



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HACIA EL EMPLEO DE MEDIDAS DE
RESTRICCIÓN FÍSICA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL “CUESTIONARIO
PARA PACIENTES 24-48 HORAS POST INTERVENCIÓN” EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA

OMAR RANGEL CUPA

<p>Tutor Teórico</p> <p>Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe</p>	<p>Tutor Metodológico</p> <p>Dr. Alejandro Molina López</p>
---	--



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	4
<i>TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN</i>	
<i>PSICOMOTRIZ</i>	7
<i>AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y VIOLENCIA EN UNIDADES HOSPITALARIAS</i>	13
<i>PERCEPCIÓN SOBRE EL USO DE RESTRICCIÓN FÍSICA</i>	13
<i>MÉTODOS EMPLEADOS PARA LA EVALUACIÓN DEL USO DE RESTRICCIÓN FÍSICA</i>	16
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	18
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	18
<i>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</i>	18
<i>OBJETIVOS</i>	
<i>Objetivo General</i>	19
<i>Objetivos Específicos</i>	19
<i>METODO</i>	
<i>Diseño del estudio</i>	21
<i>Sujetos</i>	21
<i>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</i>	
<i>Criterios de inclusión</i>	21
<i>Criterios de exclusión</i>	22
<i>Criterios de eliminación</i>	22
<i>Variables</i>	22
<i>Escalas e instrumentos de medición</i>	23
<i>Procedimiento</i>	25
<i>Diagrama de Flujo</i>	26
<i>Cronograma de actividades</i>	26
<i>Tamaño de muestra</i>	27

<i>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</i>	28
<i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	28
<i>RESULTADOS</i>	
<i>A. RESULTADOS CUANTITATIVOS.</i>	
<i>Resultados Descriptivos Sociodemográficos</i>	29
<i>Resultados Descriptivos de las Variables Clínicas</i>	33
<i>Resultados Descriptivos de las Variables de Agitación y Agresividad</i>	34
<i>Resultados del Inventario de Bleuler</i>	38
<i>Resultados Comparativos de la muestra</i>	43
<i>B. RESULTADOS CUALITATIVOS.</i>	
.....	46
 <i>DISCUSIÓN</i>	 53
<i>CONCLUSIONES</i>	63
<i>REFERENCIAS</i>	65
<i>ANEXOS</i>	67

INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz, es un síndrome comúnmente definido como “*la actividad motora, verbal o vocal inapropiada, que no es causada por una necesidad aparente o por un estado confusional*” (Cohen-Mansfield, 1986); actualmente la Food and Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés) ha establecido que existen definiciones consistentes para estas manifestaciones conductuales donde se incluyen “*intranquilidad excesiva que se asocia a un desequilibrio mental*” (Diccionario Médico de Dorland), “*actividad motora excesiva que se asocia a un sentimiento de tensión interna*” (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarto edición, DSM-IV por sus siglas en inglés) (Marder y cols, 2006). Sin embargo hasta la actualidad no existe un consenso para una definición precisa de “*agitación*” como fenómeno con alteraciones conductuales propias de los trastornos mentales, algunos autores la describen como sinónimo de “*intranquilidad*”, “*nerviosismo*”, “*hiperactividad*” y “*acatisia*”, otros equiparan estos últimos términos como parte de un “*síndrome de agitación*” (Lindenmayer, 2010).

A pesar de la dificultad para llegar a una definición aceptada generalmente se describen tres aspectos propios de la agitación psicomotriz: *la hiperactividad motora desorganizada y sin un propósito específico, la hiperreactividad a estímulos externos y la hiperactividad del sistema autónomo* (temblor, diaforesis, xerostomía, etc.). Estos signos y síntomas deben de ser considerados francamente inapropiados por los estándares sociales (Lindenmayer, 2010).

La agitación psicomotriz se puede clasificar de acuerdo a la presencia de agresividad como componente de la misma como se muestra en el Cuadro 1:

Cuadro 1: Componentes de agitación psicomotriz. (Lindenmayer, 2010)

<i>Agitación psicomotriz</i>	Con agresividad	Sin agresividad
-------------------------------------	------------------------	------------------------

Componente físico	Golpes, destrucción de propiedad, lance de objetos, etc.	Deambulaci3n de un lado a otro, etc.
Componente verbal	Amenazar, maldecir, etc.	Cuestionamiento constante, di3logo excesivo, etc.

Se define al t3rmino *agresi3n* como “*un comportamiento motor dirigido hacia el da1o de un objeto u otra persona*” (Berkowitz, Harmon-Jones, 2004). La agresión es un comportamiento externo que es perceptible, a diferencia de un sentimiento, el cual no es perceptible la mayoría de la veces, como la ira; de la misma forma es un comportamiento social ya que al menos involucra a dos personas. Generalmente la agresión puede manifestarse como mecanismo adaptativo, es decir, se manifiesta como una conducta de defensa o de escape ante situaciones amenazantes.

El t3rmino de “*violencia*” se define como “*el comportamiento utilizado por individuos que intencionadamente amenazan con o intentan infligir da1o en otros*” (Richmond, 2012), 3 “*el uso deliberado de la fuerza f3sica o el poder, de forma amenazante o efectiva, contra uno mismo, otra persona o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, da1o psicol3gico o privaciones*” (OMS, 2002); por lo que se puede identificar que la violencia tiene una intenci3n expl3cita de causar alg3n da1o y no corresponde a un mecanismo adaptativo como la defensa o escape.

Podemos determinar entonces, que la violencia es una caracter3stica propia de la agresión, no puede existir violencia sin agresión pero sí agresión sin violencia, y la diferencia entre estos conceptos es la intencionalidad de causar un da1o a otra persona.

Factores e indicadores de agitaci3n, agresividad y violencia

Los pacientes quienes presentan agitación psicomotriz son ampliamente susceptibles de herir a otros o a si mismos, por lo que el conocimiento en el control y tratamiento oportuno de este conjunto de síntomas es inminentemente necesario en el personal que está en contacto con este tipo de pacientes. Es necesario poder identificar a un paciente el cual es susceptible de presentar agitación psicomotriz además de agresividad y violencia; se han descrito algunos factores que deben de ser evaluados, los cuales se describen en el Cuadro 2 (Lindenmayer, 2010).

Cuadro 2: Factores asociados a la agresión y violencia. (Lindenmayer, 2010)

Factores	Ejemplos
Genéticos	Cromosomopatías: XXX,XXY,XXY. Síndrome de Vogt, Fenilcetonuria, Enfermedad de Sanfilipo.
Hormonales	Enfermedad de Cushing, Tormenta tiroidea, estados de hiperandrogenismo.
Ambientales	Contaminación, ruidos intensos, ambientes atestados.
Históricos	Antecedente de violencia y agresividad, antecedente de abuso en la infancia, paternidad deficiente, baja escolaridad.
Interpersonales	Baja tolerancia a la frustración, provocación directa, exposición previa a violencia.
Neurológicos	Lesión cerebral, convulsiones.

De la misma forma, existen predictores y elementos asociados con el desarrollo de violencia, descritos en la Cuadro 3, siendo el más importante de ellos, el antecedente de episodio de violencia.

Cuadro 3: Predictores y factores asociados más comunes para el desarrollo de conducta violenta en sujetos con padecimientos psiquiátricos. (Lindenmayer, 2010)

Predictores y eventos asociados	Ejemplos
Historia	Antecedente de abuso o negligencia en la infancia, historia de suicidio o conductas autolesivas, violencia intrafamiliar.
Edad y género	Varones y personas jóvenes (13 a 25 años).
Factores psiquiátricos	Síntomas psicóticos positivos, excitabilidad, desorganización del pensamiento, trastornos por uso de sustancias (más común en intoxicación aguda), trastornos de personalidad.
Factores emocionales	Comportamiento “acting out”, enojo, impulsividad, irritabilidad, poca tolerancia a la frustración.
Factores sociales	Poca red de apoyo social, bajo estatus socioeconómico, poca adherencia al tratamiento psiquiátrico.
Factores neurobiológicos	Delirium, Retraso mental, Traumatismo cráneo-encefálico, Crisis convulsivas.

TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

“Desescalada de violencia” (por el término en inglés “*de-escalation*”)

No existe un término en español para el término “*de-escalation*” el cual se traduce literalmente como “*desescalada*”; quizá los términos que pudieran fungir como sinónimo son “*aminorar*”, “*reducir*” ó “*disminuir*”. Para términos del presente se

utilizará el término “*desescalada de violencia*”, como las acciones destinadas a aminorar la conducta violenta.

La “*desescalada*” es definida como un enfoque no coercitivo, parte fundamental y tratamiento de primera línea para la agitación psicomotriz, principalmente enfocada en estrategias verbales para que el paciente encuentre de forma rápida el control de sus molestias; previamente se utilizaba el término “*calmar al paciente*”, sin embargo un término “*ayudar al paciente a que el mismo se calme*” no tiene una connotación de dominador-sumiso y resulta más colaborativa.

La “*desescalada*” tiene 4 objetivos principales: (1) Establecer seguridad en el paciente, el personal y otras personas en el área; (2) ayudar al paciente a manejar sus emociones y mantener o recuperar el control de su comportamiento; (3) evitar el uso de restricción física lo mayormente posible; y (4) evitar intervenciones coercitivas que aumentan la agitación (Petit, 2005; Richmond, 2012).

No existe un árbol de toma de decisiones estructurado para llevar a cabo una “*desescalada*” eficaz, sin embargo se describen diez dominios necesarios para llevarla a cabo de forma efectiva:

1. Respetar el espacio personal:

Mantener al menos dos “*longitudes de brazo*” de distancia del paciente, esto ayuda tanto para respetar el espacio personal del paciente y para asegurar espacio para moverse en caso de que el paciente se torne violento.

2. No actuar provocativamente:

El personal debe de mostrar un lenguaje corporal que propicie el diálogo, que demuestre que no se va a herir al paciente y que se desea que todos permanezcan a salvo. Las manos deben de encontrarse en un lugar visible, sin estar cruzadas. El personal debe de evitar afrontar facialmente al paciente, y debe de pararse en ángulo agudo frente al paciente con la finalidad de no parecer confrontativo. Se debe de evitar el contacto visual extenso o intenso. No se debe de desafiar, insultar o realizar alguna otra conducta que el paciente pueda percibir como humillante.

3. Establecer contacto verbal :

La primera persona en establecer contacto con el paciente debe de ser la persona designada para iniciar la “*desescalada*”. Múltiples personas hablando pueden confundir al paciente y favorece la conducta violenta. Es necesario presentarse con el paciente por nombre.

4. Ser conciso:

Dado que un paciente agitado puede presentar un procesamiento de información verbal lento o alterado, es necesario utilizar frases cortas y concisas, además de dar tiempo al paciente para que procese estas. La repetición del mensaje es esencial para una “*desescalada*” efectiva.

5. Identificar los deseos y sentimientos del paciente:

Es de suma importancia mencionarle al paciente el deseo de ayudarlo y evitar su discomfort, la frase “*me gustaría saber que necesita para saber como ayudarlo*” es esencial en este paso. De la misma forma el interpretar el lenguaje corporal es esencial para identificar las necesidades del paciente.

6. Atención y escucha empática hacia el paciente:

Es necesario repetir el mensaje que el paciente da con su discurso, esto favorece la empatía y que el paciente se muestre con mayor colaboración. Es necesario asumir la información que el paciente otorga como verdadera para poder juzgar de forma adecuada las necesidades del paciente.

7. “*Estar de acuerdo en no estar de acuerdo*”:

Mostrar asertividad en determinar la conducta que es aceptable o no, sin dejar de lado la relevancia que el paciente confiere a los sentimientos y deseos asociados a la conducta violenta: “*entiendo y es congruente que se encuentre muy molesto por lo que acaba de suceder, sin embargo no podemos permitir la presencia de violencia ya que esta es una instalación pública*”. Esto favorece la empatía y la colaboración del paciente.

8. Establecer límites:

Es necesario que el paciente se encuentre informado de forma clara los comportamientos adecuados dentro de la sala. Es necesario establecer que el uso de violencia auto o hetero dirigida es inaceptable; debe de ser necesario aplicar estos

límites de forma tranquila para que el paciente no lo tome de forma amenazante. La asesoría por parte del personal hacia el paciente debe de ser constante.

9. Ofrecer opciones y optimismo:

Algunos pacientes creen que el mostrarse violento es la única opción para salir de la situación que consideren amenazante; el ofrecer opciones puede calmar al paciente. Preguntar al paciente sobre si el considera otra opción para lograr tranquilidad es buena estrategia también.

10. Interrogar al paciente y al personal después de cualquier intervención involuntaria:

Es necesario establecer y aclarar la necesidad de la intervención involuntaria al paciente, esto disminuye la posible suspicacia y la probabilidad de posibles eventos agresivos en un futuro. El personal debe de ser interrogado para establecer percepciones y posibles mejoras para una intervención futura más efectiva (Richmond, 2012).

Uso de restricción y aislamiento

La *restricción física* se refiere al acto de sujetar a un paciente con la finalidad de controlar sus movimientos y facilitar un nuevo estado de calma en el individuo. La *restricción mecánica* se refiere al uso de medios físicos para limitar dichos movimientos (ej. Sujetar a la cama y limitar deambulación), en el presente trabajo ambos términos se utilizarán de forma indistinta. Algunos autores describen la *restricción química*, en la cual se utilizan fármacos para yugular el estado de agitación en el paciente (Downey, 2007). El *aislamiento* se define como la colocación del paciente en una habitación cerrada, de forma individual, donde la salida libre no está permitida con la finalidad de proporcionar contención y reducción de estímulos sensoriales (Kaltiala-Heino, 2003); virtualmente no existen registros del uso de esta estrategia en nuestro país.

Estas técnicas son usadas como una estrategia final para un comportamiento inminentemente agresivo. La restricción y el aislamiento no deben de ser utilizadas

con propósito de venganza o castigo por el comportamiento del paciente. Es crucial el preservar la dignidad y derechos del paciente en todo momento, esto se puede lograr asegurando la privacidad del paciente, permitiendo la participación del paciente o sus familiares en la toma de decisiones durante y posterior al uso de estas medidas en caso posible; además de establecer y garantizar la seguridad del paciente a sus familiares.

En Finlandia, se han identificado las razones que se argumentan con mayor frecuencia en este país para el uso de medidas de restricción (Kaltiala – Heino, 2003):

1. Prevenir la posibilidad de que el paciente se hiera a si mismo o a otros.
2. Retirar al paciente de una situación que incrementa en forma negativa las ideas paranoides.
3. Reducir la sobre estimulación del ambiente.

Intervención farmacológica

En general, se describen 3 niveles de atención para el uso de restricción química dependiente de la gravedad de agitación, sobre todo en el momento de “desescalada” que se encuentre el paciente en ese momento, descrito en la Tabla 4.

Cuadro 4: Algoritmo del manejo farmacológico en agitación psicomotriz. (Fitzgerald, 1999; Castle, 2005; Albrecht, 2014)

Promoviendo un ambiente seguro (1er nivel)	Manteniendo un ambiente seguro (2º nivel)	Restaurando un ambiente seguro (3er nivel)
<u>Definición:</u> Comportamiento agresivo monitorizado y controlado por el personal médico. <u>Comportamiento:</u> Ansiedad, agitación leve,	<u>Definición:</u> Escalada a comportamiento agresivo con poca capacidad de contención. Intervención clínica requerida. <u>Comportamiento:</u>	<u>Definición:</u> Comportamiento agresivo es inminente, con riesgo elevado de daño a el mismo o a los demás. Intervención obligatoria.

<p>deambulaci3n excesiva, a3n abierto al di3logo</p> <p><u>Acci3n:</u> Identificar deseos y preocupaci3n</p>	<p>Agresi3n verbal, tendencia a la hostilidad f3sica, amenazas.</p> <p><u>Acci3n:</u> Intervenci3n coordinada. Monitorizar efectividad de intervenciones no coercitivas. Continuar con la identificaci3n de miedos y deseos.</p>	<p><u>Comportamiento:</u></p> <p>Agresividad f3sica franca, francamente temeroso p suspicaz. Da3o a propiedad ajena.</p> <p><u>Acci3n:</u> Intervenci3n por experto, asegurar seguridad del paciente y personal.</p>
<p><u>Medicamento:</u> V3a oral</p> <p>Lorazepam 1-2.5 mg</p> <p>Diazepam 5-10 mg</p> <p>Clonazepam 0.5-1 mg</p>	<p><u>Medicamento:</u> V3a oral</p> <p>Risperidona 2 mg (preferentemente dispersable)</p> <p>Olanzapina 5-15 mg (preferentemente dispersable)</p> <p>Aripiprazol 15-30 mg.</p> <p>Menos preferidos:</p> <p>Clorpromazina 100-200 mg</p> <p>Puede haber combinaci3n con benzodicepinas al no ser efectiva intervenci3n en primer nivel.</p>	<p><u>Medicamento:</u> Parenteral</p> <p>Olanzapina 10 mg IM</p> <p>Lorazepam 1-2.5 mg IM</p> <p>Clonazepam 0.5-1 mg IM</p> <p>Midazolam 0.08 mg/kg IM</p>

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y VIOLENCIA EN UNIDADES HOSPITALARIAS

Se han reportado en diversos estudios que los sujetos atacados durante un episodio de agitación tienden a ser personal joven y/o con poco entrenamiento; es más común en el personal de enfermería (Flannery, 2011). Algunos estudios han reportado que los psiquiatras tienen de un 5% a un 48% de posibilidades de ser atacados por sus pacientes a lo largo de su práctica profesional, y de un 40% a un 50% de los residentes de psiquiatría serán atacados a lo largo de su residencia, dos tercios de ellos se perciben como poco o nada entrenados para enfrentar a estos pacientes (Flannery, 2011).

En los servicios de urgencias psiquiátricas de hospitales generales de segundo nivel de atención en Estados Unidos, se ha reportado que hasta un 24% de la totalidad de los pacientes que acuden se les aplican métodos de restricción, sin embargo pocos estudios indagan sobre los factores de riesgo para este tipo de intervenciones (Simpson, 2014). El uso de restricción mecánica es utilizado mayormente en pacientes jóvenes, con agitación severa, abuso de sustancias, psicosis o una llegada diurna a la sala de urgencias; se ha identificado que el diagnóstico de depresión y la suicidalidad son los únicos factores encontrados con riesgo de agitación mínima (Simpson, 2014).

PERCEPCIÓN SOBRE EL USO DE RESTRICCIÓN FÍSICA

En el presente y para fines del estudio se utilizará al término de *percepción* como la “sensación interior que resulta de una impresión hecha en los sentidos” de acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española, es decir ¿cuál es la vivencia del ante la aplicación de restricción física?. Además se utilizarán los términos “*restricción física*” y “*restricción mecánica*” de forma indistinta.

El uso de restricción física no es una medida exclusiva de la práctica psiquiátrica, utilizándose de forma cotidiana en Unidades de Cuidados Intensivos para limitar movimiento de paciente con intubación traqueal y/o sedación, en casas de retiro en

caso de delirium y en pacientes post operados con sedación importante y riesgo de caídas. Generalmente en estos medios los pacientes no tienen noción del tiempo que estuvieron con restricción, por lo que los sentimientos expresados por este tipo de pacientes son muy diversos, desde el aceptar este método porque se asume como algo necesario para prevenir una consecuencia grave, hasta la presencia de ira intensa por no poder realizar ningún movimiento. En dicho medio, la opinión de los familiares es en general neutral, asumiéndolo como algo necesario para asegurar la seguridad de su paciente (Pérez de Ciriza Amatriain, 2012). Un estudio sobre percepción familiar del uso de restricciones físicas en adultos mayores, principalmente en casas de retiro, realizado en España reporta que un 73% de los entrevistados estuvieron de acuerdo con que el uso de restricciones físicas es adecuado, de los cuales un 90.7% afirman que podrían utilizar este método en casa, contra un 9.3% que afirmó que nunca lo emplearía; esto podría interpretarse como que la mayoría de los familiares consideran estos métodos como necesarios (Fariña-López, 2008).

Se ha sugerido un cuestionamiento ético hacia el uso de medidas de restricción física debido a la presencia de complicaciones físicas importantes, como lesiones ortopédicas, rabdomiólisis, asfixia y la muerte, las cual se reporta en un 7% de pacientes a quienes se les aplica esta medida; sin embargo estas continúan siendo intervenciones comunes en la psiquiatría de urgencias al ser frecuente la presencia de violencia y agresividad; el no aplicar alguna medida de restricción física ante la presencia de un episodio de agitación psicomotriz, se asocia a conducta suicida, agresión y violencia física hacia el personal médico y paramédico, y daño a la infraestructura hospitalaria (Simpson, 2014). Nelstrop en 2006, demostró que existe muy poca evidencia para valorar la efectividad del uso de restricción física como tratamiento a corto plazo de agitación psicomotriz mediante una revisión sistemática; de la misma forma no existe evidencia suficiente sobre la percepción del personal que aplica el método y del paciente al que se le aplicó (Nelstrop, 2006), en nuestro país esta información es virtualmente inexistente.

En base a las complicaciones y riesgos físicos y mentales observados en sujetos a quienes se les aplica restricción física, se ha observado una tendencia a disminuir el uso de esta mediante métodos no coercitivos en casos de agitación psicomotriz, principalmente con técnicas propias de la “*desescalada de violencia*”; otro factor descrito como aminorante en la incidencia de agitación psicomotriz y conducta agresiva, además de mayor efectividad de técnicas no coercitivas en casos de agresividad y violencia, es el disminuir la sensación de reclusión en los pabellones psiquiátricos mediante “*pabellones abiertos*” donde es libre la salida y entrada del paciente hacia áreas de uso común dentro de la unidad hospitalaria. (Jungfer, 2014)

Ya que las técnicas no coercitivas como manejo de la conducta agresiva y agitación psicomotriz como la “*desescalada de violencia*” no siempre serán efectivas, se ha propuesto el uso de salas de aislamiento en lugar de aplicar restricción mecánica; reportándose en la literatura que el uso del aislamiento se relaciona con una mayor seguridad en la integridad física del paciente, sin embargo con menor efectividad que la restricción mecánica en relación a la integridad física del personal médico y paramédico. (Huf, 2012)

La restricción física posee un riesgo psicológico y físico. El trauma por uso de restricción, especialmente en pacientes con historia de trauma por otros factores puede inducir terror, humillación e impotencia. Se ha reportado que el uso de técnicas de “*desescalada*”, la comunicación efectiva entre personal y paciente, el uso de una actitud amable por parte del personal, el conocimiento efectivo del personal sobre el uso de restricciones, el establecimiento de límites y “*conductas no aceptables*” durante la restricción, y un tiempo corto de la duración de la intervención, son factores asociados a una mejor percepción post restricción del paciente (Hallett, 2014).

Se reporta en la literatura que las percepciones negativas de los pacientes ante el uso de restricción física predominantemente se debió a la falta de información en relación al porqué fue necesaria, la falta de asegurar la integridad del paciente por parte del personal, la falta de aclarar el plan a seguir después de la restricción, y la falta de

respuesta a los cuestionamientos; la deficiencia en aclarar dichas circunstancias propició estados de ira, incertidumbre, miedo e impotencia (Chien, 2005).

MÉTODOS EMPLEADOS PARA LA EVALUACIÓN DEL USO DE RESTRICCIÓN FÍSICA

Como se ha comentado el uso de sujeción y restricción física, ya sea mecánica o química, es controversial principalmente por la percepción negativa y/o traumática del evento de sujeción por parte del paciente, donde predominan los sentimientos de frustración, impotencia y humillación (Chien, 2005), sin embargo existe la necesidad inminente de continuar con este uso debido a las pocas alternativas existentes de contener al paciente en situaciones donde las estrategias iniciales han fallado; es por esta circunstancia que el uso de restricción física es un procedimiento que constantemente debe de ser evaluado y optimizado.

Para la evaluación y detección de áreas de oportunidad en el procedimiento de restricción física se han utilizado cuestionarios de tipo “*debriefing*”, anglicismo utilizado para denominar la acción de evaluar en forma retrospectiva un evento, con la finalidad de determinar fortalezas y debilidades del proceso realizado. Estos se enfocan predominantemente en identificar si el paciente es consciente de que aconteció un evento de restricción física, conoce la causa por la que fue necesaria la aplicación de restricción física, si es considerado como algo necesario o si cambiarían algún paso en el procedimiento de restricción física. Algunos de estos instrumentos son la *Escala de Agitación Aguda de Fremantle*, los formularios de *debriefing* post-restricción del *Center for Addiction and Mental Health* y el *Cuestionario para el paciente 24-48 horas post intervención (Inventario de Bleuler)*, herramienta utilizada en el presente estudio, creada para el desarrollo del Programa de Agitación Aguda de Bleuler, el cual se describe a continuación. Se decidió el utilizar esta herramienta, la cual se describe a continuación, debido a que es una escala autoaplicable, donde se exploran la percepción del paciente no solo en base a la consideración de si fue necesaria la aplicación de restricción física, sino la evaluación de sentimientos

específicos durante el evento de restricción física y su intensidad, las cuales otras herramientas no exploran.

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE 24-48 HORAS POST INTERVENCIÓN (INVENTARIO DE BLEULER) (Anexo 2).

El programa de agitación aguda de Bleuler, es un algoritmo de tratamiento para agitación psicomotriz psicótica aguda propuesta por Castle y colaboradores en el año 2005, desarrollada en el *Royal Melbourne Hospital* en Australia, en pacientes residentes del *Pabellón Bleuler* de dicho hospital, de donde toma su nombre el programa. El "*Cuestionario para el paciente 24-48 horas post intervención*", también conocido como *Inventario de Bleuler*, fue elaborado como instrumento de evaluación para conocer la percepción del paciente y así identificar áreas de mejora dentro del desarrollo del programa.

El cuestionario es una escala tipo Likert autoaplicable que consta de 10 ítems, los 5 primeros ítems constan de preguntas con respuesta "*si o no*" y "*¿porqué?*", los restantes 5 ítems constan de una evaluación numérica del 1 al 10 al calificar diferentes estados afectivos: ira, ansiedad, agradecimiento, temor e infelicidad; está diseñado para ser contestado 24 y 48 horas posteriores a la restricción física (Castle, 2005). Actualmente dicho cuestionario no cuenta con criterios de validez o confiabilidad debido a que su objetivo es totalmente descriptivo.

Este programa desde su elaboración ha sido sugerido como un instrumento de evaluación post restricción física en diversas propuestas de guías clínicas, predominantemente de Australia (Nichols, 2012); no se reporta en la bibliografía global el uso de este programa en algún otro protocolo; en México no existe ningún método de evaluación de la percepción de restricción física en pacientes ni en familiares.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abordar la percepción del paciente a quien se aplicó restricción física es un aspecto delicado y el procedimiento es perfectible. No existen estudios sobre la percepción del

paciente psiquiátrico hospitalizado posterior a la aplicación de restricción física en México. Esto sugiere un área de oportunidad en la atención psiquiátrica en nuestro país para evitar la posibilidad de daño físico y trauma por uso de restricción física. El contar con una retroalimentación del propio paciente sobre aspectos que pueden perfeccionarse cuando se requiere el uso restricción física será de gran utilidad.

JUSTIFICACIÓN

Al identificar la percepción del paciente ante el uso de restricción física nos permitirá identificar áreas de oportunidad para evitar la posibilidad de trauma por el uso de la misma. También se podrá identificar variables sociodemográficas y patología psiquiátrica de base que se relaciona con el uso de restricción física., lo cual pudiera ser considerados como factores de riesgo para ser restringidos físicamente. Estos conocimientos permitirán ser empleados para el desarrollo posterior de guías clínicas y árboles de toma de decisiones para el tratamiento del paciente agitado y agresivo. Por lo tanto, conocer la percepción del paciente contribuirá a mejorar el procedimiento de uso de restricción física cuando así fuera necesario y a tener en cuenta los aspectos éticos de respeto a los derechos humanos del paciente al mismo tiempo que se protege su seguridad y la de los demás.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción hacia el empleo de medidas de restricción física en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, mediante la aplicación del *Cuestionario para pacientes 24-48 horas post intervención?*

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la percepción del empleo de medidas de restricción física en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRF, por sus siglas) del 1 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2015, a quienes se les aplicó esta medida de contención, mediante la aplicación del *Cuestionario para pacientes 24-48 horas post intervención*.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas en los sujetos de estudio (género, edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico).
2. Determinar la relación y la frecuencia de uso de restricción de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico.
3. Determinar la comorbilidad con Trastornos de personalidad y Trastornos por uso de sustancias en los sujetos de estudio.
4. Conocer los antecedentes de agitación psicomotriz previa a uso de restricción física en los sujetos de estudio y de esta forma identificar recurrencia de esta conducta.
5. Identificar cuándo es más frecuente el uso de restricción física en los pacientes hospitalizados (primeros días de internamiento, días cercanos al alta médica).
6. Mediante la revisión de la *Escala de Agresión Explícita (Overt Aggression Scale)*, conocer las características más frecuentes del comportamiento agresivo, en caso de presentarse.
7. Mediante la revisión de la *Escala de Agresión Explícita (OAS, por sus siglas en inglés)* conocer que tipo de intervenciones complementarias fueron las más utilizadas.
8. Aplicar el *Cuestionario para pacientes 24-48 horas post intervención*, a los sujetos de estudio, y así determinar:
 - a) La frecuencia en que el paciente tuvo conocimiento de las razones por las que se llevó a cabo el uso de restricción física.
 - b) La descripción del paciente sobre lo sucedido durante el evento de restricción física.

- c) La descripción de las razones que el paciente considera por lo que fue necesario aplicarle restricción física.
 - d) La frecuencia en que los sujetos de estudio consideraron el uso de restricción física como algo necesario.
 - e) Los argumentos del paciente por los cuales consideraron o no necesario el uso de restricción física.
 - f) La frecuencia del uso de medicamento concomitantemente con el uso de restricción física en los sujetos de estudio.
 - g) El conocimiento, o ausencia de este, por parte del paciente sobre el medicamento que se le aplicó durante el evento de restricción física.
 - h) Cual fue el afecto percibido con mayor frecuencia en los sujetos de estudio (enojado, infeliz, ansioso, agradecido y asustado).
 - i) La gravedad del afecto percibido en los sujetos de estudio.
9. Comparar a los sujetos con antecedente de agresividad con los sujetos que no tuvieron antecedente de agresividad en relación a los días de estancia hospitalaria, puntos de sujeción, puntuaciones de la Escala de Agresión explícita en sus componentes de agresión verbal, agresión contra si mismo, agresión contra objetos y agresión contra otras personas.
10. Determinar la fuerza de asociación entre el número de puntos de sujeción aplicados durante la restricción física con el nivel socioeconómico, número de internamiento, ministración de medicamento durante la restricción física, puntuaciones de la Escala de Agresión explícita en sus componentes de agresión verbal, agresión contra si mismo, agresión contra objetos y agresión contra otras personas; y el estado emocional de los sujetos a los que se les aplica restricción física.
11. Determinar la fuerza de asociación entre el tipo de medicamento otorgado durante el evento de restricción física y el estado emocional del sujeto al que se le aplicó restricción física.
12. Describir los aspectos generales de la percepción del uso de restricción mediante la contestación cualitativa libre de los sujetos.

METODO

1. Diseño del estudio

Según la clasificación de Feinstein (Feinstein, 1985),

- Propósito general: Descriptivo
- Asignación del agente: Observacional.
- Seguimiento: Transversal.
- Recolección de datos: Prospectivo.

2. Sujetos

Pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” en los que se haya requerido el uso de restricción física. Solo se evaluará la primera vez que haya requerido restricción física durante su hospitalización.

3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- 1) Pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente durante el periodo del 01 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2015 a quienes se haya requerido aplicación de restricción física por primera vez durante su hospitalización, independientemente del diagnóstico psiquiátrico y el tratamiento.
- 2) Pacientes mayores de 18 años y menores de 65 años, de ambos géneros.
- 3) Pacientes que en el momento de la aplicación de la entrevista se encuentren activamente cooperadores y sin episodios agudos de agitación.
- 4) Pacientes que acepten su participación mediante la lectura y firma de consentimiento informado (Anexo 4).

Criterios de exclusión

- 1) Pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años.
- 2) Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- 3) Paciente con condición médica que le impida responder el instrumento por aplicar.
- 4) Pacientes con alteraciones en el estado de consciencia que a juicio del clínico no tiene las habilidades para contestar adecuadamente el cuestionario.
- 5) Pacientes cuyo diagnóstico clínico sea demencia o retraso mental de acuerdo a el diagnóstico psiquiátrico referido en la nota de ingreso hospitalario.
- 6) Pacientes que en el momento de la entrevista se encuentren con agitación aguda.

Criterios de eliminación

- 1) *Pacientes los cuales no completen de forma adecuada el instrumento a aplicar.*
- 2) *Pacientes que decidan suspender su participación durante la aplicación del instrumento.*

4. Variables

Variable	Tipo de Variable	Instrumento de Medición
Edad	Numérica discreta	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Género	Nominal dicotómica	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Escolaridad	Independiente, ordinal	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Estado Civil	Nominal dicotómica	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Diagnóstico Psiquiátrico	Cualitativa nominal	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Comorbilidad con trastorno por uso de	Nominal dicotómica	Formato de Datos Clínico-Demográficos

sustancias		
Comorbilidad con trastornos de personalidad	Nominal dicotómica	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Número de internamiento	Cuantitativa discreta	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Días de estancia hospitalaria al momento de la restricción	Numérica discreta	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Percepción del paciente	Cualitativa	<i>Cuestionario para pacientes 24-48 horas post intervención</i>

5. Escalas e instrumentos de medición

A. Formato de datos Clínico-Demográficos (Anexo 1)

Este formato fue diseñado por el investigador para recabar las características sociales y demográficas del paciente, características clínicas principales del paciente (diagnóstico al ingreso, comorbilidad con trastorno por uso de sustancias y trastornos de personalidad), día de estancia intrahospitalaria al momento de la sujeción, antecedente de agitación psicomotriz previa y número de internamiento actual. Dicha información se recabará mediante la revisión de la nota de ingreso hospitalario dentro del expediente clínico. El diagnóstico psiquiátrico se basó en la entrevista de ingreso hospitalario realizada por médico experto basado en los criterios diagnósticos DSM IV-TR.

B. Cuestionario para pacientes 24-48 horas post intervención (también conocido como Inventario de Bleuler) (Anexo 2)

Este es una escala tipo likert autoaplicable que cuenta con 10 ítems. Los primeros 5 ítems constan de responder SI/NO, donde se evalúan las siguientes características:

- 1) Recuerdo del evento de restricción física.
- 2) Recuerdo sobre la cadena de eventos durante la totalidad de la duración de la restricción física. En caso de responder de forma afirmativa se solicita que se detalle mediante una pregunta abierta.
- 3) Conocimiento sobre la causa de que ameritó el uso de restricción física. En caso de contestar "SI", se solicita que se describa de forma abierta.
- 4) Conocimiento de si el paciente lo consideró necesario. En caso de cualquier respuesta, se solicita describir las causas de la respuesta.
- 5) Conocimiento del medicamento utilizado en la restricción física. En caso de responder "SI" especificar el nombre del medicamento.

Los 5 ítems posteriores constan de una línea de escala numérica del 1 al 10 para calificar 5 estados emocionales, estos son: enojo, infelicidad, ansiedad, agradecimiento y miedo.

Se realizó una traducción de dicho cuestionario al español por el investigador principal del presente proyecto ya que no existe una versión al español, posteriormente se revisó dicha traducción en consenso con el investigador principal y tutores del presente protocolo donde se modificó dicha traducción para mayor entendimiento del paciente; esta traducción modificada se volvió a traducir al inglés por un investigador invitado quien no participa en el presente protocolo, el cual fue ciego a la primera versión y se comparó con el cuestionario original para detectar posibles discrepancias en la interpretación de las preguntas, sin encontrarse; se solicitó a 5 pacientes procedentes de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", con antecedente de uso de restricción física, que leyeran el cuestionario y posteriormente lo describieran; pudiendo identificar el objetivo principal del cuestionario en cada uno de los casos; posteriormente que lo contestaran, sin reportar problemas en el entendimiento de las preguntas y en las indicaciones de contestado.

C. Escala de Agresión Explícita (Overt Aggression Scale, OAS, por sus siglas en inglés).
(Anexo 3).

Esta es un escala aplicada por el personal médico quien aplicó la restricción física y elaborada posterior a la misma, la cual evalúa cuatro parámetros posterior a un evento de agitación: 1) Agresión verbal, 2) Agresión física contra objetos, 3) Agresión física contra sí mismo y 4) Agresión física contra otras personas. Cada uno de estos parámetros puntúan del 1 al 4 en relación a la severidad de presentación de cada parámetro. Concomitantemente se puede registrar el tipo de intervención realizada durante el evento de agitación (farmacológica, medida de restricción, etc.) (Yudofsky, 1986). En estudios previos se ha detectado la calificación total de la OAS de 7 como punto de corte para determinar la presencia o ausencia de conducta agresiva en pacientes con esquizofrenia, con una especificidad de 0.97 y sensibilidad de 0.80 (Fresán, 2004). Dicho instrumento es aplicado posterior a cada evento de agitación psicomotriz en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” por el médico quien indicó las medidas de restricción física.

6. Procedimiento

Se realizó obtención de pacientes en el servicio de Hospitalización del Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en un periodo continuo entre el periodo del 01 de enero 2015 a 31 de diciembre 2015 a los cuales se les aplique, por primera vez durante su hospitalización, restricción física independientemente de su diagnóstico psiquiátrico y tratamiento. Se invitará a formar parte del estudio de forma verbal 24-48 horas después del uso de restricción, haciendo énfasis en explicar el objetivo principal del estudio y explicar de lo que consta la participación del paciente en el estudio; en caso de responder afirmativamente se les otorgará consentimiento informado el cual deberá de leerse y firmarse por el paciente; posteriormente se otorgará *Cuestionario para pacientes 24-48 horas post intervención* el cual el paciente deberá de llenar de las 24 a las 48 horas posteriores a la aplicación de restricción física., en un tiempo máximo de 15 minutos. Los datos se recabarán por investigador al concluir el contestado por el paciente y termina la participación de este último en el estudio. Se recabará la información correspondiente del Formato de Datos Clínico-

Demográficos y Escala de Agresión Explícita (OAS) mediante la revisión del expediente clínico del paciente.

7. Diagrama de Flujo.



8. Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	NOV 2014	NOV a DIC 2014	1º ENE a 31 DIC 2015	1º TRIMESTRE 2016	2º TRIMESTRE 2016
Elaboración y entrega del anteproyecto	XXX				
Dictamen por el Comité de Tesis y el Comité de Ética		XXX			
Captación de sujetos			XXX		
Concentración de datos				XXX	
Análisis de Resultados				XXX	

Elaboración de informe final y entrega de tesis					XXX
--	--	--	--	--	-----

9. Tamaño de muestra

La bibliografía internacional revela que la prevalencia de agitación psicomotriz en pacientes hospitalizados es mayor que el 10% reportado para pacientes atendidos en servicios ambulatorios, y varía desde un 17% reportado en niños y adolescentes, hasta más del 70% en pacientes con lesión cerebral (Teresi, 1997). De acuerdo a lo anterior se puede inferir que la prevalencia de agitación en pacientes hospitalizados varía entre un 20% a un 50%. Debido a que el promedio de pacientes hospitalizados mensualmente en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” es de 45 pacientes, la prevalencia estimada en la población del Instituto Nacional de Psiquiatría varía entre 4 y 10 pacientes agitados mensualmente, lo cual se traduce en una frecuencia anual mínima de 48 y máxima de 120 sujetos al año. Si se toma como tamaño de la población, para un error de 5%, un nivel de confianza del 95%, distribución de las respuestas del 50%, se calcula un tamaño de muestra de n=92 sujetos (Sistemas Informáticos para Calculadora de muestra, 2009, disponible en <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>). Este cálculo se obtiene a partir de la fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + N\sigma^2 Z^2}$$

Donde n es el tamaño de la muestra, N es el tamaño de la población, σ el valor de la desviación estándar de la población, Z es el valor de los niveles de confianza (Generalmente al 95% correspondiente a 1.96), y e es el límite aceptable del error muestral.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. Se realizará estadística descriptiva en los sujetos en términos de:

- a) Presentación de datos en tablas y gráficos pertinentes.
- b) En las variables numéricas se determinará la media y desviación estándar.
- c) En las variables nominales se determinará el número de casos y proporciones.

2. Se realizará estadística inferencial mediante las pruebas:

- a) Para la comparación de sujetos con y sin antecedente de agresividad, se utilizó prueba t de student de dos colas
- b) Para determinar la fuerza de asociación entre variables continuas, se utilizó Rho de Spearman
- c) Se realizarán tablas y gráficos para la presentación de datos con su correspondiente valor estadístico.
- d) Se realizará un análisis de la narrativa del paciente en relación a los rubros cualitativos del *Inventario de Bleuler*.

ASPECTOS ÉTICOS

1. La posible autonomía disminuida en el paciente en el que se aplicó restricción física se tratará con la firma del consentimiento informado de ingreso a hospital, donde en su punto VII en el apartado de "*Posibles riesgos o complicaciones durante la hospitalización*" cita lo siguiente:

"El paciente y el familiar responsable quedan enterados y autorizan que en caso de que el paciente incurra en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo, para otros pacientes, familiares, cuidadores, personal médico y personal de salud, equipo o instalaciones del Instituto, se utilice aplicación involuntaria de medicamentos y/o restricción física."

De la misma forma, estos cuidados éticos se mencionan en el consentimiento informado propio del protocolo de investigación que el paciente firmó previo a la participación en el estudio (Anexo 4).

2. La justificación de aplicar el *Cuestionario para pacientes 24-48 horas post intervención (Programa de Agitación Aguda de Bleuler)* se fundamenta debido al manejo de este protocolo como implementación de la Subdirección de Hospitalización y Atención Psiquiátrica Continua del Hospital del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” como parte de la mejora continua de la calidad del servicio.
3. El personal encargado de la aplicación del *Cuestionario para pacientes 24-48 horas post intervención*, conoce las principales técnicas de intervención en crisis, además de los procedimientos de intervención inmediata practicados en el servicio de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua, en caso de que el paciente presente evocación de recuerdo traumático (restricción física).
4. Se anexa copia de aprobación por parte de comité de ética en investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría (Anexo 5)

RESULTADOS

Debido a que el diseño del *Cuestionario para pacientes 24-48 horas post intervención* tiene elementos cuantitativos (puntajes y preguntas dicotómicas) y cualitativos (preguntas abiertas sobre percepción de la intervención), la sección de resultados se dividirá en dos grandes subcapítulos, consistentes en: A. Resultados cuantitativos y B. Resultados cualitativos.

A. RESULTADOS CUANTITATIVOS.

1.- Resultados Descriptivos Sociodemográficos.

Se identificaron que n=36 pacientes hospitalizados en el periodo de tiempo del estudio presentaron agitación psicomotriz y posterior evento de restricción física, de los cuales fueron excluidos del estudio n=6 al ser menores de edad, n=8 paciente no aceptaron participar en el estudio y n=2 pacientes presentaron datos de agitación psicomotriz durante la aplicación del instrumento, obteniendo una muestra total de n=20. No se identificaron otros criterios de exclusión como sujetos mayores de 65

años, diagnóstico de demencia o retraso mental (Figura 1). Se considera que la muestra reclutada fue de pocos usuarios (n=20) debido a que la frecuencia de restricción física en el servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría es infrecuente, ya que las políticas sugieren que los usuarios reciban la restricción física como la última de las opciones terapéuticas, recomendando agotar por completo las técnicas de “desescalada” e intervención en crisis verbal, aunado a los criterios clínicos de necesidad de cooperación de los pacientes, sin embargo consideramos que la muestra obtenida podrá reflejar éste fenómeno, por primera vez estudiado en población mexicana, en forma suficiente.

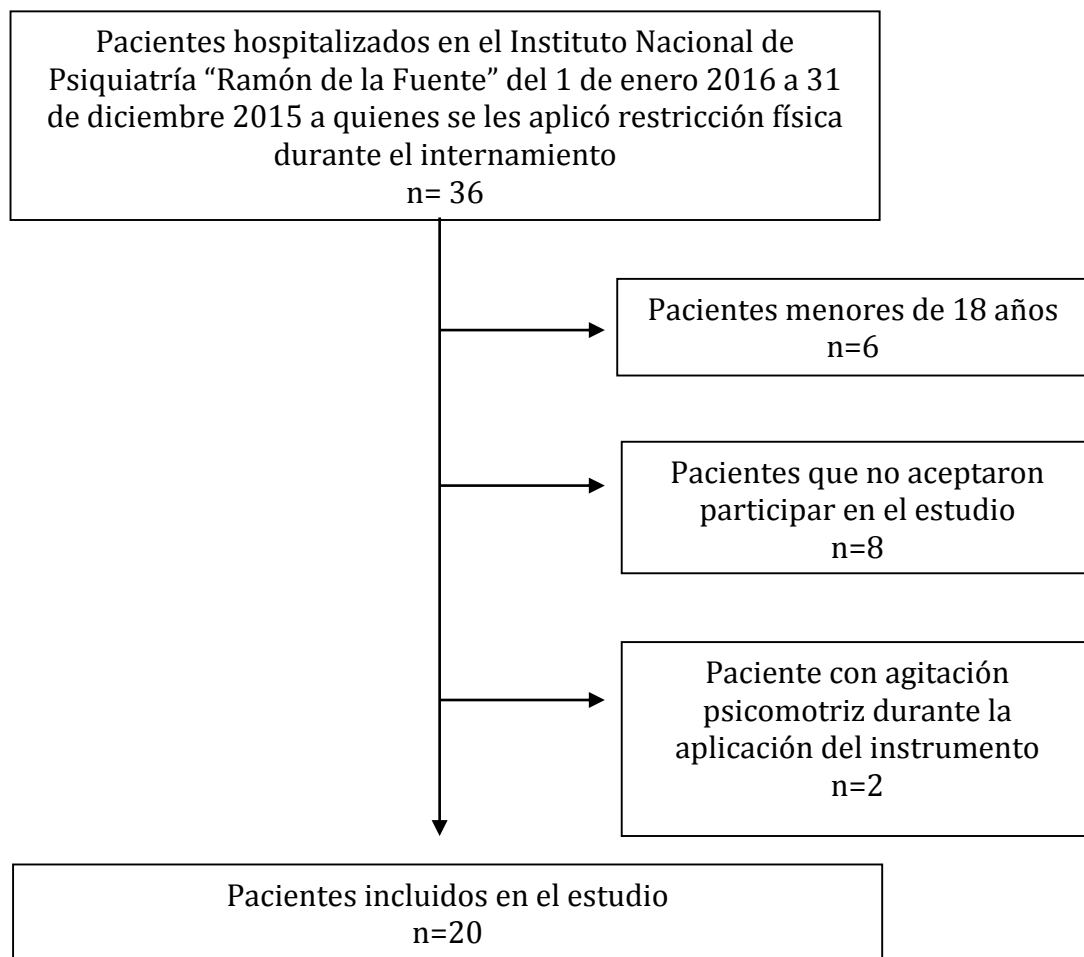


Fig. 1. Flujograma de recolección de muestra.

En cuestión de género, se obtuvo que el 75% de la muestra (n=15) fueron sujetos del género femenino, y el 25% de la muestra (n=5) del género masculino. Lo anterior

refleja la mayor cantidad de pacientes del género femenino que se encontraban hospitalizadas al momento del estudio y a las que se les indicó restricción física por parte del médico tratante.

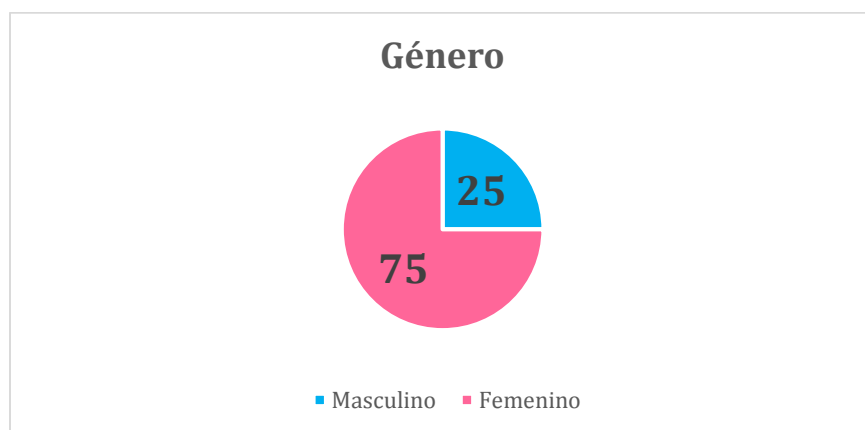


Fig.2. Proporción de Género en la muestra. Se observa una proporción de 75% de mujeres en comparación con 25% de hombres, representando una razón de 3:1.

Se encontró que la edad promedio de la muestra se conservó dentro de la segunda década de la vida (Promedio de edad 27.27 años). Un hallazgo frecuente fue que los sujetos que recibieron la indicación de restricción se encontraban la mayor parte dentro de los cinco primeros días de hospitalización. La Tabla 1 muestra los hallazgos demográficos de las variables cuantitativas discretas de la muestra.

Media demográficas	Variables	Media	SD
	Edad (Años)	27.27	12.71
	Nivel Socioeconómico (1 al 6)	2.05	1.099
	Número de Internamiento	1.75	1.29
	DEIH durante la Restricción (días)	5.1	5.58

Tabla 1. Promedio de Variables demográficas. Se observa que los sujetos que recibieron restricción son habitualmente de la segunda década de la vida aunque la desviación estándar implica una amplia dispersión de la edad. En general el promedio del Nivel Socio-económico (Determinado por el Servicio de

Trabajo Social tras una entrevista estructurada al principio de la hospitalización) es del nivel 2, que es de los más bajos entre los seis posibles. La mayor parte de los sujetos se encontraron en su primera hospitalización, y dentro de los primeros días de internamiento.

En cuestión de escolaridad, se encontró que todos los participantes tenían por lo menos la primaria y secundaria terminadas (n=4). La mayoría de los usuarios reportaron estar cursando o bien haber terminado la preparatoria (n=9). Hubo una menor proporción de usuarios con estudios profesionales (n=7). No se reportaron pacientes con estudios de posgrado.

Respecto del Estado Civil de la muestra, el 80% de los sujetos reportaron ser solteros. El 10% de los sujetos estaban casados y los pacientes divorciados y en unión libre reportaron ser el 5% de la muestra respectivamente (Figura 3).

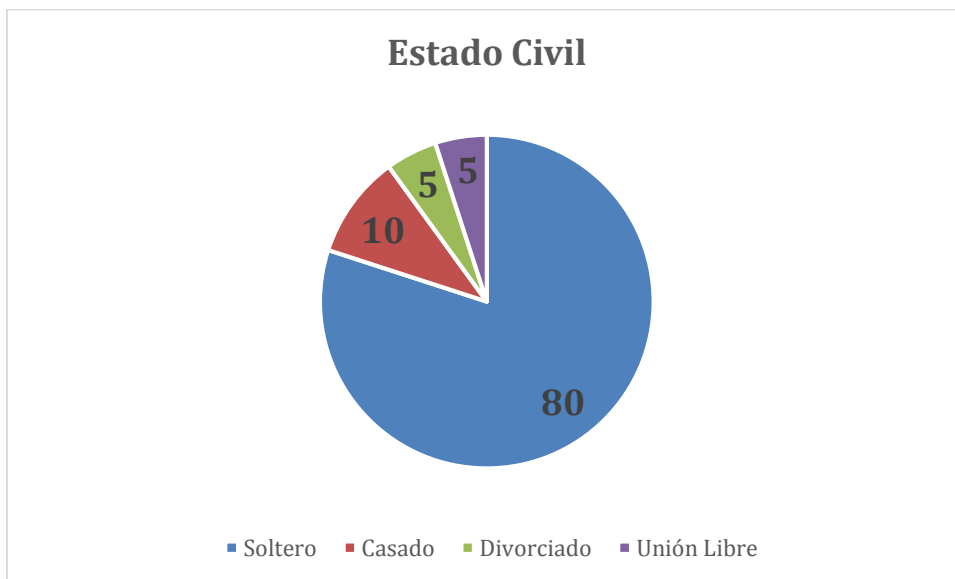


Fig 3. Porcentajes del estado civil de la muestra.

2.- Resultados Descriptivos de las Variables Clínicas.

Los sujetos del presente estudio, al ser pacientes hospitalizados tenían un diagnóstico de ingreso, el cual un 40% (n=8) representaba Trastorno Depresivo Mayor episodio

actual grave con riesgo suicida. En segundo lugar, con un 30% (n=6) ocuparon los diagnósticos psicóticos del espectro de la Esquizofrenia como la Esquizofrenia Paranoide y el Trastorno Esquizoafectivo. Los últimos en frecuencia fueron el Trastorno Bipolar (10% de la muestra, n=2), Distimia (10% de la muestra, n=2) y abuso de cocaína (10% de la muestra, n=2) (Figura 4).

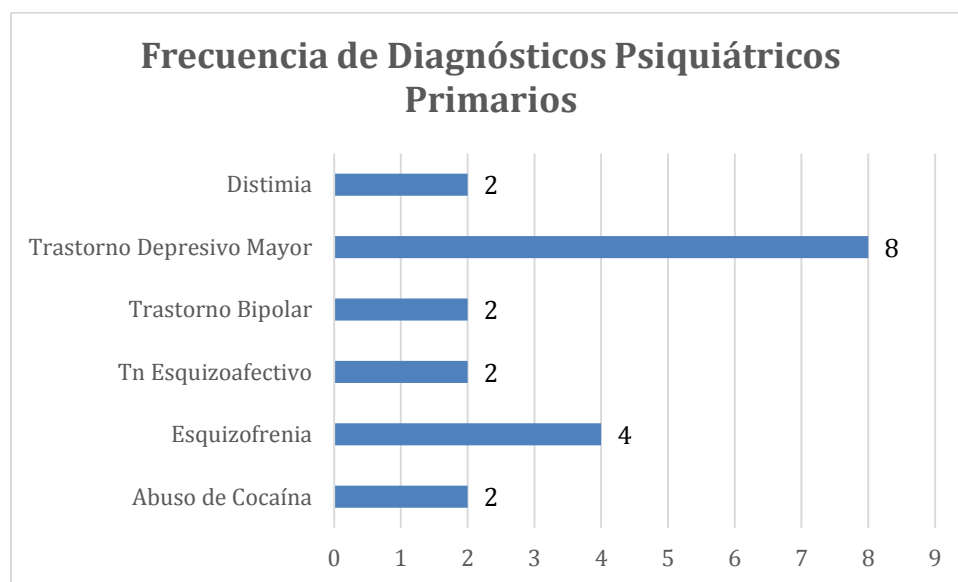


Fig 4. Frecuencia de Diagnóstico Psiquiátrico de Ingreso (Numero de sujetos con el Diagnóstico).

Se observó que de los n=20 sujetos del estudio, n=11 tuvieron un segundo diagnóstico, comórbido con el diagnóstico principal. De éstos once sujetos, el 27.3% (n=3) tuvieron un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor recurrente. Otros diagnósticos psiquiátricos comórbidos que figuraron fue: Abuso de cocaína (n=1), Abuso de nicotina (n=1), Esquizofrenia (n=1), Distimia (n=1), Trastorno de Ansiedad Generalizada (n=1), Trastorno por Estrés Postraumático (n=1), Bulimia Nervosa Purgativa (n=1) y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (n=1). Un total de n=4 sujetos tuvieron un segundo Trastorno comórbido, en el que figuraron Abuso de sustancias (n=3) y Bulimia nervosa (n=1).

Un componente importante en los sujetos de éste estudio fue la comorbilidad con trastornos de la personalidad. De la muestra total (n=20), el 45% (n=9) tuvieron algún componente de la personalidad, representando n=1 del grupo "A" o espectro esquizo-

paranoide de la personalidad, y n=8 del Cluster “B” o espectro errático de la personalidad. La fig. 5 representa la frecuencia de diagnósticos relacionados con los trastornos de la personalidad encontrados en la muestra.

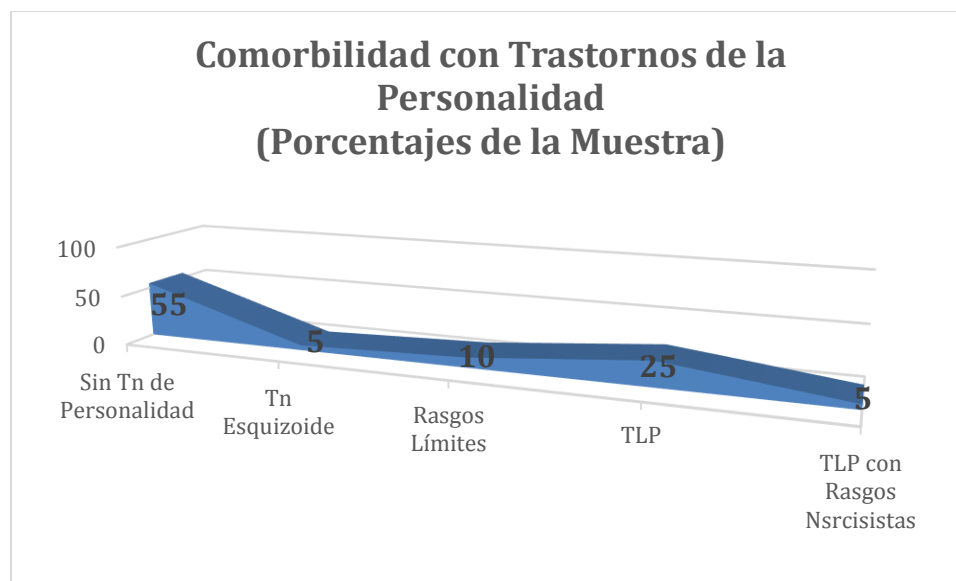


Fig. 5. Comorbilidades de la muestra con trastornos de la personalidad. Se observa que hasta una cuarta parte de la muestra tuvo Diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). 10% de la muestra tuvo rasgos límites o criterios subumbrales del Trastorno, y 5% de la muestra tuvo Trastorno Límite de la Personalidad, además de rasgos narcisistas y antisociales.

3.- Resultados Descriptivos de las Variables de Agitación y Agresividad

En la muestra del presente estudio se encontró que antes del conato de restricción por el que los usuarios se restringieron, el 70% de la muestra no tuvo antecedentes de agresividad previo a la hospitalización, mientras que el 30% sí lo tuvo.

Se encontró que la mayoría de eventos de agresividad ocurrieron durante el primer internamiento, a comparación de otros usuarios que fueron restringidos en internamientos subsecuentes (Fig. 6A). Así mismo, se encontró que los eventos de agitación ocurrieron fundamentalmente durante los primeros cinco días de hospitalización, particularmente el primer día de hospitalización.(Fig. 7B).

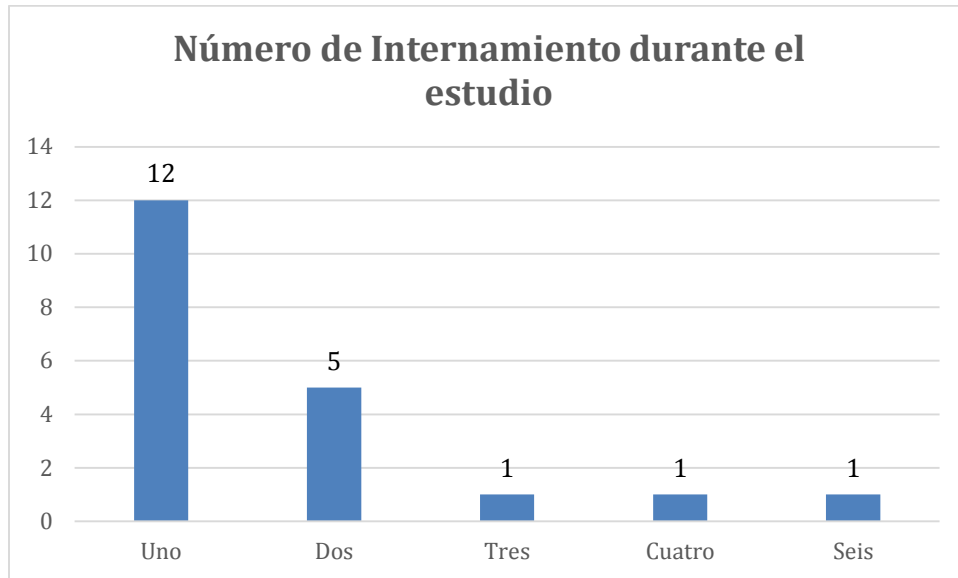


Fig. 6A

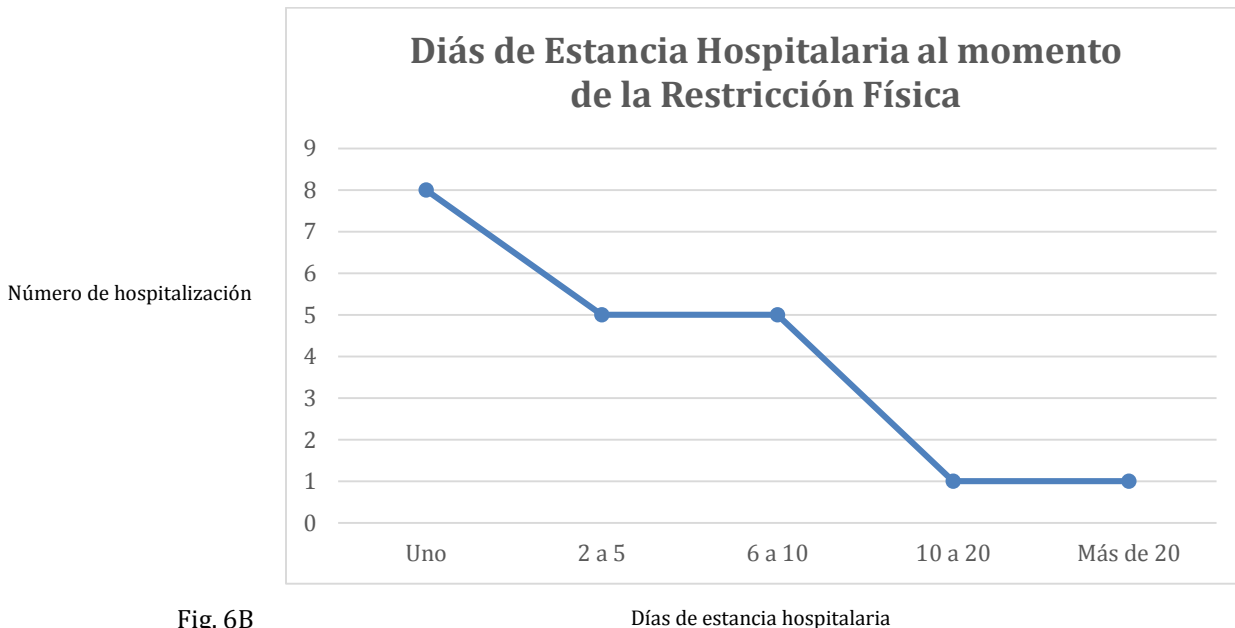


Fig. 6B

Figs. 6-A y 6-B. Número de hospitalizaciones y día de hospitalización en las que ocurrió el evento de restricción. Se observa que la mayoría de los usuarios que fueron restringidos ocurrió durante su primera hospitalización, y particularmente durante el primer día de hospitalización, en el que n=8 sujetos fueron restringidos.

Se analizó el promedio de puntuación de le Escala de Agresión Explícita (OAS, por sus siglas en inglés), la cual se realizó justo en el momento que se requirió la restricción, 24 a 48 horas antes de que el investigador de éste trabajo interrogara a los usuarios

con el antecedente de agitación. La media de puntuación de la OAS en ningún caso superó la puntuación de 2, siendo que el rango varió desde 0 a 4 (Tabla 3).

Tipo de agresión de acuerdo a OAS	Media de Puntuación OAS	SD
Agresión Verbal	1.45	0.9987
Agresión Física contra él mismo	1.8	1.54
Agresión Física contra objetos	0.85	1.04
Agresión Física contra otras personas	1.05	0.944

Tabla 3. Media de la puntuación de la Escala de Agresión Explícita (OAS por sus siglas en inglés) durante el evento de agitación o agresividad que generó la restricción y la posterior inclusión de los pacientes en éste estudio. Se observa que la media de restricción circula alrededor de la puntuación de uno, sin existir datos de amplia dispersión en la Desviación Estándar (SD).

La puntuación total de la OAS tendió a ser de uno y máximo dos. 50% de la muestra (n=10) puntuó la calificación mínima de 0 en el rubro de agresión física contra objetos, siendo el rubro que con mayor frecuencia calificó esta puntuación; el componente agresivo que con menor frecuencia puntuó 0 fue la agresión verbal en un 15% (n=3). 20% de la muestra (n=4) puntuaron la calificación máxima de 4 en el rubro de agresión física contra ellos mismos, siendo este el rubro que con mayor frecuencia calificó la puntuación máxima; por contraparte los rubros de agresión física contra otras personas y agresión física contra objetos en ningún sujeto calificó la puntuación máxima.

Durante la restricción, se analizaron el número total de puntos (es decir, número de extremidades que se inmovilizaron durante el proceso de sujeción). Se considera que a mayor número de puntos de restricción mayor es la agitación del paciente y por lo tanto mayor inmovilización es necesaria para evitar riesgo para sí mismo o los demás.

Generalmente un punto implica sólo la restricción de cintura, en tanto que seis puntos implica inmovilización de la cintura, cuatro extremidades y tórax. La fig. 7 expresa la frecuencia de puntos de restricción utilizados durante la intervención del equipo de hospitalización.

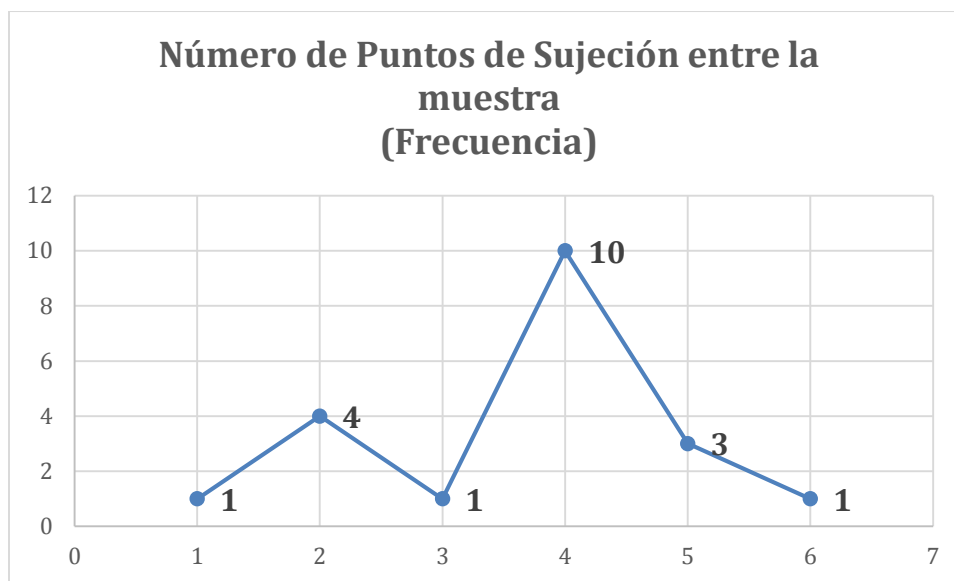


Fig. 7. Se muestra la distribución de frecuencia (Número de sujetos del estudio) de aplicación de puntos de restricción, aplicados 24 a 48 horas antes de la entrevista realizada en éste estudio. Se observa que el 50% de la muestra recibió cuatro puntos de restricción (Es decir se sujetaron simultáneamente las cuatro extremidades durante la intervención médica). Se observa que n=6 usuarios recibieron menos de 4 puntos de restricción y n=4 usuarios recibieron 5 y 6 puntos de restricción.

Se encontró que n=2 usuarios no recibieron medicación para tranquilización, recibiendo sólo la restricción indicada por el personal médico. La mayoría de los sujetos recibió una sola dosis, habitualmente intramuscular (IM), del fármaco. Uno de los sujetos recibió en diferentes tiempos una ampula intramuscular de haloperidol, olanzapina y lorazepam. La Fig. 8 muestra la distribución de sujetos que recibieron determinada dosis de medicación durante el episodio de agitación.

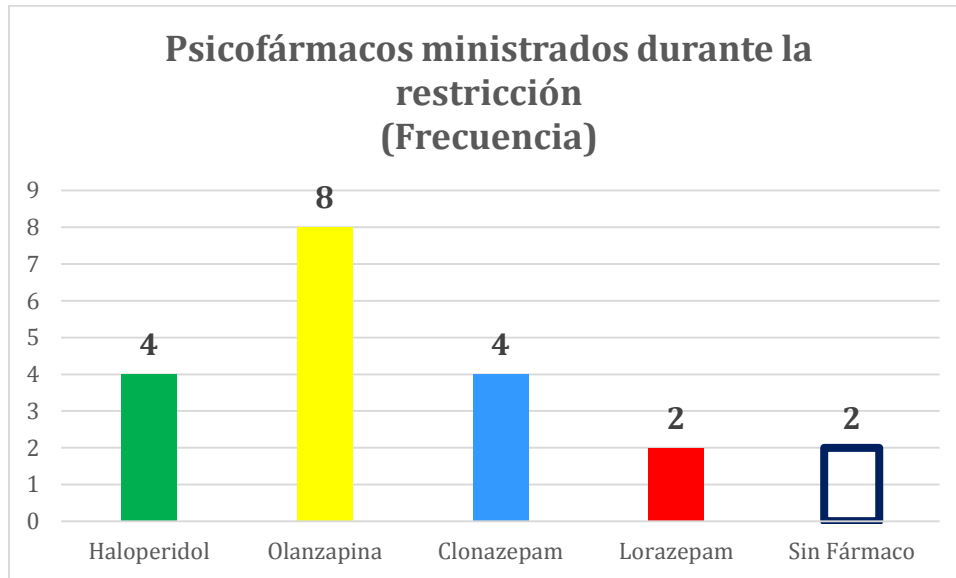


Fig. 8. Fármacos ministrados durante la restricción física. Se observa que la mayoría de los usuarios recibieron una dosis de olanzapina, habitualmente IM, en dosis única. El porcentaje mayoritario de pacientes recibieron haloperidol, clonazepam vía oral y lorazepam IM durante los episodios de agitación. N=2 de los usuarios no recibieron psicofármaco, aunque por criterio de inclusión recibieron la indicación médica de recibir restricción física.

4.- Resultados del Inventario de Bleuler.

En primer lugar, se describirán las preguntas dicotómicas (Sí o No) que se especifican en el inventario 24-48 horas post-intervención. Posteriormente se analizarán las preguntas estilo dimensional que dicho inventario estipula para preguntar a los usuarios que han recibido algún tipo de restricción física.

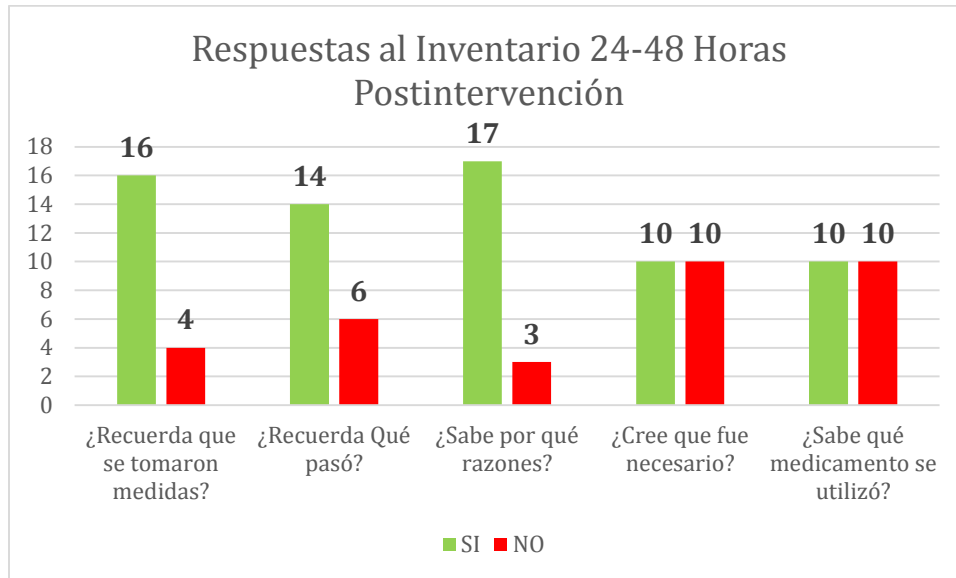


Fig. 9 Resultados del Cuestionario para el paciente 24-48 horas post intervención, también llamado Inventario de Bleuler, relacionado a las cinco primeras preguntas de contestación dicotómica “sí” o “no”. Se aprecia que en las primeras tres preguntas la mayoría de los usuarios saben que se tomaron medidas para garantizar la seguridad de ellos mismos y de terceros, saben qué ocurrió y saben las razones. Sin embargo la mitad de los sujetos percibieron que tales medidas no fueron necesarias. Así mismo la mitad de los sujetos refirieron desconocer el medicamento que se prescribió durante el evento de agitación.

Se encontró que, a pesar de que la mayoría de usuarios refirieron conocer el procedimiento de restricción, la mitad de ellos manifestaron innecesaria ésta intervención, así como desconocimiento del medicamento que se aplicó; a su vez n=9 de los sujetos que consideraron necesaria la aplicación de restricción física recuerdan que fue lo que pasó.

El Inventario de Bleuler, en su parte cuantitativa, realiza cuatro preguntas que evalúa la intensidad de sentimientos positivos y negativos relacionados con el evento de sujeción realizado horas antes de la entrevista. En general se explora en forma subjetiva la percepción del paciente en relación con la experiencia de restricción en torno a cuatro emociones o sentimientos: Enojo, Infelicidad, Agradecimiento, Ansioso, Asustado. Se muestran a continuación las gráficas de frecuencia de los usuarios que puntuaron respecto a dichas emociones y sentimientos.

La mayoría de los usuarios contestaron sentirse muy enojados respecto a la intervención que se consideró necesaria por el staff médico, aunque un porcentaje menor refirió no tener emociones de enojo al respecto.

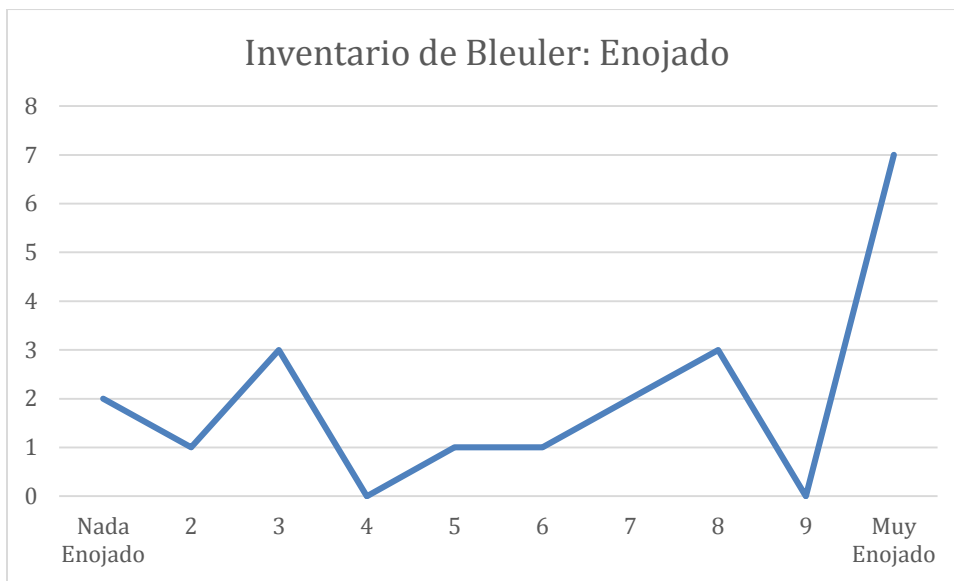


Fig. 10 A. Resultados del Inventario de Bleuler respecto a la percepción de estar enojado producida tras la indicación de restricción física.

Se observó que la mayoría de los encuestados tienen una percepción alta o muy alta de infelicidad al respecto de haber recibido la indicación de restricción física.

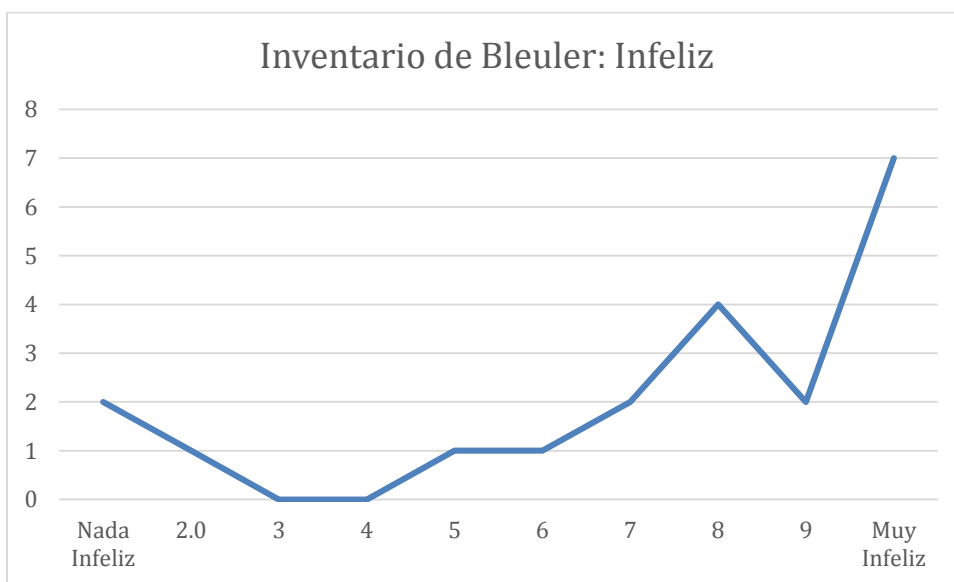


Fig. 10B. Resultados del Inventario de Bleuler respecto a la percepción de infelicidad producida tras la indicación de restricción física.

Se observó que la mayoría de los sujetos presentaron emociones y sentimientos relacionados con la ansiedad, en el nivel “Muy ansioso”, generando emociones negativas en forma importante relacionados con la percepción de restricción.

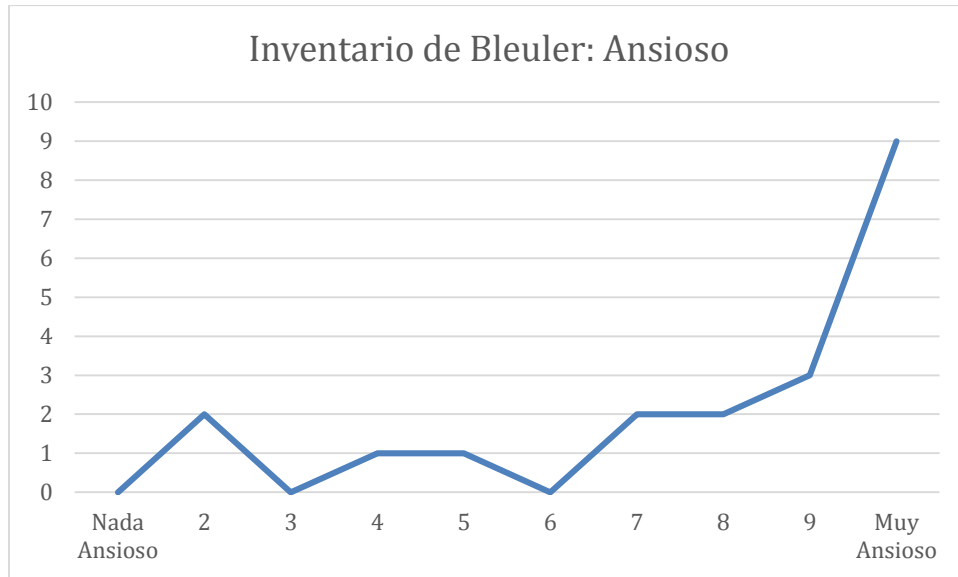


Fig 10C. Resultados del inventario de Bleuler, secundario a la percepción de ansiedad producida tras la indicación de restricción física.

Se observó que una proporción importante de sujetos refirieron tener la percepción de estar asustados a muy asustados, relacionado con el evento de sujeción realizado 24 a 48 horas de ser entrevistado con el instrumento.

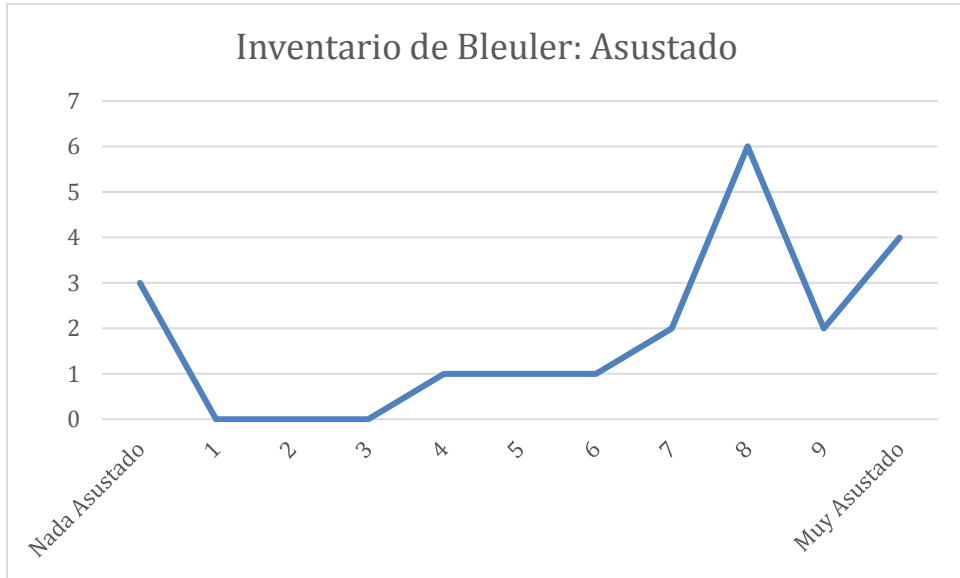


Fig. 10D. Resultados del Inventario de Bleuler respecto a la percepción de sentirse asustado producida tras la indicación de restricción física.

En relación a la percepción de sentirse agradecido hacia la restricción física se observó el efecto contrario a los anteriores: más de la mitad de los sujetos no se sienten agradecidos por la intervención y unos pocos muestran niveles muy bajos de agradecimiento, en relación con la intervención recibida por indicación médica 24 a 48 horas antes.

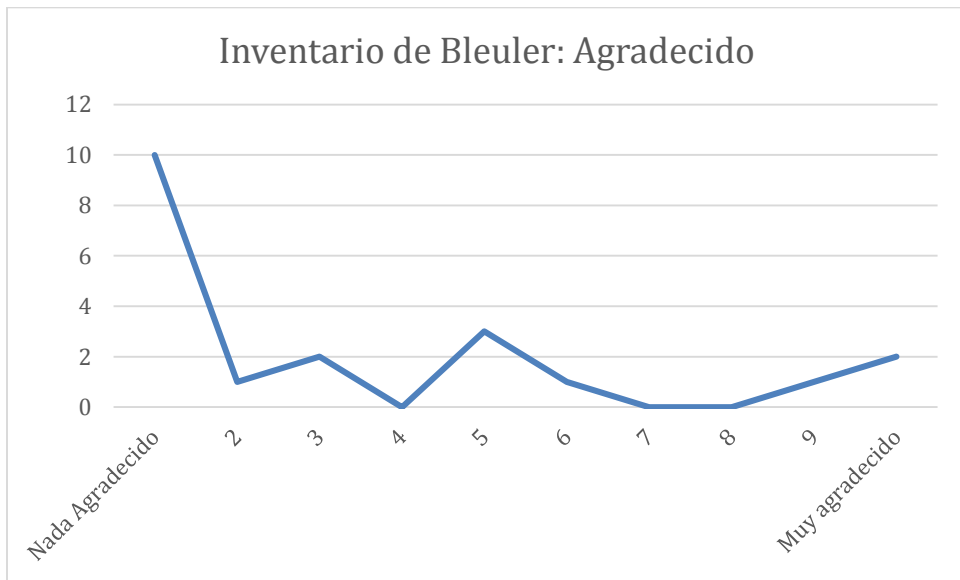


Fig.10E. Resultados del inventario de Bleuler respecto a la percepción de agradecimiento producida tras la indicación de restricción física.

Los resultados de las preguntas sobre percepción del inventario de Bleuler son consistentes en generar percepciones de alto enojo, ansiedad, miedo e infelicidad, y bajos niveles de agradecimiento entre los sujetos que recibieron algún tipo de restricción previa.

5.- Resultados Comparativos de la muestra.

Se observó que los sujetos sin antecedente de agresividad presentaron menor número de internamiento previos, días de estancia hospitalaria (DEIH), y puntuaciones de la Escala de Agresión explícita (OAS).(Fig. 12).

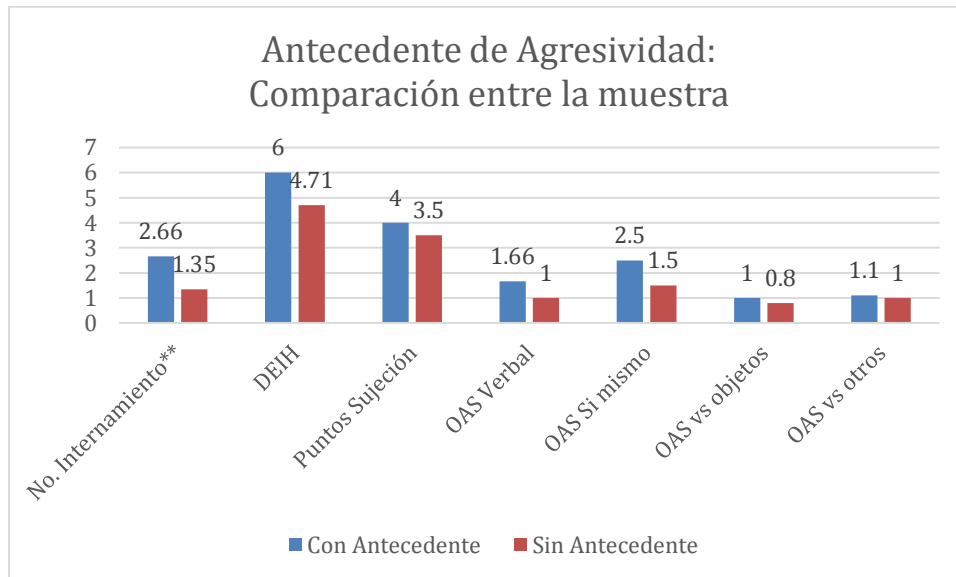


Fig. 12. Comparación entre la muestra de sujetos que tuvieron antecedente de agresividad en relación con sujetos que no tuvieron antecedente de agresividad en relación a los días de estancia hospitalaria (DEIH), puntos de sujeción, puntuaciones de la Escala de Agresión explícita (OAS) en sus componentes de agresión verbal, agresión contra si mismo, agresión contra objetos y agresión contra otras personas. Los resultados fueron significativos para la variable Numero de internamiento, en la que los usuarios SIN antecedente de agresividad fueron restringidos más tempranamente que los usuarios CON antecednete de agresividad ($p=0.034$). la prueba estadística que se utilizó fue t de student para muestras independientes.

Se observó que en general las medias de pacientes sin antecedentes de agresividad fueron menores en comparación con los sujetos con antecedentes de agresividad. Sin embargo, los pacientes sin antecedentes de agresividad requirieron la intervención de restricción más tempranamente durante la hospitalización que los sujetos con antecedente de agresividad, siendo ésta diferencia estadísticamente significativa. El afecto que mayor diferencia mostró fue el enojo, particularmente en los sujetos que habían presentado antecedentes de agresividad (Tabla 4).

	Con Antecedente N=6	Sin Antecedente N=14	t	p
No. Internamiento	2.66	1.35	2.298	0.034*
DEIH	6	4.71	0.462	0.649
Puntos Sujeción	4	3.5	0.15	0.434
OAS Verbal	1.66	1	0.625	0.54
OAS Si mismo	2.5	1.5	0.743	0.191
OAS vs objetos	1	0.8	0.437	0.685
OAS vs otros	1.1	1	0.665	0.728
Bleuler Enojado	8.8	5.6	2.12	0.047*
Bleuler Infeliz	8.66	6.9	2.39	0-248
Bleuler Ansioso	9	7.75	1.092	0.289
Bleuler Asustado	6.5	7.07	-1.143	0.268
Bleuler Agradecido	2.16	3.29	-0.381	0.708

Tabla 4. Medias de Variables del estudio desglosadas por antecedentes de agresividad comparadas con sujetos sin antecedentes de agresividad.

Al desglosar los resultados por nivel socioeconómico menor y mayor a dos, no se observaron diferencias en las variables sociodemográficas, clínicas ni en los resultados del inventario de Bleuler. Sin embargo, se encontró que en variables como la percepción emocional del Inventario de Bleuler fue significativamente mayor en usuarios que recibieron antipsicótico en comparación con usuarios que recibieron

benzodiazepina. Lo anterior se cumplió para usuarios con percepción de infeliz (**t=-2.558, p=0.021**), ansioso (**t=-1.8, p=0.077**) y asustado (**t=-2.94, p=0.010**).

Como segunda medida de análisis estadístico, se realizó una correlación bivariada no paramétrica (Correlación de Spearman) para las variables cuantitativas del estudio. Se tomó en cuenta la variable de puntos de sujeción para revisar las correlaciones con el resto de las variables, y evaluar si la intervención presentó correlación con otras variables, especialmente aquellas relacionadas con la intensidad de la agitación presentada en la OAS y en la percepción emocional explorada en el Inventario de Bleuler.

De acuerdo a la intervención en agitación en la que la medicación otorgada y el nivel de restricción fueran proporcionales al número de puntos que se aplican durante la restricción. Así mismo se espera que el nivel de malestar percibido por el paciente sea proporcional a la restricción otorgada. Al ser la correlación de Spearman una medida estadística no paramétrica para medir fuerza de asociación entre dos variables, se realizó el análisis estadístico reflejado en la tabla 5.

Se encontró una correlación negativa entre el número de internamientos y la cantidad de puntos aplicados en la restricción, sugiriendo que los pacientes con menos internamientos suelen recibir mayores puntos de sujeción. Las puntuaciones de la OAS no presentaron ningún tipo de correlación con la cantidad de puntos de restricción. Finalmente se encontró una correlación positiva en los sentimientos de enojo o infelicidad y la cantidad de puntos de sujeción; así como una correlación negativa con el sentimiento de agradecimiento y la cantidad de puntos de sujeción, mostrando que a mayor puntos de sujeción, mayor frecuencia de sentimientos negativos, especialmente de enojo.

Variable	Rho de Spearman	p
Edad	0.123	0.605

Nivel Socioeconómico	0.002	0.993
No. Internamiento	-0.404	0.077*
Ministración Medicamento	-0.076	0.765
OAS Verbal	0.356	0.123
OAS contra sí mismo	-0.219	0.354
OAS contra objetos	0.344	0.137
OAS contra personas	0.09	0.704
Bleuler Enojado	0.577	0.008**
Beuler Infeliz	0.474	0.035*
Bleuler Ansioso	0.33	0.156
Bleuler Agradecido	-0.436	0.055*
Bleuler Asustado	0.122	0.61

Tabla 5. Correlación de Spearman entre la variable Puntos de sujeción y las variables del estudio.

B. RESULTADOS CUALITATIVOS.

A continuación se realiza una descripción narrativa de las respuestas otorgadas en la parte cualitativa por los sujetos dentro de Inventario de Bleuler en sus diferentes preguntas:

1. ¿Qué fue lo que sucedió?

Seis de los veinte pacientes desconocen que fue lo que sucedió durante el evento de restricción física, ante lo cual se aprecia congruencia en relación a su diagnóstico principal por lo que se encuentran hospitalizados, siendo padecimientos que confieren conciencia o juicio alterado, en su mayoría padecimientos con sintomatología psicótica; únicamente una paciente con diagnóstico primario de Trastorno depresivo mayor negó saber que fue lo que sucedió, sin embargo llegando a

conocer la causa del porqué se le aplicó restricción física; esto pudiera atribuirse a la necesidad de mostrar su inconformidad con el procedimiento aunque aceptando la necesidad de este para preservar su bienestar. Un participante, a pesar de responder que recuerda que fue lo que sucedió, no fue congruente con su respuesta, lo cual pudiera ser secundario al estado mental alterado por los síntomas catatónicos que presentaba:

"Es que me agarraron distraído"

-Masculino de 51 años con trastorno esquizoafectivo tipo depresivo-

El resto de los participantes pudieron identificar que, precediendo al evento de sujeción, se encontraban en un estado de malestar significativo independientemente de la emoción percibida, además de la presencia de ansiedad como desencadenante del estado de agitación, predominantemente caracterizado por deseos o conductas autolesivas:

"Comencé a sentir mucha desesperación, tenía ganas de golpearme, lesionarme o herirme, pedí que me ayudaran porque iba a actuar en mi contra"

- Femenino de 18 años con depresión mayor-

"Sentí mucha ansiedad y solo me la quito lastimándome"

-Femenino de 18 años, con depresión mayor-

La presencia de ira como desencadenante del estado de agitación, predominantemente caracterizados por conducta violenta heterodirigida:

"Yo creo que fue por violento"

-Masculino de 21 años con trastorno por uso de cannabis-

"Estaba aventando cosas"

-Femenino de 23 años con esquizofrenia-

"Me inyectaron y me puse altanero" sic

-Masculino de 23 años con esquizofrenia-

Una participante describió una situación que le desencadenó frustración y deseos autolíticos para mitigar el enojo e ira secundarios:

"Me puse ansiosa porque comí de más"

-Femenino de 29 años con depresión mayor-

La presencia de tristeza y desesperanza también fue un desencadenante para la presencia de deseos autolíticos:

"Tenía muchas ganas de morirme y me pegué con la pared, quería cortarme los brazos"

-Femenino de 18 años con depresión mayor-

La presencia de miedo desencadenó un estado de agitación donde, a pesar de no existir deseos autolíticos u agresividad heterodirigida, existía el riesgo de causar conductas potencialmente riesgosas:

"Escuché voces, después vi cosas, me aventé a la cama y empecé a gritar. Me solté una vez y me volvieron a sujetar"

-Femenino de 18 años con depresión mayor-

2. ¿Conoce las razones por las que fue necesario?

Los participantes describieron circunstancias en las que en caso de no ser contenidas, pudieran desencadenar situaciones de riesgo como agresión auto o heterodirigida,

Los participantes pudieron identificar la relación entre conductas de riesgo para ellos mismos o hacia otras personas como la causa por las que fue necesario aplicar la restricción física:

"Los impulsos tan fuertes por quererme lesionar"

-Femenino de 18 años con depresión mayor-

"Me puse violenta"

-Femenino de 18 años con depresión mayor-

"Porque en ese momento me quería morir"

-Femenino de 24 años con esquizofrenia-

Además, identificaron la relación entre un estado de agitación y la necesidad de aplicar la restricción física:

"Me comentaron que estaba gritando y asustando a las demás pacientes"

-Femenino de 27 años con Trastorno bipolar tipo I en estado de manía grave-

"Probablemente por violencia"

- Masculino de 21 años con esquizofrenia-

"Para que ya no me pegara, me tranquilizara y no me autolesionara"

-Femenino de 21 años con depresión mayor-

"Porque aventaba cosas"

-Femenino de 23 años con esquizofrenia-

"Estaba muy loca, gritando, golpeando cosas, me quería hacer daño"

-Femenino de 19 años con depresión mayor-

Una participante describió que el uso de la restricción física era para castigarle por las conductas autolesivas que presentó durante la hospitalización y previo al evento de restricción física:

"me sujetaron para hacerme daño, para que entendiera"

-Femenino de 18 años con depresión mayor-

Un participante describió que la necesidad de la restricción física era para asegurar un orden en los procedimientos del hospital:

"Porque me intenté salir de urgencias para ver a mi pareja y me dijeron que no podía salir"

-Femenino de 25 años con depresión mayor-

4. ¿Creé que fue algo necesario?

Los participantes que estuvieron de acuerdo en que el evento de restricción física fue algo necesario, en su mayoría describieron que, en caso de no haber sido contenidos, pudo haber consecuencias importantes en su integridad física o la de los demás:

"Para controlarme"

-Femenino de 56 años con esquizofrenia-

"Porque si no me lo hubieran hecho hubiera buscado la forma de lastimarme y sacar todo mi enojo"

-Femenino de 18 años con depresión mayor-

"De no haberlo hecho me hubiera seguido pegando, pude haber hecho cosas mas graves"

-Femenino de 18 años con depresión mayor-

"Porque tenía la necesidad de dañarme"

-Femenino de 19 años con depresión mayor-

Algunos participantes mencionaron que, a pesar de haber sido necesaria la restricción física para asegurar su integridad, en el momento de la restricción física no lo consideraban de esta forma, probablemente por sentimientos de impotencia, vulnerabilidad y agresión hacia ellos que se pueden experimentar al inicio de la restricción física:

"En ese momento no porque estaba enojado, ahora pienso que sí (era necesario) porque me quería hacer daño"

-Femenino de 18 años con depresión mayor-

Una participante mencionó que fue necesario, ya que en ese momento, no tenía un juicio adecuado lo que le hacía rechazar la ayuda que el hospital le brindaba:

"Para que no me escapara y no rechazara la atención que yo estaba solicitando"

-Femenino de 25 años con depresión mayor-

Algunos participantes, además, especificaron que a pesar de ser necesaria la restricción física, les pareció excesivo el tiempo el cual se encontraron sujetos:

"pues si es necesario, pero no tanto tiempo"

-Femenino de 24 años con depresión mayor-

De los participantes que no consideraron necesaria la restricción física, predominó el argumento de la existencia de otras técnicas de contención hacia un estado de agitación, reservando a la restricción física para casos graves o extremos de agitación:

"Creo que hay otras formas de contención, en casos extremos si es necesario"

-Femenino de 27 años con trastorno bipolar tipo I en estado de manía grave-

Algunos otros identificaron que, la causa del estado emocional alterado, fue algo que pudo ser prevenido, y así no ser restringido físicamente posteriormente:

"Yo pude contestar las preguntas; primero deberían preguntarle al paciente antes que al familiar" sic

-Masculino de 21 años con esquizofrenia-

(Participante que presentó enojo porque el interrogatorio en el ingreso hospitalario estuvo dirigido a los familiares y no a él)

Se puede identificar que algunos participantes desconocen o minimizan la magnitud e impacto a la salud de las conductas autolíticas, mostrando poca conciencia de enfermedad o poca disponibilidad al cambio; aunque concibiendo como mayores las consecuencias de la restricción física en comparación con las conductas autolíticas:

"Si me dejan lastimarme me calmo sola"

-Femenino de 18 años con depresión mayor-

En los participantes que se encontraban con un estado mental y juicio alterado se puede identificar el sentimiento de indefensión y vulnerabilidad hacia este procedimiento, al no identificar las causas por las que fue necesaria:

"No era necesario porque yo soy pacífica y estaba indefensa"

-Femenino de 23 años con esquizofrenia-

"¿Porqué?, si yo estaba bien"

-Masculino de 23 años con esquizofrenia-

Algunos de los participantes que no lo consideraron necesario, argumentaron que el procedimiento fue contraproducente ya que empeoró el estado emocional, además de conferir estigma hacia este tipo de procedimiento:

"Me sentí peor, recordé cosas mucho peores"

-Femenino de 29 años con depresión mayor-

"Porque me alteró mucho" sic

-Masculino de 21 años con esquizofrenia-

"Es algo muy feo" sic

-Femenino de 49 años con esquizofrenia-

5. ¿Sabe que medicamento se le otorgó?

Diez de los veinte sujetos mencionaron recordar que medicamento se les otorgó durante el evento de restricción física, aunque al mencionar el nombre de este, 4 de los 10 erraron en el medicamento que realmente se les otorgó; estos 4 sujetos contaban con antecedente de hospitalización y agresión previa lo que sugiere que en realidad desconocían que medicamento se les otorgó en el evento de agitación reciente, y mencionaron algún medicamento que previamente conocían como de uso frecuente durante los episodios de agitación.

DISCUSIÓN

En relación a los resultados arrojados por la aplicación del Inventario de Bleuler, se identificó que n=16 sujetos recordaron que se les aplicó restricción física, dentro de los cuales n=14 recordaron que fue lo que sucedió; en relación al diagnóstico de ingreso los 6 sujetos que dijeron no recordar el evento de restricción física contaban con un diagnóstico de ingreso del espectro psicótico como la esquizofrenia o afectivo con características psicóticas; las fallas de memoria autobiográfica y memoria reciente son un fenómeno común descrito en padecimientos de características psicóticas agudas por lo cual este dato resulta congruente (Berna, 2016). La totalidad de los pacientes que recordaron haber sido restringidos físicamente recordaron cuales fueron las razones por las que fue necesario aplicar dicha restricción; n=1 sujeto aunque no recordaba por si mismo el evento de sujeción, fue informado posteriormente por el equipo médico, explicándosele las razones por las que fue necesaria. De los n=17 sujetos que mencionaron conocer las razones por las que fue necesario aplicar restricción física, la mayoría de estos

mencionaron encontrarse en un estado de ansiedad o angustia intensos, pudiendo corroborar que los sujetos a los cuales se les aplica restricción física en su mayoría identifican un antecedente de malestar emocional intenso (Fugger, 2016).

La mitad de los sujetos de muestra (n=10), independientemente de recordar el evento de restricción física o no, consideraron que esto fue un evento que no era necesario. Dentro de la literatura, se encuentran conclusiones diversas, desde una aceptación general a medidas coercitivas para el tratamiento de la agitación psicomotriz (Fugger, 2016), hasta una percepción tendiendo a ser negativa y reprobable (Steinert, 2013). Los sujetos que consideraron necesario el uso de restricción física argumentaron en su mayoría que de no haberse realizado esta intervención, el riesgo de dañarse a ellos mismos o a otras personas hubiera aumentado, aunque en menor proporción se consideró excesivo el tiempo de restricción. De quienes mencionaron no haber considerado necesaria la aplicación de restricción física, se argumentó que desencadenó mayor malestar al previo a estar restringidos físicamente.

En relación a la percepción de enojo, solo n=2 sujetos manifestaron sentirse nada enojados durante el procedimiento de restricción física, el resto manifestó algún nivel de esta emoción y siendo más frecuente reportar un nivel máximo de 10 (n=7). De forma similar la percepción de infelicidad únicamente n=2 sujetos reportaron ningún sentimiento de infelicidad, n=7 sujetos reportaron la calificación máxima de 10 “muy infeliz”. Viendo que la frecuencia e intensidad de la percepción de enojo e infelicidad son similares, lo cual es congruente con estudios de percepción de pacientes a quienes se les aplicaron medidas coercitivas (Mielau, 2015).

La percepción de ansiedad fue el sentimiento que más predominó dentro de la muestra ya que prácticamente todos los sujetos reportaron algún nivel de ansiedad durante el evento de restricción física, siendo la calificación más frecuente la calificación máxima de 10 “muy ansioso” reportada en n=9 sujetos.

Un total de n=3 sujetos reportaron no sentir miedo durante el evento de restricción, sin embargo el resto de la muestra n=17 reportaron algún nivel de este sentimiento, siendo la calificación de 8 la más frecuente con n=6 sujetos; n=4 sujetos reportaron un nivel 10 “muy asustado”.

Al evaluar el sentimiento de agradecimiento, se reportó que n=10 sujetos, la mitad de la muestra, refirieron la calificación mínima de 1 “nada agradecido”; únicamente 2 sujetos reportaron la calificación máxima de 10 “muy agradecido”.

Únicamente la mitad de los sujetos de la muestra refirieron saber que medicamento se les había otorgado durante el evento de restricción física, lo cual hace pensar en que no se les informa sobre el procedimiento a los sujetos a quienes se les indica restricción física.

Dichos resultados corroboran la información existente en relación a percibir al procedimiento de restricción física como algo negativo; en específico en nuestra muestra se relacionó con altos niveles de enojo, miedo, infelicidad y ansiedad, así como bajos niveles de agradecimiento. Se ha reportado que la satisfacción en los procedimientos de restricción física se relaciona ampliamente en el explicarle al sujeto el porqué es necesaria la restricción física, qué tipo de medicamento se le aplicó y una monitorización continua del sujeto para evitar la sensación de abandono y fomentar sentimiento de miedo (Castle, 2005; Bergk, 2010; Steinert, 2013); esto aunado a la descripción subjetiva de los sujetos, puede hacernos inducir en que el procedimiento de restricción en nuestra población se llevó de manera deficiente, con carencia en la información que se le otorga al sujeto en relación a la causa, qué tipo de medicamento se le otorga y una monitorización constante del mismo.

El 75% de la muestra total se trató de sujetos del género femenino y un 25% de género masculino. El servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría se encuentra dividido en cinco sectores, de los cuales cuatro están destinados a pacientes del

género femenino y solamente uno para el género masculino, de tal forma que los hallazgos en relación al género de la muestra representan un sesgo de detección, por lo que identificar a un género como factor de riesgo para un evento de agitación psicomotriz y conducta agresiva no fue posible. A pesar de esto, cabe recalcar, que la presencia de enfermedades mentales tiene estrecha relación con el género, dependiendo de la organización social donde el sujeto se desempeña; se ha relacionado que en países donde la jerarquía social promueve al género masculino como superior, frecuentemente observado en nuestro país (Ortiz-Hernández, 2005), el género femenino tiende a con mayor frecuencia padecer alguna enfermedad mental (Rosenfield, 2012). Sin embargo, el hallazgo reportado en el presente estudio no es congruente con lo reportado en la literatura científica donde se asocia con mayor frecuencia al género masculino con la presencia de conducta agresiva (Lindenmayer, 2010).

Se ha descrito que con mayor frecuencia, los diagnósticos observados en la muestra (trastornos del afecto y esquizofrenia), tienen un periodo de diagnóstico durante la primera mitad de la tercera década de la vida (Demyttenaere, 2004), por lo cual es lógico pensar que el mayor riesgo de agitación es en los años posteriores a la realización del diagnóstico; la edad promedio de nuestra muestra fue de 27.27 años, sin embargo con una amplia dispersión de edad. Esto hace pensar que, el riesgo de agitación es mayor durante la segunda mitad de la tercera década de la vida, aunque no es exclusiva para un grupo de edad en específico.

Se ha reportado una asociación proporcional entre el nivel educativo y el riesgo de enfermedad mental (Esch, 2014), donde a menor grado educativo, mayor riesgo de padecer depresión, abuso de sustancias y comportamiento disruptivo. En los resultados de nuestra muestra $n = 13$ sujetos reportaron tener nivel de preparatoria o bachillerato o menor; no se identificaron sujetos sin algún grado de escolaridad o con educación básica únicamente, las cuales en teoría el riesgo de agitación psicomotriz debería de ser mayor.

El estado de civil que con mayor frecuencia se presentó dentro de los sujetos de la muestra fueron los solteros, lo cual es congruente ya que se ha reportado que el matrimonio o la cohabitación en pareja es un factor que se relaciona inversamente con el desarrollo de enfermedades mentales (Holt-Lundstad, 2008), lo cual *per se* confiere riesgo de agitación psicomotriz y restricción física.

El diagnóstico principal que se relacionó con mayor frecuencia a evento de agitación psicomotriz y posterior restricción física fueron los trastornos del afecto (Trastorno depresivo mayor con riesgo suicida n=8 y Trastorno bipolar tipo I en episodio de manía grave n=2). En segundo lugar se encontró a sujetos con diagnóstico primario relacionado al espectro psicótico: Esquizofrenia (n=4) y trastorno esquizoafectivo (n=1). Dos pacientes cumplieron con diagnóstico primario de Abuso de cocaína. Llama la atención estos resultados en donde destaca el Trastorno depresivo mayor con riesgo suicida como el diagnóstico más frecuente asociado con la recurrencia de restricción física, ya que en literatura internacional se encuentran la esquizofrenia, el abuso de sustancias y los trastornos del afecto, en este orden, como los más frecuentes en relación a riesgo de agitación psicomotriz (Keski-Valkama, 2016). Esto pudiera estar relacionado a que existe como criterio de ingreso para poder ser hospitalizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría, tener familiares que funjan como cuidadores del paciente; los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos de curso crónico es bien sabido que cuentan con red de apoyo limitada (Szkulteca-Debek, 2016), por lo que la hospitalización en dicha unidad hospitalaria de pacientes con este diagnóstico es menor que en otro tipo de unidades hospitalarias sin este criterio de exclusión. De la misma forma, los pacientes con criterios de hospitalización con diagnóstico primario de abuso de sustancias son canalizadas a centros toxicológicos para tratar la intoxicación y complicaciones del uso de sustancias previo a la hospitalización. Dentro del presente trabajo, este factor representa un sesgo de ensamble ya que la población de pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría es menos susceptible a ser restringida físicamente debido a la baja población

de pacientes con diagnósticos que se relacionen con mayor frecuencia a conducta agresiva y agitación psicomotriz de acuerdo a la literatura científica.

Por otro lado, la mayor frecuencia del Trastorno depresivo mayor con riesgo suicida como diagnóstico principal asociado a riesgo de agitación psicomotriz es congruente con el hecho de la alta comorbilidad con trastornos de la personalidad del grupo B observada en el estudio y abuso de sustancias como factores de riesgo importantes para presentar agresión física, y por consiguiente, riesgo de restricción física (Keski-Valkama, 2016; Colasanti, 2008).

En relación a la comorbilidad de diagnósticos psiquiátricos, se ha descrito que en relación a trastornos de personalidad se puede apreciar una prevalencia de hasta un 61% (Zimmerman, 2008), en nuestra muestra se apreció una comorbilidad del 45%, siendo los más frecuentes los trastornos del grupo B de la personalidad, en específico el Trastorno límite de la personalidad o rasgos subumbrales.

Se ha descrito al antecedente de agresión física previa como factor de riesgo importante para desarrollo de nueva conducta violenta y agresión (Tremblay, 2004; Colasanti, 2008; de Girolamo, 2016), sin embargo en nuestra muestra únicamente se identificó antecedente de agresividad en únicamente 30% de la muestra.

Se identificó en nuestra muestra que el promedio de días de estancia hospitalaria al momento de presentar un episodio de agitación psicomotriz y posterior restricción física fue de 5 días, esto hace pensar que el riesgo de ser restringido físicamente es más alto durante los primeros días de hospitalización. Se ha asociado que a una mayor puntuación de la escala *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS por sus siglas en inglés) durante la hospitalización, mayor riesgo de conducta violenta y posterior evento de restricción física (Amore, 2008), además de que a mayor puntuación de la BPRS, mayor intensidad de la sintomatología psiquiátrica observada (Bell, 1992). Por lo tanto se puede inducir, que el

riesgo de agitación psicomotriz, y posterior evento de restricción física, se asocia a los primeros días de estancia hospitalaria debido a la gravedad del cuadro clínico en este periodo.

Se encontró una relación importante entre el riesgo de agitación psicomotriz y posterior restricción física con cursar un primer internamiento, esto pudiera explicarse debido al cambio de ambiente físico y social que una hospitalización confiere, donde estudios han reportado un aumento en la suspicacia por parte del sujeto hospitalizado, sentimientos de miedo y actitud defensiva hacia el personal médico (Colasanti, 2008).

Esto, aunado al hallazgo de mayor frecuencia de restricción física durante la primera hospitalización, además de las bajas calificaciones en la Escala de Agresión Explícita (OAS, por sus siglas en inglés), los cuales se discutirán más adelante, hace pensar la probabilidad de que el paciente es restringido físicamente sin una evaluación adecuada previa, ni la aplicación de algoritmos de tratamiento de agitación psicomotriz previo a la restricción física (Kaltiala– Heino, 2003; Castle, 2005; Albrecht, 2014). Por otro lado, al ser la muestra predominantemente de género femenino, y al saber que la recurrencia y presencia de agresividad se asocia en mayor proporción al género masculino (De Girolamo, 2016), se pudieran explicar los pocos antecedentes de agresividad previa.

Como se aprecia en los resultados, la media de calificación de la muestra de la Escala de Agresión Explícita fue de 1.45 para el componente de agresión verbal, 1.8 para la agresión física contra él mismo, la cual fue la que mayores puntuaciones registró y por lo tanto fue el componente auto-agresivo que se registró con mayor intensidad en la muestra; 0.85 en agresión física contra objetos y de 1.05 en agresión física contra otras personas. Se ha reportado en la literatura internacional que el punto de corte que establece la presencia de agresividad es una puntuación total de 7, con una sensibilidad de 0.80 y una especificada de 0.97 (Fresán, 2004); en la muestra del presente estudio solo n=5 sujetos puntuaron igual o mayor a este punto de corte.

El componente de agresividad de acuerdo a la OAS que fue predominante en frecuencia fue la agresividad verbal (n=17), siendo el rubro mas frecuente “hace mucho ruido, grita con enojo” el cual puntúa 1; únicamente n=1 sujeto puntuó la calificación máxima de 4: “hace claras amenazas de violencia hacia otros o hacia el mismo o pide ayuda para controlarse”. Dentro del componente de agresión física contra si mismo n=15 sujetos la presentaron, siendo la más frecuente la calificación de 1 (n=6): “Se pica o araña la piel, se golpea, se jala el cabello (sin ningún o mínimo daño)”; seguido por la calificación 4 (n=4): “se mutila el mismo, causa cortadas profundas, mordeduras que sangran, daños internos, fracturas, pérdida de conciencia, pérdida de dientes”. Dentro del componente de agresión física contra objetos solo n=10 sujetos lo presentaron, siendo la calificación de 1: “da portazos, desparrama ropa, hace tiraderos” la más frecuente (n=6). Finalmente, el componente de agresión física contra otras personas fue presentado en n=13 sujetos, siendo la puntuación mas frecuente de 1: “hace gestos amenazadores, gira en torno a personas, jaloneos a la ropa” (n=6) y 2: “golpea, pateo, empuja o jala el cabello (sin ningún daño a los demás)” (n=6). En este caso podemos encontrar que únicamente n=2 sujetos presentaron la calificación máxima de 4 dentro de cualquier rubro, en específico el componente de agresividad física hacia el mismo; esto aunado a que, considerando un punto de corte de 7 como indicativo de agresividad, 15 de los 20 sujetos de la muestra no presentaron una indicación franca para el uso de restricción física, además de que no se les aplicó un algoritmo de tratamiento para la agitación psicomotriz, como la “*desescalada*” de violencia o el medicamento vía oral (Kaltiala-Heino, 2003; Castle, 2005, Albrecht, 2014), estrategias congruentes con los niveles de agitación psicomotriz observada con la mayoría de los sujetos de la muestra.

La restricción física es indicada conforme a puntos de sujeción, es decir, el número de extremidades que son inmovilizadas; nuestra consideración inicial es que a mayor número de extremidades sujetas, mayor grado de agitación psicomotriz presenta el sujeto. En nuestra muestra el 50% (n=10) de esta fueron sujetos con 4 puntos de sujeción, es decir,

fueron inmovilizados de las cuatro extremidades, lo que supondría un nivel de agitación psicomotriz y agresividad importantes, sin embargo éstos hallazgos no fueron proporcionales o congruentes con las puntuaciones totales de la OAS, de tal forma se infiere que el número de puntos de sujeción que se aplican a un sujeto con agitación psicomotriz no van acorde a la intensidad de esta última, además de impresionar que el número de puntos de sujeción aplicados a cada aplicación psicomotriz son 4 de forma predeterminada. Interpretando éste resultado, es probable que la indicación de sujeción en algunos pacientes no sea en función directa del grado de agitación del paciente sino de otros componentes no especificados, como la subjetividad del médico o la necesidad de controlar la agitación lo más rápido posible, posiblemente sin considerar previamente otras estrategias como la “*desescalada*” agresiva, la intervención en crisis o la ministración oral de medicamentos. Es importante enfatizar que la restricción física, aunque a veces es necesaria, debe de considerarse *siempre* como la última de las opciones de intervención.

En relación al uso de medicamentos, se encontró que el medicamento que más se utilizó durante los eventos de agitación psicomotriz y durante el procedimiento de restricción física fue la olanzapina en vía intramuscular (n=8). La gran mayoría de los algoritmos de tratamiento de agitación psicomotriz (Kaltiala-Heino, 2003; Castle, 2005, Albrecht, 2014) indican la utilización de benzodiazepinas vía oral en caso de agitación leve o antipsicóticos vía oral, en caso de agitación moderada, reservando la vía intramuscular y en específico el uso de olanzapina vía intramuscular para casos de agitación grave, donde exista agresividad hacia otras personas o hacia objetos franca. En solo n=2 sujetos se siguió una secuencia de medicamento vía oral, en específico clonazepam, seguido de antipsicótico vía intramuscular al no remitir cuadro de agitación. Nuevamente se puede inferir que el protocolo utilizado en la mayoría de los eventos de agitación psicomotriz es aplicar olanzapina vía intramuscular, independientemente del nivel de agitación observado en el sujeto. Dos sujetos no recibieron psicofármaco pero sí restricción física, esto pudiera explicarse ya que estos sujetos no presentaban datos de agitación psicomotriz franca pero manifestaron ideación suicida, impresionando que la intervención de restricción física fue

de carácter “preventivo” lo cual no forma parte dentro de ningún algoritmo de tratamiento de agitación psicomotriz.

Debido a que el diseño del presente estudio es descriptivo y relacionado con la percepción de los usuarios, no se realizó un grupo experimental o control para ver el efecto específico de una maniobra. Sin embargo, la base de datos se analizó para indagar si alguna de las variables del estudio podían representar una asociación entre otras variables, o bien si existía algún tipo de correlación bivariada no paramétrica entre las variables.

Fue por ello que se realizó una prueba comparativa entre medias, desglosando según la variable que se considera predictora de conducta agresiva (antecedente previo de agitación). Así mismo se realizó correlación no paramétrica de *Spearman* entre las variables cuantitativas más significativas del estudio, que son: 1) número de puntos de sujeción y 2) intervención farmacológica.

Se encontró que el antecedente previo de agitación se relacionó con mayor número de internamientos previos; esto refuerza el precepto de que la conducta agresiva es predictor de conducta agresiva en el futuro (Colasanti, 2008). El no tener antecedente de conducta agresiva, al contrario de lo esperado, se relacionó con menos días de estancia hospitalaria al momento de la restricción física, además de menor calificación en los cuatro componentes del OAS (agresividad verbal, agresividad contra si mismo, agresividad contra objetos y agresividad contra otras personas), lo que hace denotar que a pesar de que los sujetos que no tenían antecedente de agresividad y por lo tanto no tener un factor de riesgo para nueva conducta agresiva, además de que no presentaron niveles de agresividad altos, de cualquier forma se les restringió de forma física; lo cual evidencia deficiencias en la evaluación integral del paciente para decidir intervención terapéutica durante un evento de agitación psicomotriz. El afecto que mostró mayor diferencia entre los sujetos con o sin antecedente de agresividad fue el enojo, donde se observa que los sujetos a quienes se les aplicó restricción física y que tenían antecedente de agresividad

previos, mostraron mayores niveles de enojo que quienes no tenían antecedente de agresividad previa y fueron restringidos físicamente.

Se encontró que la percepción emocional negativa fue mayor en los sujetos quienes se les aplicó un medicamento de la familia de las benzodiazepinas que quienes se les aplicó un antipsicótico, en específico mayor infelicidad y miedo. Esto puede deberse a que al recibir una benzodiazepina por vía oral se percibe con menor hostilidad que un medicamento intramuscular, además de la coerción que esto involucra, ya que el tomar un medicamento por vía oral involucra el asentimiento del sujeto, a diferencia de un medicamento intramuscular (Fugger, 2016).

Finalmente, se encontraron evidentes correlaciones que demostraron que a mayor número de puntos de sujeción, mayores niveles de sentimientos negativos, en específico se encontraron mayores niveles de enojo e infelicidad. Esto pudiera estar relacionado sobre todo a la limitación del movimiento que un mayor número de puntos de sujeción confiere, lo cual a su vez otorga mayor percepción de indefensión (Steinert, 2013).

CONCLUSIONES

El uso de restricción física en sujetos con agitación psicomotriz es predominantemente negativa, confiriendo altos niveles de miedo, infelicidad, ansiedad y, en especial, enojo. Esta percepción negativa no es siempre relacionada al procedimiento en sí, sino a las fallas en los criterios de indicación de restricción física, y en fallas en la información otorgada al sujeto previo, durante y posterior al procedimiento. La indicación de restricción física la mayoría de las veces no está relacionada a la puntuación de la Escala de Agresión Explícita, sino a otros criterios, posiblemente relacionados con la subjetividad del personal médico. Lo anterior evidencia que es primero necesario agotar otras opciones no restrictivas de intervención en agitación tales como la de escalada agresiva o la ministración oral de

benzodiazepinas o antipsicóticos. La percepción negativa de la restricción por parte de pacientes frecuentemente no va relacionada al procedimiento en sí, sino al hecho que éste no reciba la información de lo que se está realizando, las razones del procedimiento, el medicamento que se está administrando, o que el procedimiento se realice durante mucho tiempo a juicio del paciente.

Aunque la restricción física sigue siendo un procedimiento significativamente controversial, no se ha encontrado otra intervención que pueda sustituirla en circunstancias extremas de peligro, por lo que su utilización resulta en ocasiones necesaria. Sin embargo, aunque la restricción física es en ocasiones necesaria para proteger al paciente y a terceros, debe de considerarse como la última de todas las opciones terapéuticas y después de que se haya confirmado que las opciones no restrictivas son ineficaces y que existe una amenaza real a la seguridad que justifique su indicación. Finalmente, en los escasos casos que llegue a indicarse, debe de informarse al paciente del procedimiento y realizarse el menor tiempo posible, siempre con fines legítimos de restaurar la seguridad tanto del usuario como de terceros.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra el tamaño de la muestra, la cual es pequeña; además, se puede determinar un sesgo de detección y de ensamble en relación a la captación de la muestra, predominantemente debidos a que en la institución de salud donde se captaron los pacientes no se tiene una distribución homogénea en el género de los pacientes y en que no se encuentran hospitalizados demasiados pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico primario y abuso de sustancias secundario a los criterios administrativos de ingreso propios de la institución. Esto no permite traspolar de forma correcta los resultados obtenidos hacia la población psiquiátrica general o de otras instituciones de salud mental.

Las fortalezas del estudio se basan en que en México no se tiene información en relación a la percepción del paciente psiquiátrico hacia las medidas de restricción física, lo cual aporta información que puede ser utilizada para evitar trauma

innecesario en el paciente restringido, además de abrir paso a nuevas investigaciones relacionadas con el uso de restricción física y desarrollo de algoritmos de tratamiento con árboles de toma de decisiones para el tratamiento de la agitación psicomotriz con conducta agresivo y/o violenta.

REFERENCIAS

1. Chen H, Lin Ch, et al. Validation of a Causal Model of Agitation Among Institutionalized Residents With Dementia in Taiwan. *Research in Nursing and Health*. 2014; 37:11-20.
2. Marder, S. A Review of Agitation in Mental Illness: Treatment Guidelines and Current Therapies. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 13-21.
3. Lindenmayer, JP. The Pathophysiology of Agitation. *J Clin Psychiatry* 2009; 61:5-10.
4. Petit J. Management of the Acutely Violent Patient. *Psychiatr Clin N Am* 2005; 14:701-711.
5. Richmond, J, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine* 2012; 13:17-25.
6. Downey, LV, et al. Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *General Hospital Psychiatry* 2007; 29: 470-474.
7. Kaltiala-Heino, R. Reasons for using seclusion and restraint un psychiatric inpatient care. *Int Journal of Law and Psychiatry* 2003; 26:130-149.
8. Castle D, et al. "Development of clinical guidelines for the pharmacological management of behavioural disturbance and aggression in people with psychosis". *Australasian Psychiatry* 2005; 12: 247-252.
9. Albrecht B, et al. Benzodiazepine use and aggressive behavior: A sytematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2014, pii: 0004867414548902. [Epub ahead of print]
10. Fitzgerald P. . *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33: 660-668.
11. Flannery R, et al. Caharacteristics od Staff Victims of Psychiatric Patient Assaults: 20-Year Analysis of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatry Q*. 2011; 82:11-21.
12. Simpson S, et al. Risk for physiscal restraint of seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry*. 2014; 36: 113-118.
13. Nelstrop L, et al. A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violencia in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2006; 5:8-18.
14. Jungfer, HA, et al. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: Successful implementation of a less restrictive policy. *Journa of Psychiatric Research* 2014; 54: 94-99.
15. Huf G, et al. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *Psychological Medicine* 2012; 42: 2265-2273.
16. Pérez de Ciriza Amatriain A, et al. Restricciones físicas en UCIs: su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enfermería Intensiva* 2012; 23: 77-86.
17. Fariña-López E, et al. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: Resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43: 201-7.
18. Chien, W.-T., Chan, C. W. H., Lam, L.-W. & Kam, C.-W. (2005). Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*, 2005; 59: 80-86
19. Hallett N, et al. Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of caer staff and patients. *Aggression and Violent Behaviour*. 2014; 19: 502-514.

20. Nichols D, et al. The alignment of workforce development with service user moves towards integral self-intervention in the management of emotional states that may lead to behavioural disturbance: one Australian perspective. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 2012; 2: 13-21.
21. García-Forero, et al. Disentangling impulsivity, aggressiveness, and impulsive aggression: an empirical approach using self-report measures. *Psychiatry Research*. 2009;168:40-9.
22. Feinstein AR. *Clinical Epidemiology. The Architecture of Clinical Research*. Saunders, 1985, Philadelphia.
23. Yudofsky, et al. The Overt Aggression Rating Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry*. 1986 Jan;143(1):35-9.
24. Alice Keski-Valkama, et al. The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study, *Nordic Journal of Psychiatry*, (2010)64:2, 136-144.
25. Tremblay, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*. 2004 Jul;114(1):e43-50.
26. De Girolamo, et al. Monitoring and predicting the risk of violence in residential facilities. No difference between patients with history or with no history of violence. *J Psychiatr Res*. 2016 May 24;80:5-13.[Epub ahead of print]
27. Fresán, et al. Sensitivity and specificity of the Overt Aggression Scale in schizophrenic patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004 Mar-Apr;32(2):71-5.
28. Rosenfield, et al. Triple jeopardy? Mental Health at the intersection of gender, race and class. *Soc Sci Med*. 2012 Jun;74(11):1791-80.
29. Amore, et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Jun;62(3):247-55
30. Bell, et al. The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale. Reliability, comparability, and predictive validity. *J Nerv Ment Dis*. 1992 Nov;180(11):723-8.
31. Colasanti, et al. Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. *Eur Psychiatry*. 2008 Sep;23(6):441-8.
32. Esch, et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early schoolleaving. *BMC Psychiatry*. 2014 Aug 27;14:237
33. Szkulteca-Debek, et al. Schizophrenia causes significant burden to patients' and caregivers' lives. *Psychiatr Danub*. 2016 Jun;28(2):104-10.
34. Zimmerman, et al. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am*. 2008 Sep;31(3):405-20
35. Berna, et al. Self-disorders in individuals with attenuated psychotic symptoms: Contribution of a dysfunction of autobiographical memory. *Psychiatry Res* 2016 May 30; 239:333-41
36. Fugger, et al. Psychiatric patients' perception of physical restraint. *Acta Psychiatr Scand* 2016, Mar; 133 (3): 221-31.
37. Steinert, et al. Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatr Serv*. 2013 Oct; 64 (10): 1012-7.
38. Bergk, et al. Coercion Experience Scale (CES) – validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*, 2010, Jan 14; 10:5.
39. Mielau, et al. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2016, Jun; 266(4): 337-4
40. World Health Organization 2002 . *World Report on Violence and Health*. World Health Organization; Geneva: 2002.
41. Ortiz-Hernández, et al. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales en la Ciudad de México. *Cad Saude Publica*. 2005 May-Jun;21(3):913-25. Epub 2005 May 2.

ANEXO 1

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HACIA EL EMPLEO DE MEDIDAS DE RESTRICCIÓN FÍSICA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL “*CUESTIONARIO PARA PACIENTES 24-48 HORAS POST INTERVENCIÓN*” EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

Fecha: _____

Género: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Estado Civil: _____ Nivel socioeconómico: _____

Diagnóstico Psiquiátrico al Ingreso: _____

Trastorno por uso de sustancias: Si No

Especifique: _____

Trastorno de Personalidad: Si No

Especifique: _____

Antecedente de agitación psicomotriz previa: Sí No

Especifique: _____

Número de internamiento: _____

Días de estancia hospitalaria al momento de la restricción: _____

ANEXO 2

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HACIA EL EMPLEO DE MEDIDAS DE RESTRICCIÓN FÍSICA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL “CUESTIONARIO PARA PACIENTES 24-48 HORAS POST INTERVENCIÓN” EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ” (PROGRAMA DE AGITACIÓN AGUDA DE BLEULER)
Cuestionario para pacientes 24-48 horas post intervención

Hace 24-48 horas fue necesario utilizar restricción física para asegurar su bienestar y el de otras personas en este lugar.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Recuerda usted este evento? | Si | No |
| 2. ¿Recuerda usted que fue lo que sucedió? | Si | No |

Por favor escriba los detalles de dicho evento:

- | | | |
|---|----|----|
| 3. ¿Sabe usted cuales fueron las razones por las que fue necesario utilizar restricción física? | Si | No |
| ¿Cuáles fueron? | | |

- | | | |
|---|----|----|
| 4. ¿Cree usted que esto fue algo necesario? | Si | No |
| ¿Por qué? | | |

- | | | |
|--|----|----|
| 5. ¿Sabe usted que medicamento le fue aplicado durante dicho evento? | Si | No |
| ¿Cuál? | | |

¿Cómo se ha sentido usted después de que se requirió utilizar restricción física?
(Marque el número que usted considere apropiado)

Enojado	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	Muy enojado
Infeliz	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	Muy infeliz
Ansioso	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	Muy ansioso
Agradecido	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	Muy agradecido
Asustado	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	Muy asustado

ANEXO 3
 ESCALA DE AGRESIÓN EXPLÍCITA (OAS)
 INSTITUTO NACIONAL E PSQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"



ESCALA DE AGRESIÓN EXPLÍCITA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente: _____ Nombre del evaluador: _____

Sexo: Masculino () Fecha: ___/___/___ (día/mes/año)

Femenino () Turno: Mañana ___ Tarde ___ Noche ___

Si son incidentes agresivos (verbales o físicos) en contra de él mismo, de otros o de objetos durante el Turno ().

COMPORTAMIENTO AGRESIVO (chechar todo lo que ocurra).

Agresión verbal.

- 1 Hace mucho ruido, grita con enojo.
- 2 Grita con insultos personales leves, por ejemplo: "Eres un estúpido".
- 3 Maldice repetidamente, usa un lenguaje atisnante cuando se enoja, hace moderadas amenazas a otros o a él mismo.
- 4 Hace claras amenazas de violencia hacia otros o hacia él mismo ("Te voy a matar") o pide ayuda para controlarse.

Agresión física contra objetos.

- 1 Da portazos, desparrama la ropa, hace tiraderos.
- 2 Aventa objetos, patear muebles sin romperlos, pinta las paredes.
- 3 Rompe objetos, quiebra ventanas.
- 4 Prende fuego, avienta objetos peligrosamente.

Hora en que empezó el incidente: _____ a.m.
 p.m.

Agresión física en contra de él mismo

- 1 Se pica o se araña la piel, se golpea, se jala el cabello (sin ningún o con solamente un mínimo de daño).
- 2 Se golpea la cabeza, golpea los puños contra objetos, se avienta al suelo o contra objetos (se lastima sin daños serios).
- 3 Pequeñas cortaduras o raspaduras, quemadas menores.
- 4 Se mutila el mismo, se causa cortadas profundas, mordeduras que sangran, daños internos, fracturas, pérdida de conciencia, pérdida de dientes.

Agresión física contra otras personas.

- 1 Hace gestos amenazadores, gira en torno a personas, jaloneos a la ropa.
- 2 Golpea, patear, empuja o jala el cabello (sin ningún daño a los demás).
- 3 Ataca a los demás causando daños de leve a moderada consideración (raspaduras, hematomas, torceduras)
- 4 Ataca a los demás causando severo daño físico (huesos rotos, profundas laceraciones, daños internos).

Duración del incidente: _____ (horas: minutos)

INTERVENCIONES (chechar todo lo que ocurra).

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <u>1</u> Ninguna | <u>5</u> Medicación inmediata vía oral | <u>9</u> Uso de restricciones |
| <u>2</u> Entrevista con el paciente | <u>6</u> Medicación inmediata por inyecciones | <u>10</u> Los daños requieren tratamiento médico inmediato para el paciente. |
| <u>3</u> Vigilancia estrecha | <u>7</u> Aislamiento sin reclusión (tiempo fuera) | <u>11</u> Los daños requieren tratamiento para otras personas |
| <u>4</u> Contener al paciente | <u>8</u> Reclusión | |

COMENTARIOS.

ANEXO 4

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HACIA EL EMPLEO DE MEDIDAS DE RESTRICCIÓN FÍSICA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL “CUESTIONARIO PARA PACIENTES 24-48 HORAS POST INTERVENCIÓN” EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ” **Carta de Consentimiento Informado**

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

En algunos casos específicos, durante la hospitalización psiquiátrica, es necesario el uso de restricción física; el objetivo del estudio es conocer la percepción de los participantes a quienes fue necesario el uso de restricción física. Actualmente no existe este tipo de información en nuestro país, por lo que su participación contribuirá a mejorar el procedimiento de restricción física que fue aplicado a usted y a otros participantes.

Antes de que usted decida o no participar en este estudio, el médico investigador le explicará de forma verbal en que consta su participación en este estudio, que consiste en palabras breves de lo siguiente:

1) Se le dará un cuestionario de 10 preguntas el cual usted debe de contestar posterior al evento de restricción física; el contestar este cuestionario generalmente tiene una duración de máximo 15 minutos.

2) Se recopilarán datos clínicos (edad, sexo, diagnóstico psiquiátrico, etc.), así como datos sociodemográficos (escolaridad, estado civil, etc.) de su expediente clínico.

Estoy de acuerdo en que mis datos clinicodemográficos sean obtenidos mediante la revisión de mi expediente clínico por el investigador principal.

SI _____ **No** _____

Nombre y firma del participante _____

Fecha _____

Existe la posibilidad de que usted se encuentre indispuerto o simplemente no esté de acuerdo en participar en este estudio. En todo momento su decisión de participar en este estudio es voluntaria y esto no afectará la atención que reciba hoy o en un futuro. Cabe destacar que aseguramos la confidencialidad de la información que nos otorgue y que se recabe de su expediente clínico.

Existe la posibilidad que durante la contestación del cuestionario usted evoque recuerdos desagradables del evento de restricción física, por lo que tanto el investigador principal como el personal médico y paramédico del área de hospitalización se encuentran al

pendiente de cualquier molestia que pueda manifestar, otorgándosele las medidas adecuadas para la resolución, intervención y seguimiento de dicha molestia.

Cualquier duda que se genere durante la contestación del cuestionario le será resuelta por el personal médico que aplica el cuestionario.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y entendido el consentimiento informado. Entiendo que mi participación es voluntaria, y que si así lo deseo, puedo no participar o bien dar por concluida mi participación en el momento que lo desee, sin que esto tenga consecuencias en la atención de esta institución.

Entiendo que el estudio consiste en un cuestionario que se me dará a contestar después de que fue necesario aplicarme restricción física durante mi estancia en el área de hospitalización.

Entiendo que la confidencialidad y privacidad de los datos se respetarán en todo momento e incluso después de concluido el estudio.

Entiendo que en caso de presentar alguna duda relacionada con la realización del estudio avisaré al investigador principal, el Dr. Omar Rangel Cupa, quien me dará información amplia al respecto de este estudio.

Entiendo que al participar en este estudio no tendrá algún beneficio directo para el participante o para el familiar, y que los resultados se analizarán para conocer la percepción del participante hacia la aplicación de restricción física y, al mismo tiempo, detectar áreas de oportunidad de mejora para optimizar este tipo de intervención en nuestro medio social.

En caso de solicitar información adicional, puedo contactar al Dr. Omar Rangel Cupa al teléfono 41600000 o al correo electrónico omar.r.cupa@gmail.com

_____ Firma del Participante	_____ Fecha
_____ Nombre del Participante	
_____ Firma del Testigo 1	_____ Fecha
_____ Nombre del Testigo 1	
_____ Firma del Testigo 2	_____ Fecha
_____ Nombre del Testigo 2	
_____ Firma del Investigador	_____ Fecha
_____ Nombre del Investigador	

ANEXO 5

CARTA DE APROBACIÓN POR PARTE DE COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>		 <p>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ</p>
Comité de Ética en Investigación "2015 Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"		
<i>Ref: CEI/C/046/2015.</i>		
Agosto 17, 2015, 2015		
<p>Dr. Omar Rangel Cupa Investigador Principal Presente</p>		
<p>Por este medio me permito informarle que el proyecto titulado: "Percepción del paciente hacia el empleo de medidas de restricción física mediante la aplicación del cuestionario para pacientes 24-28 horas post intervención en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz" y que será realizado en este Instituto, ha sido APROBADO por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.</p>		
<p>Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación, Asentimiento Informado</p>		
<p>Atentamente</p>		
	COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN  APROBADO	
<p>Lic. María Teresa López Jiménez Presidente del Comité de Ética en Investigación</p>		
<p>C.c.p. Dr. Héctor Senties Castella, Director de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.- Presente. Dr. Jorge J. González Olivera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente</p>		
<small>Calle de México-Xochimilco #101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, C.P. 14170, México, D.F. Tel. 4160-5050, 4160-5051 • www.inpfi.gob.mx</small>		