva que puede ayudar a controlar algunos trastornos de conducta, atenuar el nivel de activación y evitar una potencial agitación psicomotriz.</p> <p><u>-Contención farmacológica</u>: Administración de fármacos que utilizan su efecto tranquilizador para facilitar el manejo del paciente, pudiendo llegar a restringir sus movimientos.</p> <p><u>-Aislamiento</u>: reclusión en soledad en un espacio cerrado por un período.</p> <p><u>-Contención mecánica</u>: última opción, como medida extrema para evitar un daño inminente o reducir</p>	No menciona.

							la agitación o violencia, nunca como sanción por un comportamiento inadecuado o por conveniencia del personal. No obstante, en estos casos, los estándares europeos y nacionales recomiendan la revisión del estatus voluntario del ingreso y se recomienda el pase a ingreso involuntario con comunicación al juzgado.	
Contención del paciente agitado. (25)	ScienceDirect	2020	España	Español	No menciona.	No menciona.	-Contención verbal -Contención farmacológica -Contención mecánica	No menciona.
Las voluntades anticipadas en salud mental: hechos y valores. (26)	ScienceDirect	2014	España	Español	No menciona.	En el contexto de la participación activa de la persona con problemas de salud mental en la toma de decisiones sobre su salud, <u>enfermería juega un papel fundamental</u> mediante la información y educación de los diferentes tratamientos, así como todo lo que pueda contribuir a su autonomía y competencia en relación a su proceso de salud. Hemos de evitar el paternalismo injustificado que infantiliza a los pacientes, estigmatizando y discriminándolos.	No menciona.	<u>El DVA comporta repercusiones positivas en su recuperación.</u> La libre elección del tratamiento, el conocimiento de sus contraindicaciones y la importancia de su seguimiento tienen una mejora en la adherencia farmacológica, lo cual reduce el número de recidivas, pues supone una motivación para su seguimiento. Es también motivo de elección o rechazo decisiones sobre la hospitalización o personas de contacto mientras esté ingresado10. <u>El uso del DVAP reduce el</u>

								<p><u>empleo de medidas coercitivas al haber una confianza entre equipo médico y paciente.</u> Por otro lado, si se deja anotado un representante hay más posibilidad de respeto por la voluntad del paciente y con ello que la persona se sienta <i>empoderada</i>.</p> <p>Por todo ello, conseguimos un respeto por la persona (autonomía), buscamos mayor beneficio (mayor adherencia farmacológica, etc.) y evitamos futuros daños (recidivas, medidas coercitivas...). La libre elección de tratamiento puede contribuir a una reducción de la aplicación de tratamientos no deseados, lo cual es de justicia que ocurra.</p>
Las decisiones compartidas en salud mental: mitos, barreras y beneficios. ⁽⁹⁾	ScienceDirect	2016	España	Español	No menciona.	En el contexto de la aplicación de la toma de decisiones compartidas, <u>enfermería debe de disponer de unas habilidades comunicativas para mejorar esa decisión compartida</u> : entrevistas motivacionales, procesos de negociación, etc. El objetivo de este documento es integrar sus intereses y deseos junto con la elección	No menciona.	Al aplicar esta forma de <u>decisión compartida en el ámbito de la salud mental</u> produce en los pacientes un <u>aumento en la calidad de vida</u> , una mayor comunicación con los profesionales y, por tanto, una mayor alianza terapéutica, e incluso una mayor adherencia

						del mejor tratamiento propuesto que encaje con sus valores, preferencias y circunstancias clínicas.		farmacológica. Una valiosa manera de animarlos a decidir es mediante la anticipación de las decisiones, como, por ejemplo, un documento de voluntades anticipadas, el cual también ha demostrado tener unos efectos positivos (clínicos y éticos).
Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias: revisión sistemática. ⁽²⁷⁾	Scielo	2021	Español	España	No menciona.	No menciona	<p><u>Contención verbal:</u> Enfoque estructurado, claro y firme, dirigiéndose al paciente de una manera empática y mostrando interés. En la mayoría de ocasiones la contención verbal tendrá mejor resultado que cualquier otra medida restrictiva.</p> <p><u>Contención farmacológica</u></p> <p><u>Aislamiento</u></p> <p><u>Contención mecánica:</u> supervisada por enfermería cada 30' con 4-5 personas participantes en la inmovilización. Informar al paciente, realizar la actuación de manera rápida, planificada y coordinada con personal formado y entrenado para ello.</p>	No menciona.

Contención mecánica: definición conceptual. ⁽²⁸⁾	Scielo	2014	España	España	No menciona.	La contención mecánica será imprescindible, y siguiendo la evidencia científica, <u>el equipo de enfermería debe saber cómo llevarla a cabo.</u>	No menciona.	No menciona.
Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. ⁽⁸⁾	Scielo	2014	España	Español	No menciona.	No menciona.	No menciona.	<p><u>El DVAP</u> puede contemplar la decisión del paciente de permanecer en casa y tener oportunidad de ser visitados por el profesional en el domicilio en lugar de ingresar en un hospital.</p> <p>El DVAP también tiene la utilidad de tener repercusiones tanto en la recuperación de la persona como en la mejora asistencial.</p> <p>En efecto, la aceptación y deseo de algún tipo de fármaco tiene resultados terapéuticos positivos. Está demostrado que la libre elección del tratamiento, el conocimiento de sus contraindicaciones y la importancia de su seguimiento tienen una mejor adherencia farmacológica y una reducción del número de recidivas. Y es que la elección del tratamiento conlleva una motivación para su seguimiento y este cumplimiento terapéutico</p>

								<p>tiene unos resultados positivos para el bienestar físico y psicológico del paciente. Por otro lado, también se sabe que la no adherencia a los fármacos está asociada al tratamiento involuntario y a un peor curso clínico.</p> <p>Backlar P, et al. (12) constataron que los pacientes que habían realizado el DVAP estaban más satisfechos consigo al sentirse más protegidos por saber que, en momentos de mayor vulnerabilidad, eran ellos los que tomarían las decisiones y no el equipo médico. El uso del DVAP reduce el uso de medidas coercitivas. Si hay una mayor participación y colaboración en la relación asistencial es posible una reducción de algunas de estas medidas restrictivas. Además, los DVAP pueden ser una herramienta que ayude a mejorar la conciencia de patología del paciente. En definitiva, la realización del DVAP conlleva una mejora en la relación asistencial, en el cumplimiento del tratamiento por tanto en la recuperación de la persona, y contribuye a respetar el derecho a la autonomía.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

