



Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”**

**DESCRIBIR EL EFECTO DE OTORGAR UNA
INTERVENCION PSICOEDUCATIVA EN LA PERCEPCION
Y ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA RESTRICCIÓN
FISICA, DESPUES DE SU USO DURANTE EL
TRATAMIENTO HOSPITALARIO**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA QUE**

Presenta:

Dra. Angélica García Hernández

Tutores:

**Teórico: Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe
Metodológico: Dra. María Elena Medina-Mora Ícaza
Co-tutor: Dr. Enrique Chávez León
Asesoría Estadística: Ing. José Cortés**

CIUDAD DE MÉXICO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ"**

**DESCRIBIR EL EFECTO DE OTORGAR UNA
INTERVENCION PSICOEDUCATIVA EN LA PERCEPCION
Y ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA RESTRICCIÓN
FISICA, DESPUES DE SU USO DURANTE EL
TRATAMIENTO HOSPITALARIO**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA QUE**

Presenta:

Dra. Angélica García Hernández

Tutores:

Teórico: Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe	Metodológico: Dra. María Elena Medina-Mora Ícaza

CONTENIDO

ANTECEDENTES	
• Introducción.....	3
• Definiciones.....	4
• Asociación de agitación con Trastornos mentales.....	5
• Tratamiento de la agitación.....	6
• Indicaciones y contraindicaciones de restricción.....	7
• Recomendaciones del procedimiento de restricción.....	7
• Percepción del paciente acerca del empleo de restricción física.....	9
• Psicoeducación y su empleo como recurso terapéutico.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	13
JUSTIFICACION.....	13
OBJETIVOS.....	13
HIPOTESIS.....	14
METODOLOGIA	
• Diseño.....	14
• Muestra.....	14
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	15
• Variables.....	16
• Instrumentos clinimetricos.....	18
• Procedimiento.....	19
ANALISIS ESTADISTICO.....	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIONES.....	34
REFERENCIAS.....	35
ANEXOS	
1. Formato de datos clínicos.....	37
2. Escala de agresión explícita.....	38
3. Cuestionario “Percepciones del paciente acerca de Aislamiento-/Restricción en su tratamiento”.....	39
4. Cuestionario “Actitud del paciente hacia la restricción física”.....	41
5. Consentimiento informado para participantes.....	42
6. Programa Psicoeducativo.....	45
7. Folleto informativo.....	54

ANTECEDENTES

Introducción

Hasta mediados del siglo XX, la mayoría de los códigos de ética médica estaban basados en la tradición hipocrática. En ellos, las obligaciones que se establecían para el médico consistían en lograr el bienestar del paciente, sin considerar que el paciente tenía derecho a participar en la toma de decisión sobre su tratamiento.

En las últimas décadas, la sociedad ha buscado empoderar al individuo contra la autoridad de gobiernos e instituciones y ha otorgado al paciente, a la mujer y a las minorías, mayores derechos. Por ello, en la atención médica, el principio de respeto a la autonomía ha tomado primacía. Autonomía, del griego *autos* (por sí mismo) y *nomos* (regla, gobierno o ley) puede definirse como el derecho del paciente a que se respeten las decisiones que él tome libremente respecto a su persona. Sin embargo, para poder ejercer su autonomía, el paciente debería cumplir dos condiciones esenciales: 1) La libertad, esto es, tomar las decisiones sin influencia externa, y 2) tener la capacidad de decidir apropiadamente acerca de las propias acciones

El paciente autónomo tiene la capacidad de deliberar respecto a las distintas opciones terapéuticas, así como anticipar las consecuencias de su elección; en contraste, el paciente incapaz de deliberar apropiadamente puede tomar decisiones con consecuencias negativas respecto a su salud y tener conductas que le produzcan daño a sí mismo u a otras personas.

La mayoría de los pacientes conservan su capacidad para deliberar apropiadamente respecto a su manejo, tratamiento y las consecuencias de su conducta. En ocasiones, particularmente los pacientes con trastornos psicóticos pueden tener comportamientos que conllevan el riesgo de ocasionarse daño a sí mismos, a otras personas (familiares, personas conocidas y desconocidas) o al personal médico encargado de su atención. Es en esos casos que el principio de autonomía pasa temporalmente a segundo término y es el principio de beneficencia el que toma primacía.

Ya desde 1773, Philippe Pinel, padre de la psiquiatría describió los principios básicos de la restricción y el aislamiento; e hizo hincapié en el equilibrio entre la seguridad y los derechos de los pacientes, al proponer la "Psiquiatría Moral" que apareció como una asociación entre bondad y firmeza, que decía: "*La oposición y obstinación aparentemente inflexible de ciertos alienados, cesa cuando se les aborda con valor, sin ultraje, sin cólera y con respeto a su dignidad*". Su influencia ganó terreno en el reconocimiento de que la bondad, la persuasión y el manejo cuidadoso, eran más efectivos para lidiar con los pacientes, que el miedo, la coerción brutal, la restricción de movimiento y la terapia médica, que se limitaba a las purgas, vómitos y sangrías. ²

Mientras que a finales del siglo XIX existió un movimiento con la intención de derogar las prácticas restrictivas, iniciado en Inglaterra por Connolly y Hill, dando lugar a diversas discusiones relacionadas a su aplicación. ³

En la NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA-2014, se estipulan los lineamientos para la atención del paciente en unidades hospitalarias psiquiátricas, en cuanto a la restricción física, se indica en interés de preservar la seguridad propia y de los demás, al emplearse sólo con fines terapéuticos y nunca como un castigo o para la conveniencia de terceros, incluso, queda proscrito el empleo de aislamiento "*El aislamiento de las personas usuarias es innecesario y violatorio de los derechos humanos, por lo que no deben utilizarse para dicho fin, instalaciones de patios y cuartos de aislamiento en cualquiera de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*". ¹

Los cuestionamientos acerca de la restricción persisten, debido al conflicto ético básico entre el respeto a la autonomía del paciente y el cumplimiento de la responsabilidad del médico de evitar que ocasione daño a sí mismo o a los demás. ³

El comportamiento violento de las personas afectadas por trastornos mentales plantea desafíos particulares tanto en el campo de los derechos y la seguridad del paciente como en las del

proveedor de la atención médica. Internacionalmente, la restricción y el aislamiento se utilizan para regular y contener el alto riesgo del posible comportamiento peligroso del paciente agitado. 4

Definiciones

A los efectos de esta investigación, se definió:

1. Sedación: Administración de medicamento, también llamada restricción química o farmacológica, la cual puede asociarse o no a restricción física o mecánica. 5
2. Restricción física: También llamada restricción mecánica, es una medida de control del comportamiento real o potencialmente agresivo y / o violento, que consiste en limitar la libertad de movimiento de una persona mediante el uso de la fuerza física o cualquier otro medio mecánico. La intención de usar la restricción es confinar los movimientos del paciente; para ello existen diferentes tipos de elementos: restricción mecánica, (por ejemplo, diferentes tipos de cinturones) y física (sostener al paciente por la fuerza. 5,6.

Agitación psicomotriz, agresión y violencia

El DSM-5 continúa definiendo la agitación psicomotriz como la actividad motora excesiva asociada con un sentimiento de tensión interna. Cohen-Mansfield y Billig definieron la agitación como un síndrome caracterizado por inquietud motora, mayor capacidad de respuesta a estímulos internos y externos, irritabilidad, actividad verbal, vocal o motora inapropiada o sin propósito alguno, disminución del sueño y curso inestable con fluctuaciones rápidas de los síntomas, la cual es juzgada por un observador externo como resultado directo de las necesidades o la confusión del individuo agitado. 6

Los comportamientos que pueden predecir que la agitación psicomotriz trascienda a la agresión, incluyen tres etapas, durante las cuales puede intervenir para atenuar la sintomatología, evitar que la situación escale o se torne fuera de control, se genere daño y se considere el uso de restricción física.

Etapa 1. Ansiedad. El paciente se comunica en voz alta y precipitada, incrementa el movimiento corporal, sin intención aparente, caracterizado por cambios posturales frecuentes; impedir la progresión a la siguiente etapa amerita el reconocimiento de los síntomas por parte del personal médico, quien procura calmar al paciente, al establecer un buen vínculo, con un trato amable, y respetuoso, transmitiendo preocupación genuina por su bienestar, garantizando un ambiente seguro y tranquilo.

Etapa 2. Actitud Defensiva. El paciente muestra un lenguaje inadecuado y desmedido, comportamiento irracional, relacionado a sensación de pérdida del control de la situación; frenar la situación es posible al ofrecer opciones al paciente, planteando límites simples, claros, congruentes y adaptables, exponiendo las consecuencias por su incumplimiento; el personal debe mantener una actitud templada, pero firme durante su interacción con el paciente, esto puede representar un desafío, dada la tendencia de estos pacientes por increpar y provocar al personal, dificultando la interacción.

Etapa 3. Agresión física. El paciente exhibe un comportamiento totalmente irracional y fuera de control, con un discurso amenazador, conductas violentas y peligrosas para sí mismo, u otras personas, en esta fase las técnicas de desescalada y contención verbal resultan insuficientes y se justifica el empleo de restricción química o mecánica.9

La agresión se define como un comportamiento motor dirigido que pretende dañar un objeto o una persona, es un comportamiento externo, que es perceptible. Generalmente la agresión puede

manifestarse como mecanismo adaptativo, es decir, se manifiesta como una conducta de defensa o de escape ante situaciones amenazantes.

La violencia se define como el comportamiento utilizado por individuos que intencionalmente amenazan o intentan infligir daño en otros, o el uso deliberado de la fuerza física o el poder de forma amenazante contra uno mismo, otra persona o comunidad, que cause o que tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte o daño psicológico, así se puede identificar que la violencia tiene una intención explícita de causar algún daño y no corresponde a un mecanismo adaptativo como la defensa o escape.

Por lo tanto, se puede distinguir que la violencia es una característica propia de la agresión, no puede existir violencia sin agresión, pero si agresión sin violencia, ya la diferencia entre estos conceptos es a intencionalidad de causar daño y no corresponde a un mecanismo adaptativo. ²²

Asociación de agitación con trastornos mentales

Se estima que el 8% al 24% de los pacientes que acuden a instituciones psiquiátricas requieren restricción o aislamiento debido a que las personas suelen ser hospitalizadas por condiciones agudas, cuando su enfermedad se ha agravado y su capacidad para controlar su comportamiento está reducida. ¹²⁻¹³

Las alteraciones conductuales características de la agitación psicomotriz, están presentes en diversos trastornos psiquiátricos, sin que esto condicione necesariamente agresividad, entre los pacientes que padecen de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos neurocognitivos, por consumo de sustancias, trastorno de la conducta, del control de impulsos y en varios trastornos de la personalidad como el trastorno antisocial, límite y narcisista. La agitación se presenta en el 90% de los episodios de manía, mientras que un estimado de 21% de las consultas de urgencias psiquiátricas en los Estados Unidos, se debe a pacientes agitados con diagnóstico de esquizofrenia. En los pacientes con Trastorno neurocognitivo mayor, la agitación se presenta en hasta un 50% de aquellos que viven en la comunidad, ocurriendo en hasta un 70 a 90% en pacientes que habitan en residencias.⁷

Los resultados de los intentos de correlacionar las características demográficas como la edad y el sexo con la frecuencia de restricción/aislamiento, son tan contradictorios que pocas veces aparecen como tendencias continuas. Un hallazgo bastante consistente es que la edad del paciente parece estar correlacionada inversamente con la frecuencia de aislamiento o reclusión. Algunos estudios encontraron que los hombres tenían más probabilidades de ser restringidos, algunos otros no encontraron asociación con el género, y uno de ellos, encontró que las mujeres eran más propensas a ser restringidas. Algunos de los autores citaron la psicosis, los trastornos de la personalidad, los síntomas maníacos y la deficiencia intelectual como los factores asociados con mayores tasas de restricción.

Se han encontrado frecuencias más altas de restricción física al principio de la estancia hospitalaria y cuando se trata de estancias hospitalarias más largas. Los hospitales psiquiátricos pueden tener características demográficas diferentes independientemente de las tasas de restricción o aislamiento, o la presentación clínica del paciente. Una vez más, estas variaciones pueden reflejar el estilo de prevención y / o manejo de la agitación en cada hospital.

Entre los precipitantes de la restricción y el aislamiento, examinados en un número sustancial de estudios, se encuentran: La agitación, falta de cooperación, conducta desordenada e interrupción del ambiente terapéutico, historial previo de violencia, violencia contra un objetivo no especificado, violencia contra el personal, violencia contra otros pacientes, amenazas de violencia y conductas "para-suicidas".⁸

Los predictores de conductas violentas futuras son: 1) Ser varón, 2) tener antecedentes de episodios previos de violencia o haber sido receptor de violencia, de consumo de alcohol u otras

sustancias, y 3) padecer un trastorno mental, especialmente esquizofrenia, trastornos de la personalidad, trastorno bipolar tipo I o depresión psicótica. 9

Tratamiento de la agitación

El tratamiento tiene como finalidad el reconocimiento temprano, la estabilización de las condiciones que amenazan la vida y el control rápido de la agitación; idealmente no debe utilizarse fuerza excesiva ni inducir sedación significativa para prevenir o minimizar daño.8

Se deben investigar las posibles causas orgánicas de la agitación como el traumatismo craneoencefálico, delirium, trastornos metabólicos o neurológicos, intoxicación y abstinencia a alcohol o drogas, infecciones, trastornos circulatorios o vasculares, insuficiencia renal o hepática y disfunción endocrina. 9

Las tácticas de tratamiento se pueden dividir en farmacológicas y no farmacológicas.

Estrategias no farmacológicas

Incluyen intervenciones ambientales, técnicas de desescalada y restricciones mecánicas.

Intervenciones ambientales. La intervención ambiental que crea un ambiente que promueve la seguridad y minimiza la estimulación de un paciente agitado puede ser particularmente difícil. Además de examinar a los pacientes en busca de armas, también es importante eliminar cualquier objeto que pueda convertirse potencialmente en una. Se debe mantener personal adecuado y capacitarlo para reconocer y manejar pacientes agitados lo cual también es un componente clave en la promoción de la seguridad. Se debe mantener un área que ofrezca un espacio silencioso y menos estimulante para los pacientes cuando sea necesario.

Técnicas de desescalada. Las técnicas de desescalada buscan proporcionar un ambiente seguro y tranquilo. Se consideran estrategias de primera línea en el manejo de personas agitadas que no están inminentemente en peligro de lastimarse a sí mismos o a otras personas. En adición a un comportamiento no violento, las técnicas de desescalada funcionan mejor en el paciente agitado pero cooperador. La desescalada implica estrategias verbales y no verbales para ayudar a calmar a un paciente. El primer paso para tratar con éxito a un paciente es establecer una buena relación. Reconociendo y abordando las necesidades básicas, de una forma simple pero efectiva para lograr esto. Asegurando al paciente que se encuentra en un ambiente seguro, ofreciendo y proporcionando comida, agua, seguridad y comodidad. A menudo se pasa por alto, pero igualmente importante es garantizar un control adecuado del dolor.

Algunas de las estrategias para des-escalación efectiva, incluyen mantener la calma y una conducta respetuosa, teniendo en cuenta el espacio personal, con una distancia segura, evitando amenazar o presentar comportamiento de confrontación (evitando cruzar los brazos, pararse cerca del paciente o prolongar el contacto visual) y mostrar empatía e interés profesional.

Las técnicas verbales, incluyen abordar la violencia directa, estableciendo límites, ofreciendo opciones e informando al paciente de las consecuencias de presentar un comportamiento inapropiado.

Restricciones mecánicas. Las restricciones mecánicas se consideran el método más restrictivo y solo debe utilizarse para pacientes en los que todos los demás métodos han sido ineficaces.

Estrategias Farmacológicas

Cuando fallan los esfuerzos de intervención y desescalada, el siguiente paso es el uso de agentes farmacológicos. Un agente ideal sería aquel de acción rápida, rentable, bien tolerado, no invasivo y sedante, con mínimas interacciones medicamentosas. Estos agentes pueden usarse en monoterapia o en combinación, y se pueden administrar en una variedad de formulaciones que incluyen tabletas, tabletas de rápida desintegración, medicaciones intravenosas e intramusculares y nuevos agentes inhalatorios. En pacientes cooperadores se prefieren los medicamentos orales,

ya que son menos invasivos y traumáticos. Para los pacientes menos cooperadores y más agitados, a menudo se usan agentes parenterales.⁸

Siempre que sea posible, los médicos deben obtener información del paciente e intentar que los pacientes participen activamente en su propio cuidado, en lugar de usar medidas coercitivas.

Indicaciones y contraindicaciones de restricción

Diversos autores establecen que el uso de la restricción se justifica cuando tiene como finalidad prevenir daño inminente a sí mismo u otros, daño sustancial al ambiente físico o ante una probable interrupción grave del tratamiento, reducir la estimulación, cuando otros medios han resultado ineficaces y a petición del paciente.

Las contraindicaciones de la restricción incluyen: Afecciones como encefalopatías que podrían agravarse por la disminución de la estimulación sensorial, su empleo como sustituto del tratamiento, su uso como castigo, como una respuesta al rechazo del paciente al tratamiento o a realizar actividades o al comportamiento desagradable, por la conveniencia del personal y cuando el paciente lo experimenta como un refuerzo positivo para la violencia. ⁸

Recomendaciones del procedimiento de restricción

Acorde a la Joint Commission las directrices y normas actualizadas para utilizar la restricción se enumeran a continuación:

1. La restricción o aislamiento solo deben utilizarse cuando esté clínicamente justificado y después de considerar otras de opciones de tratamiento.
2. Un médico o un profesional autorizado debe evaluar al paciente dentro de la primera hora de haber iniciado la intervención.
3. La restricción y aislamiento deben mantenerse por un tiempo limitado a 4 horas para adultos, 2 horas para adolescentes (9-17 años) y 1 hora para pacientes menores de 9 años.
4. Los pacientes deben tener monitoreo continuo y evaluación periódica con la intención de interrumpir la intervención lo antes posible.
5. Al llegar al tiempo límite para el empleo de restricción, el médico debe reevaluar al paciente, antes de dar la indicación para iniciar un nuevo conteo de tiempo límite.
6. Previo al consentimiento informado del paciente, la familia debe ser notificada con prontitud.
7. Se debe realizar retroalimentación con el paciente y el personal después de haber concluido la intervención. ¹⁰

Cada institución debe tener un protocolo detallado para su uso, el protocolo debe incluir a miembros debidamente entrenados, familiarizados y sensibilizados con el procedimiento de restricción, el desarrollo de una serie de estándares con respecto al uso de la restricción ha sido un factor importante en la intención de lograr una implementación segura y efectiva. En el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz el protocolo para realizarlo, se encuentra consignado en el *Manual de Procedimientos de la Subdirección de Hospital 2017*, en el capítulo número 11, "*Procedimiento para el manejo del paciente agitado o agresivo*", en el cual se señalan las pautas para llevarlo a cabo y contempla:

- I. La instrucción y capacitación del personal médico, de enfermería y vigilancia en cuanto al conocimiento del procedimiento y la prevención de riesgos de lastimar o resultar lastimados al intervenir en el manejo de un paciente agitado y/o agresivo, velando por la seguridad del paciente y la propia.

- II. Se especifica que el personal médico en que es el único autorizado para indicar restricción farmacológica y física, así como la terminación de ésta última en un paciente agitado y/o agresivo.
- III. En todo momento el personal que intervenga debe mantener una conducta ética cuidando del bienestar, integridad, privacidad y dignidad del paciente.
- IV. La instrucción al personal médico para que el líder del equipo de salud explique al paciente que debido a que se encuentra alterado se requieren medidas de restricción farmacológica y/o física y le solicite su colaboración.
- V. La instrucción al personal médico para que de ser posible el líder del equipo explique y solicite al paciente: ingresar a su habitación para proceder a la restricción química y/o física, permita la administración de medicamento ya sea por vía oral o vía intramuscular según la indicación del personal médico y de ser necesario, permita proceder a la sujeción gentil en la cama de su habitación.
- VI. La instrucción al personal médico para que en caso de que el paciente no coopere para entrar a su habitación y no permita la administración del medicamento y sujeción, la intervención tendrá que ser coercitiva.
- VII. La instrucción del personal médico y de enfermería que durante el procedimiento de restricción física debe evitar ejercer presión en el cuello, tórax, abdomen, espalda baja y área pélvica del paciente, asegurar vía aérea permeable y evitar que la sujeción oprima el tórax e impida la respiración.
- VIII. La instrucción al personal médico para que la duración de la restricción física sea del tiempo mínimo necesario para la contención del paciente.
- IX. La instrucción al personal médico para que durante todo el tiempo que se mantenga la restricción física del paciente, cada hora se realice evaluación del paciente, verificando las condiciones de sedación, hidratación y de higiene en que se encuentra el paciente; realizando cambios frecuentes de posición, se le asista en la alimentación e higiene necesarias y vigile que no se presenten zonas de lesión dérmica por la sujeción.
- X. La instrucción al personal médico, para que una vez controlada la situación, se registre por escrito en el formato de Nota de Evolución en el expediente clínico, el motivo por el cual se indica la restricción farmacológica y/o la restricción física del paciente e indicaciones médicas, los fármacos utilizados, dosis, vía de administración, número de puntos de sujeción y retiro de los mismos de acuerdo a la indicación médica.²¹

Se deben considerar algunos aspectos generales, entre los cuales se encuentran la organización del equipo, el cual debe tener al menos cinco miembros, de ser posible al menos alguno de ellos del sexo femenino e incluir a un líder designado que explica el proceso al paciente en un lenguaje claro. Antes de ingresar a la habitación de un paciente e iniciar el procedimiento de restricción, se deben quitar todas las pertenencias personales que podrían usarse como arma o causar lesiones, incluidos objetos aparentemente benignos.

Durante el procedimiento de restricción, el líder del equipo mantiene la seguridad de la cabeza del paciente mientras que cada uno de los otros miembros toma el control de una extremidad previamente asignada, debe ser a través de una articulación principal (codo o rodilla). La sujeción debe ser atada a la base de la cama, no a los pasamanos. Todas las posiciones de restricción conllevan ciertos riesgos, y es esencial una supervisión cuidadosa del paciente restringido. Si la aspiración es un riesgo, el paciente debe ser restringido en posición decúbito lateral, de lo contrario la restricción en posición supina puede facilitar el examen médico y ser más cómoda para el paciente; considerar que la cabeza debe estar libre para girar hacia un lado y, cuando sea posible, la cabecera de la cama debe ser elevada. La restricción en posición de decúbito prono predispone a asfixia, motivo por el cual las vías respiratorias deben permanecer despejadas en todo momento y debe permitirse la expansión completa de los pulmones. Si se usan restricciones de cuatro puntos, los brazos deben estar restringidos, de modo que un brazo se encuentre arriba y el otro abajo, tal posición hace que sea difícil para el paciente generar la fuerza suficiente para invertir la camilla. Si se usan restricciones de dos puntos, el brazo y la pierna contralateral deben estar restringidos. En caso de necesitar una sujeción adicional, se puede colocar una sábana alrededor

del tórax y atarla a la camilla, teniendo cuidado de que la sábana no esté tan apretada que impida una expansión adecuada.

Las restricciones suaves se pueden usar en pacientes semi cooperativos, pero para pacientes que están combativos o tratando de escapar, se prefieren restricciones de cuero. El cambio de posición es importante para prevenir la rabdomiólisis, las úlceras por presión y las parestesias.

De ser posible, el médico tratante no debe participar en el proceso de restricción, para preservar la relación médico-paciente. También se espera que el personal procure regresar al entorno anterior a la crisis; evaluando la necesidad de apoyo emocional, para el paciente, los testigos u observadores y el personal involucrado. ⁸

Mientras este restringido, el paciente debe estar bajo observación y monitoreo continuo, realizado por un médico, enfermera u otro personal capacitado y competente, lo que es crucial para la prevención de lesiones o muerte del paciente y para garantizar que el uso de la restricción o aislamiento se interrumpa lo antes posible, garantizando durante el proceso su seguridad y comodidad física, bienestar psicológico y el derecho del paciente a la privacidad. La revisión posterior a la restricción y aislamiento es una intervención compleja, que requiere una documentación cuidadosa y que tiene lugar después un episodio de restricción o aislamiento dirigido al paciente y realizado por los proveedores de atención médica, con la finalidad de mejorar la experiencia de cuidado del paciente, evitar futuros eventos de restricción, mejorar la calidad y la seguridad de la atención del paciente con comportamiento agresivo y documentar el episodio. Todo esto, puede contribuir a minimizar los efectos adversos de la restricción y restablecer la relación de confianza entre el paciente y el personal. ¹⁹

Se está suficientemente bien señalado que la restricción proporciona un medio eficaz para prevenir lesiones, tratar y reducir la agitación, por lo que está igualmente bien establecida la necesidad de realizar una observación periódica, que debe consistir en un examen físico realizado dentro de 1 a 12 horas posteriores al evento, por personal médico o un profesional capacitado, por lo que la buena práctica debe incluir un instrumento estandarizado de revisión posterior al procedimiento.

Cuando sea clínicamente apropiado, e indicado por el personal médico, las restricciones deben ser retiradas, una a la vez en intervalos de 5 minutos hasta que solo queden dos. Si el paciente permanece cooperador y a juicio del personal médico, las dos últimas sujeciones se podrán retirar.⁸

Percepciones de los pacientes hacia la restricción física

A pesar de que la comprensión de las perspectivas de los pacientes se considera importante en el proceso de toma de decisiones y evaluación de la calidad de la atención, se han realizado pocas investigaciones sobre las percepciones de los pacientes sobre restricción/ aislamiento. ¹¹ Si bien existe poca investigación, los hallazgos revelan implicaciones tanto para pacientes como para médicos, por igual.

La discrepancia entre la intención de los médicos y las percepciones de los pacientes es sorprendente y puede afectar seriamente el establecimiento y mantenimiento de una relación terapéutica médico-paciente. Esto puede ser particularmente importante al cursar su estancia hospitalaria, ya que los pacientes se encuentran en una condición psiquiatría aguda.¹⁴

Al revisar la literatura internacional, se encuentran diversos estudios, en la generalidad, los pacientes consideran la restricción como una intervención puramente negativa y no terapéutica, indicaron sentirse ansiosos y asustados porque se sentían incapaces de protegerse a sí mismos al ser restringidos; este sentimiento era particularmente intenso si habían sido recién ingresados en la unidad hospitalaria, cuando no estaban familiarizados con el entorno en el cual se encontraban. Algunos de ellos definieron como el peor aspecto de ser restringidos: la eliminación de su voluntad, libertad y control. Más de la mitad de ellos experimentó un sentimiento de impotencia, el cual creyeron deshumanizante. Este sentimiento de deshumanización fue más fuerte en aquellos pacientes que fueron restringidos por períodos más prolongados de tiempo, o en aquellos que

tuvieron mayores dificultades para hacer frente a los síntomas de su enfermedad y también cuando sintieron que el personal no se estaba ocupando de sus necesidades humanas básicas.²⁰

Frecuentemente los pacientes describen la restricción como una experiencia de castigo, asociados con sentimientos de miedo, tristeza, abandono, rechazo, enojo, confusión, indefensión, fuera de control o controlado por otros, en respuesta a un evento de restricción. También describieron sentirse enojados y avergonzados después del evento. Se ha descrito trauma asociado con la restricción, el cual ocurre durante y después del evento, con afectación en tres temas principales, en primer lugar, la restricción afectó su sentido de autonomía; en segundo lugar, impactó en la capacidad de confiar en sí mismo y en los demás; y, en tercer lugar, intensificó un fuerte sentimiento de soledad y aislamiento.¹⁵

La ansiedad era otro tema dominante en las percepciones de los pacientes, encontrándose aprensivos o en pánico sobre la experiencia, lo cual hace referencia a la recreación de experiencias desagradables pasadas, inclusive como un proceso de re-traumatización, por experiencias de abuso en la infancia, con el potencial de reafirmar recuerdos angustiosos.¹⁶

Los pacientes se perciben a sí mismos en una posición de dependencia e inseguridad en esos momentos, una posición en la que sienten que no tienen más remedio que confiar en las decisiones sobre la aplicación de la restricción, hechas por los profesionales de la salud, generando una visión negativa del personal, creyendo que eran más vulnerables a restricción cuando estaban a su cuidado.¹³

Predominantemente las medidas coercitivas, (independientemente de la medida aplicada) han sido asociadas a experiencias negativas, las experiencias más frecuentes reportadas son: miedo, ansiedad, síntomas de trastorno de estrés postraumático impotencia, abandono, desconfianza o soledad, castigo, maltrato, dolor, ira, rabia, resentimiento, depresión, tristeza, humillación, degradación, vergüenza, pérdida de libertad y coerción.³¹

No todos los pacientes perciben la restricción tan negativamente. Algunos de los pacientes han expresado beneficios de la experiencia, al considerarlo una medida de seguridad y también una de las medidas que los ayudaban a sentirse protegidos, apoyados psicológicamente y respetados. Creían que la experiencia de restricción mejoró su comportamiento, ofreciéndoles calma y la oportunidad de retirarse de experiencias "emocionantes".²⁰

Las experiencias positivas más frecuente reportadas son: sentir que la medida era útil, beneficiosa o necesaria, inclusive calmante, como un tiempo de reflexión o descanso, sensación de seguridad, sentido de control y prevención de la violencia al expresar una emoción.³¹

Una revisión sistemática que incluyó 34 estudios, acerca de los factores que influyen en la experiencia subjetiva hacia la restricción, indica que la provisión de información, la presencia o interacción con el personal, y la adecuación de la comunicación con profesionales influye en la experiencia, ya que diez de los estos estudios refirieron que el contacto y la presencia del personal durante el proceso, hizo la medida menos aversiva.

Al asegurarse de que el paciente entiende las razones para adoptar estas medidas o la falla del personal para explicarlo, afectó la experiencia. Además, una comunicación adecuada o una falta de comunicación o de las habilidades de comunicación también se observó como un factor que puede influir en la experiencia hacia las medidas coercitivas.³¹

Todas estas percepciones están relacionadas con su diagnóstico psiquiátrico y su condición mental.¹⁹

Los pacientes con pobre introspección del trastorno psiquiátrico perciben las medidas coercitivas con más fuerza que los pacientes con mayores niveles de introspección. Mientras que la mala adherencia al tratamiento y múltiples empleos previos de medidas coercitivas también se

correlacionan con un resultado de experiencia negativa. Menor edad y el género femenino se han asociado con percepción más abrumadora hacia la restricción. Otros factores que se han asociado con experiencias más positivas incluyen síntomas psicóticos, admisión hospitalaria voluntaria, y admisión previa en la unidad. Sin embargo, un historial de abuso de sustancias se relacionó con una experiencia negativa.³¹

No solo fue reportada la percepción hacia el procedimiento, sino también hacia el personal que lo ejecutaba, mencionando que percibían que el comportamiento del personal mostraba una falta de preocupación por su situación; tal comportamiento incluyó el uso de demasiada fuerza al aplicar la restricción, sin prestar atención al paciente restringido, sin hablar con ellos y sin estar dispuestos a escuchar sus solicitudes.¹⁷ Este hallazgo sugiere que el sentimiento de confianza de los pacientes en los profesionales de la salud se basa en su suposición de que los profesionales son competentes para cuidarlos en función de sus mejores intereses y que los profesionales de la salud mental pueden inspirar confianza en los pacientes, a través de la calidad de sus actitudes y cuidados profesionales y al cumplir las expectativas de los pacientes.²⁰

Parece que las percepciones de los pacientes sobre la aplicación y el impacto de la restricción física estaban estrechamente relacionadas con la actitud y el comportamiento del personal que participaba en la intervención y con la calidad de su atención. La amabilidad en el personal es percibida como útil, pero posterior al evento algunos pacientes refirieron sentirse ignorados, otros percibieron que el equipo de atención médica no siguió con ellos después de la restricción; particularmente en lo referente a los efectos adversos de la restricción, si es que ocurrieron.¹⁷

Por lo que se concluye que el respeto, trato humano y apoyo del personal influye en la experiencia hacia la medida, y en varios términos relacionados con una mejor experiencia: el comportamiento profesional y agradable del personal, trato humano y justo, tomando en cuenta la dignidad del paciente, con empatía y una posición en un nivel de igual y de apoyo por parte del personal.³¹

El proceso de restricción física conlleva efectos adversos que van desde trastornos psicológicos leves hasta el empeoramiento de los síntomas psiquiátricos, como ansiedad y agitación, e incluso el comportamiento violento.¹¹

Lidiar con las consecuencias de la restricción puede ser difícil, esto incluye colaboración y trabajo en equipo; así como tener la facilidad para revisar el evento y evaluar la toma de decisiones y acciones tomadas.¹⁸ Se debe realizar una reunión informativa después del incidente entre el personal y los pacientes involucrados. Después de un incidente de restricción física se requiere: apoyo emocional, reflexión crítica y aprendizaje, el uso de retroalimentación se indica como una técnica importante para reducir el impacto emocional de la medida, hablar sobre qué sucedió, es identificado por los pacientes como una forma de procesar la experiencia, sugiriéndose como medida para evitar trauma y angustia posteriores.³¹

Explorar lo sucedido desde la perspectiva del paciente y considerar cómo podría haber sido evitado el acontecimiento, sin embargo, estos incidentes rara vez se ven como una oportunidad de reflexionar y aprender, ya sea para el paciente o el equipo tratante.¹⁸

En México, existen escasos estudios acerca de la perspectiva de los pacientes hacia el empleo de medidas coercitivas, durante su tratamiento hospitalario, en particular dos trabajos, realizados en el año 2016, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; abordaron las percepciones de los pacientes hacia la restricción física, los resultados de la tesis de especialidad del Dr. Omar Rangel Cupa, "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", corroboran la información existente en relación a percibir al procedimiento de restricción física como algo negativo, relacionándose a altos niveles de enojo, miedo, infelicidad y ansiedad. Esta percepción negativa no es siempre relacionada al procedimiento en sí, sino en las fallas en la información otorgada al sujeto previo, durante y posterior al procedimiento.²²

En el año 2016, la Dra. Lorena Rodríguez Carrillo, en su tesis de especialidad “Descripción de las características del paciente psiquiátrico en quien se requiere la aplicación de restricción física y su percepción a este procedimiento en su tratamiento durante la hospitalización”, hace referencia a la percepción del paciente acerca del tratamiento restrictivo, en el cual refieren cooperar con el personal y estar de acuerdo con lo que debe hacerse como parte de su tratamiento, sin embargo, tienen una percepción negativa acerca de la restricción física.²³

Psicoeducación y su empleo como recurso terapéutico

Se entiende por psicoeducación al proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las adversidades derivadas del trastorno psiquiátrico de un modo más adaptativo, así como orientar e identificar con mayor entendimiento y claridad su patología.²⁵

No se trata simplemente de proporcionar información a los pacientes, más bien, es una forma de empoderamiento y capacitación dirigida a promover la conciencia y proporcionar herramientas para manejar, enfrentar y vivir con enfermedades mentales, así como los cambios en las conductas y actitudes relacionadas a tal condición. Cuyo objetivo es tratar de prevenir la hospitalización o manejar la enfermedad o condición ayudando al paciente a alcanzar su máximo grado de salud y bienestar.³⁰

Se debe compartir el conocimiento y la información de una manera comprensible, sistemática y de forma estructurada, a través de información amplia y actualizada, debe impartirse según los tiempos disponibles, las etapas del tratamiento y el interés específico del paciente. Debe adecuarse al nivel sociocultural, a la personalidad, patología e información previa.²⁶

La educación es un proceso gradual por el cual una persona adquiere conocimiento y comprensión a través del aprendizaje. El aprendizaje, sin embargo, involucra más que conocimiento y puede involucrar procesos cognitivos, afectivos y psicomotores. El aprendizaje implica cambios en el comportamiento, habilidad o actitud.

En el paciente la psicoeducación puede tomar una variedad de formas dependiendo de las habilidades e interés del mismo. Por ejemplo, puede tener lugar en grupos pequeños o uno a uno; puede involucrar el uso de cintas de video, panfletos o una combinación de estas. También puede tomar una variedad de formas y longitud; algunos son tan breves como una sesión y otros tienen hasta 18 meses, lo cual puede consumir mucho tiempo; por lo que su forma breve se ha planteado como una posible solución a este problema.

Existen escasos estudios acerca del empleo de psicoeducación, como recurso terapéutico o que demuestren su utilidad en contraste con el tratamiento habitual al paciente con cualquier trastorno mental. Algunos de ellos demuestran que los pacientes que reciben psicoeducación presentan menor probabilidad de incumplir con el apego a tratamiento farmacológico, en comparación con aquellos que reciben atención de rutina a corto y mediano plazo. Los datos de algunos estudios individuales respaldan que la psicoeducación puede mejorar el estado global de salud a largo plazo.

En base a evidencia de un número limitado de estudios, y en particular a la evidencia otorgada por una revisión sistemática, parece que la psicoeducación de cualquier forma reduce la recaída y promueve el cumplimiento del apego terapéutico, esto en diversos padecimientos, tanto trastornos afectivos ya sea del tipo depresivo o maníaco, trastornos ansiosos y psicóticos, sin embargo, la mayor parte de la evidencia ha sido recabada en padecimientos crónicos, tales como esquizofrenia y trastorno bipolar.³⁰

En general el médico tiene una formación muy positivista que, a la hora de encontrarse con el paciente, puede ser muy útil para pensar científicamente, pero para explicar al paciente el uso de la restricción como estrategia terapéutica, puede resultar insuficiente; si el paciente no se siente considerado podría dar origen a una percepción negativa del procedimiento. Los beneficios

propuestos de la psicoeducación como intervención terapéutica, es su empleo clínicamente enfocado, directo, que no requiere una capacitación larga y compleja, convirtiéndolo en un recurso potencial para mejorar la calidad de la atención del paciente durante su hospitalización.

Planteamiento del problema

La literatura documenta que los pacientes refieren, que la restricción física sería útil siempre que recibieran una explicación adecuada y oportuna sobre los motivos de la misma y cuando el personal médico y paramédico les proporciona apoyo y contención psicológica. En nuestro país en las dos tesis de especialidad en Psiquiatría mencionadas ha sido evaluada la percepción del paciente hacia la restricción física. No se ha evaluado si recibir información sobre dicho procedimiento impacta la percepción del paciente acerca del procedimiento, ese es el objetivo de esta investigación.

Pregunta de investigación

¿Otorgar un programa psicoeducativo individual, posterior al procedimiento de restricción física en paciente hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, podrá contribuir a cambiar la percepción y actitud del paciente a dicho procedimiento?

Justificación

Se han realizado escasas investigaciones en México y alrededor del mundo, sobre las percepciones de los pacientes hacia la restricción y aislamiento, pero en la generalidad, los pacientes consideran la restricción como una intervención principalmente negativa y no terapéutica.

Al revisar la literatura se identificó evidencia acerca de que una explicación clara y oportuna de los motivos para aplicar la restricción y las acciones tomadas durante este período, transmitido de forma individual, en un lenguaje comprensible e incluso de manera retrospectiva, es una forma efectiva de superar gran parte de los efectos psicológicos negativos asociados al procedimiento, indicando que los pacientes que reciben este tipo de información reducen la ansiedad y frustración, considerándolo útil y favoreciendo la recuperación posterior al evento, lo cual en consecuencia podría aumentar su satisfacción con su atención médica.

En México, se desconoce el impacto de la psicoeducación después de la restricción física, a pesar del precedente en la evidencia que indica que este tipo de intervención puede reducir los efectos adversos al procedimiento y favorecer su comprensión; por lo que resulta importante describir el efecto que dicha medida puede tener en la reducción en la percepción y actitud negativa hacia el evento de restricción y así considerar implementarlo como una estrategia de mejora en la calidad de la atención del paciente hospitalizado que requiere de restricción física dentro de las unidades de atención psiquiátrica.

Modificar la percepción del paciente acerca del proceso de restricción física de forma positiva, es una vía para mejorar la apreciación de la competencia del servicio y la imagen de la institución, al considerar que la satisfacción del paciente es el objetivo y resultado de su atención, así como una medida útil de su calidad. Esto es relevante, ya que la satisfacción del paciente contribuye a su participación activa en su cuidado, apego a tratamiento y asistencia a valoración médica, haciendo más probable que el paciente se involucre en el proceso de cuidado de su salud de una manera más efectiva.

Objetivos

Objetivo General

Describir el efecto de otorgar un programa psicoeducativo acerca del procedimiento de restricción física e impartirlo de forma individual en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de

Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz después de que fueron sometidos a un procedimiento de restricción física, facilitándoles información y otorgando a los pacientes apoyo emocional para contener con sentimientos negativos asociados, con el propósito de modificar su percepción y actitud de forma positiva hacia el procedimiento.

Objetivos específicos

- Correlacionar las características clínicas del procedimiento de restricción física a través del Instrumento Escala de Agresión Explícita de la muestra (Duración de la restricción, puntos de sujeción, periodo del día, día de la semana e indicación para la restricción física) con el efecto obtenido, posterior realizar la intervención psicoeducativa individual en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, al emplear el instrumento “Percepciones del paciente acerca de Aislamiento/Restricción en su tratamiento” (SR-PPT).
- Correlacionar las características clínicas del procedimiento de restricción física a través del Instrumento Escala de Agresión Explícita de la muestra con el efecto obtenido, después de realizar la intervención psicoeducativa individual en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, al emplear el instrumento “Actitud del paciente hacia la restricción física”
- Correlacionar las características clínicas de la muestra (diagnostico psiquiátrico, co-ocurrencia con trastorno por consumo de sustancias, co-ocurrencia con trastorno de la personalidad, co-ocurrencia con otra condición médica, adherencia al tratamiento, duración de la enfermedad, etc.) con el efecto obtenido, después de realizar la intervención psicoeducativa individual en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, al emplear el instrumento “Percepciones del paciente acerca de Aislamiento/Restricción en su tratamiento” (SR-PPT).
- Correlacionar las características clínicas de la muestra con el efecto obtenido, después de realizar la intervención psicoeducativa individual en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz al emplear el instrumento “Actitud del paciente hacia la restricción física”

Hipótesis

La hipótesis del estudio es que los pacientes cambian su percepción y actitud hacia la restricción física después de recibir una intervención psicoeducativa individual.

Metodología

Ámbito de Estudio.

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Según La Asociación de Facultades de Medicina de Canadá:²⁸, se trata de un estudio descriptivo y comparativo, siendo el paciente su propio control, en una evaluación pre y post intervención psicoeducativa en relación a haber requerido de restricción física.

Muestra

La recolección de la muestra fue no probabilística y se realizó a conveniencia, tomando en cuenta el discreto número de pacientes que ameritan un tratamiento restrictivo durante su estancia hospitalaria en la institución.

Fueron incluidos pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en los cuales fue necesario realizar al menos un proceso de restricción física durante su tratamiento hospitalario y que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

1. Pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, del periodo comprendido del 20 de octubre de 2018 al 01 de mayo de 2019.
2. Pacientes de género masculino o femenino
3. Pacientes que otorgaron su firma en el consentimiento informado, con lo cual manifestaron aceptar participar en el estudio de investigación después del empleo de restricción física.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con alteraciones en el estado de alerta, que le impidieran responder los instrumentos a realizar
2. Pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual
3. Pacientes con diagnóstico de Trastorno neurocognitivo
4. Pacientes que no sabían leer o escribir, ya que la realización de los instrumentos clinimétricos fue autoaplicable.

Criterios de eliminación

1. Pacientes que no lograron completar los instrumentos a realizar
2. Pacientes que en el transcurso de la investigación retiraron su consentimiento para participar en el estudio de investigación

VARIABLES REGISTRADAS.

En la Tabla 1, se enlistan las variables clínicas del paciente y del proceso de restricción.

Tabla 1. Variables clínicas del paciente

Variable	Tipo	Categorías	Instrumento de medición
Genero	Categórica	Masculino Femenino	Formato de datos clínicos
Edad	Continua	Años	
Diagnostico psiquiátrico	Categórica	Trastornos psiquiátricos según DSM-5	
Co- ocurrencia con trastorno por consumo de sustancias	Categórica	Con Comorbilidad Sin Comorbilidad	
Co- ocurrencia con Trastornos de la personalidad	Categórica	Con Comorbilidad Sin Comorbilidad	
Co- ocurrencia con otra condición medica	Categórica	Con Comorbilidad Sin Comorbilidad	
Adherencia al tratamiento farmacológico	Categórica	Si No	
Duración del episodio índice	Continua	Semanas	
Numero de admisión hospitalaria psiquiátrica	Continua	Numero de internamientos previos	
Días de estancia hospitalaria	Continua	Días	
Antecedente de restricción física	Categórica	Si No	
Tratamiento farmacológico actual	Categórica	Antidepresivos Antipsicóticos Benzodiacepinas Anticonvulsivantes Otros	

Tabla 2. Variables clínicas del último procedimiento de restricción

Variable	Tipo	Categorías	Instrumento de medición
Duración de la restricción	Continua	Horas	Formato de datos clínicos
Puntos de sujeción	Catagórica	De 1 a 3 De 4 a 6	
Periodo del día	Catagórica	7:00- 12:00 horas (Mañana) 13:00-18:00 horas (Tarde) 19:00-6:00 horas (Noche)	
Numero de sujeciones previas a la intervención	Catagórica	De 1 a 2 De 3 a 4 Más de 4	
Numero de sujeciones después de la intervención	Catagórica	De 1 a 2 De 3 a 4 Más de 4	
Indicación para la restricción física	Dimensional	Agresión verbal Agresión física en contra de él mismo Agresión física contra objetos Agresión física contra otras personas	Escala de Agresión Explícita

Tabla 3. Variables dependientes (*primary outcome measure*)

Variable	Tipo	Categorías	Instrumento de medición
Percepción	Dimensional		Percepciones del paciente acerca de Aislamiento/Restricción en su tratamiento (SR-PPT).
Actitud	Dimensional		Actitud del paciente hacia la restricción física

Tabla 4. Variables dependientes (*secondary outcome measure*)

Variable	Tipo	Categorías	Instrumento de medición
Percepción	Dimensional		Percepciones del paciente acerca de Aislamiento/Restricción en su tratamiento (SR-PPT).
Actitud	Dimensional		Actitud del paciente hacia la restricción física

Instrumentos clinimétricos

a. Formato de datos clínicos

Este formato fue diseñado por el investigador principal para registrar las características clínicas de cada uno de los participantes que fueron incluidos en el estudio. Dicha información se recabó de manera directa con el paciente y de forma indirecta con la revisión del expediente clínico. Anexo 1.

b. Escala de Agresión Explícita de Yodofsky

Este es un instrumento diseñado para evaluar la gravedad de la agresión, mediante la observación y la descripción de los signos y síntomas presentados durante el episodio. Consta de 4 áreas principales: 1) Agresividad verbal, 2) Agresividad física en contra de sí mismo, 3) Agresividad en contra de objetos, 4) Agresividad en contra de otras personas; cada una de ellas se califica en cuatro grados de gravedad. Además, cuantifica el periodo de tiempo de la restricción, el momento del día en la cual se realiza y el tipo de tratamiento empleado para el episodio, lo que indica la severidad de los comportamientos agresivos. La puntuación total de la escala se obtiene con la sumatoria de las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas. Todos los comportamientos exhibidos durante un episodio agresivo son verificados por un observador inmediatamente después del incidente. Las intervenciones terapéuticas de cada episodio agresivo también se enumeran por el evaluador. La confiabilidad inter-evaluador es 0.87 para la agresión total y superior a 0.75 para la mayoría de los ítems individuales.²⁹ Anexo 2.

c. Percepciones del paciente de su tratamiento, Aislamiento/Restricción (SR-PPT)

En el año 2016, la Dra. Lorena Rodríguez Carrillo realizó la validación al español del cuestionario: "Percepciones del paciente acerca de Aislamiento/Restricción en su tratamiento" (SR-PPT), así como la modificación de la forma de respuesta, de la escala visual análoga en escala tipo likert, como parte de la elaboración de su trabajo de Tesis (Descripción de las características del paciente psiquiátrico, en quien se requiere la aplicación de restricción física y su percepción a este procedimiento en su tratamiento durante la hospitalización).²³ Anexo 3.

Este instrumento fue elaborado por Toshie Noda y colaboradores en 2012, el cual constituye la primera medición desarrollada para la evaluación de las intervenciones restrictivas, en pacientes que fueron sometidos a restricción/ aislamiento durante su estancia hospitalaria como parte del programa de tratamiento.²⁴

Está constituido por 11 preguntas, que a su vez constituyen dos factores: Cooperación con el personal (nueve ítems) y Percepciones de la restricción/aislamiento (dos ítems). Ambos con suficiente consistencia interna (Coeficiente alfa de Cronbach de cooperación hacia el personal 0.928 y de percepción hacia la restricción de 0.887 respectivamente) y validez concurrente.²³

d. Actitud del paciente hacia la restricción física

En la Tesis descrita de la Dra. L. Rodríguez, también se realizó la validación al español del cuestionario: "Actitud del paciente hacia la restricción física".²³ Anexo 4.

El cuestionario es un instrumento diseñado para conocer la actitud del paciente ante el uso de la restricción física. Está constituido por 17 enunciados que se responden con Si/No y los cuales se agrupan para obtener actitudes generales, que se describen a continuación:

1. Aceptación: Pacientes que responden afirmativo en los enunciados [1,2,5] en cuyo caso afirman estar de acuerdo con la restricción y la prefieren al uso de medicamentos y confían en el personal al tomar la decisión sobre su restricción.
2. Actitud negativa: Pacientes que responden afirmativo en los enunciados [4,6,17] en cuyo caso afirman experimentar la restricción como un castigo, evitando reingresos por la posibilidad de ameritar restricción física, rechazándola como forma de tratamiento.

3. Agresión como respuesta a la restricción física: Pacientes que reportan a través de los enunciados [3, 7, 13] que la agresión es un resultado natural de la restricción, los pacientes deciden romper las reglas o estructura del hospital, exhibiendo tendencias homicidas.
4. Emociones y pensamientos positivos como respuesta: Pacientes que reportan a través de los enunciados [14, 15, 16] haber experimentado apoyo por parte de los otros, con sensación de ser fuerte, poderoso y en control, así como seguridad durante la experiencia.
5. Emociones y pensamientos negativos como respuesta: Pacientes que reportan a través de los enunciados [8, 9, 10, 11, 12] haber experimentado emociones confusas y mezcladas con sentimientos positivos y negativos hacia los demás, así como sentimientos de negligencia, impotencia y rechazo en pacientes que refieren pensamientos de muerte o suicidas.¹⁸

La confiabilidad alfa de Cronbach para la escala completa al validar el instrumento al español fue de 0.774, lo cual representa una buena consistencia interna, pero también indica la existencia de factores independientes.²³

Procedimiento

Basándonos en la evidencia del empleo de psicoeducación como recurso terapéutico, se invitó a los pacientes a participar en el proyecto de investigación, en cuanto se encontraron clínicamente estables, sin considerar el tiempo transcurrido, desde la última ocasión que requirieron de sujeción. Se inició con la presentación de la investigadora principal, con un lenguaje claro, de manera empática y comprensible, una vez que el paciente aceptó participar, se le solicitó que revisara y firmara el consentimiento informado (Anexo 5).

Después de esto, la investigadora principal recopiló información clínica relevante del expediente clínico de cada paciente.

Posteriormente se realizó una entrevista y aplicación de los siguientes instrumentos: Percepciones del paciente acerca de Aislamiento/Restricción en su tratamiento (SR-PPT) y Actitud del paciente hacia la restricción física, seguido de la impartición de una sesión individual psicoeducativa de 50 minutos de duración aproximada, que fue otorgada por la investigadora principal.

La selección del contenido del programa Psicoeducativo Individual acerca del procedimiento de restricción física, se realizó por un grupo de tres médicos psiquiatras y una doctora en psicología. En la literatura no está descrito un programa psicoeducativo específico para el paciente, en relación a la restricción física. Por lo que para este estudio en particular se diseñó una intervención psicoeducativa, descrita en el Anexo 6. Dicha intervención incluye las siguientes etapas:

Etapa 1: Introducción. El investigador principal describió:

- El propósito del programa psicoeducativo.
- El formato del programa psicoeducativo: el contenido, temas a tratar, así como el tiempo aproximado a emplear en cada uno de los apartados.

Etapa 2: Formativa. Consistió en otorgar información pertinente y relevante, la cual se adecuó al nivel sociocultural del paciente, a su personalidad, su diagnóstico y la información previa de la que disponía acerca del procedimiento.

Etapa 3: Cambio de enfoque. Se procuró cambiar el enfoque de los aspectos negativos por aspectos positivos de haber requerido un procedimiento de restricción física.

- Se promovió la identificación de los aspectos positivos, posteriores al empleo de la medida restrictiva.
- Se alentó al paciente a verbalizar y expresar sus emociones respecto al procedimiento, mientras que el médico le proporcionó esperanza, apoyo emocional, tanto verbal como no verbal, contención y validación a lo largo de la entrevista.

- Locución de expectativas.

Etapa 4: Cierre: El médico respondió a las dudas que se generaron en el paciente, planteadas por la intervención psicoeducativa, el paciente resaltó los puntos que consideró positivos y aquellos que consideró debían modificarse en el contenido del programa.

Finalmente se entregó al paciente un folleto con el contenido de la intervención psicoeducativa. (Anexo 7)

Posterior a haber realizado la intervención, el investigador se mantuvo pendiente de la indicación de egreso hospitalario por mejoría del paciente, cuando acudió a realizar por segunda ocasión los instrumentos: Percepciones del paciente acerca de Aislamiento/Restricción en su tratamiento “SR-PPT” y Actitud del paciente hacia la restricción física.

Análisis Estadístico

Estadística descriptiva. Las variables categóricas se describieron con frecuencia y porcentaje, las dimensionales con media y desviación estándar.

Estadística inferencial. Las comparaciones de las variables de acuerdo a la respuesta del paciente a la intervención psicoeducativa se efectuaron utilizando el contraste estadístico pertinente de acuerdo a la distribución de las variables consideradas; el análisis se realizó por medio de ANOVA para medidas repetidas.

Resultados

Características demográficas y clínicas de la muestra

El estudio se llevó a cabo del 20 de octubre de 2018 al 1 mayo de 2019, periodo en el que se registraron 335 ingresos hospitalarios. Durante este tiempo, se reportaron 40 casos de restricción física, por lo que solo el 8.4% de los pacientes hospitalizados requirieron de tal medida. La muestra del estudio, estuvo conformada por 30 pacientes, por lo que se evaluó el 75% de los eventos de restricción física. De los pacientes incluidos, 2 pacientes (7%) tuvieron dos hospitalizaciones en el periodo de tiempo estudiado.

De los 30 pacientes incluidos en el estudio, 28 fueron mujeres (93.3%) y 2 fueron hombres (6.6%), con una edad promedio de 32.3 ± 16.8 años. Al momento de su inclusión en la investigación 14 pacientes (46.6%) fueron diagnosticados con algún trastorno depresivo, seguido por 11 pacientes (36.6%) con algún trastorno psicótico o esquizofrenia, finalmente 5 pacientes (16.6%), cursaban con manía grave y contaban con diagnóstico de trastorno bipolar (Tabla 3).

La edad de los participantes presentó diferencia estadística significativa $p=0.007$, los pacientes con trastorno bipolar en episodio de manía tuvieron una media de edad de 48.2 años, los pacientes con trastornos psicóticos 36.3 años y los pacientes con trastorno depresivo mayor 23.6 años. (Tabla 3).

La duración del episodio índice en los pacientes con trastornos depresivos, tuvo una media de 43.6 semanas, los pacientes con trastornos psicóticos 25 semanas y los pacientes con trastorno bipolar en episodio de manía 8.2 semanas, sin diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. (Tabla 3).

En cuanto al número de hospitalizaciones previas, los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en episodio de manía tuvieron una media de 2.8, los pacientes con trastornos psicóticos o esquizofrenia, 2 y los pacientes con trastornos depresivos de 1.6, sin diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. (Tabla 3).

La media de días de hospitalización requerida en los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en episodio de manía fue de 42.8 días de internamiento, los pacientes con trastornos psicóticos 34.8 días y los pacientes con trastornos depresivos 32.4 días, sin diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. (Tabla 3).

Los trastornos por consumo de sustancias se presentaron en 5 (62.5%) de los pacientes con esquizofrenia o trastornos psicóticos; en 3 (37.5%) de los pacientes con trastorno depresivo mayor y en ninguno de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en episodio de manía, sin diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. (Tabla 3).

La comorbilidad con trastorno de la personalidad, se presentó en 9 (90%) de los pacientes con trastorno depresivo, en 1 (10%) de los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos y en ninguno de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en episodio de manía, con una diferencia estadísticamente significativa de $p=0.005$. (Tabla 3).

La presencia de alguna comorbilidad médica asociada, se encontró en 9 (42.9%) de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en 7 (33.3%) de los pacientes con trastorno depresivo y en 5 (23.8%) de los pacientes con trastorno bipolar en episodio de manía, sin diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. (Tabla 3).

Tabla 3. Características demográficas y clínicas por grupo diagnóstico

	Trastorno Depresivo	Trastorno Bipolar (Manía)	Esquizofrenia o Trastornos Psicóticos	Total
N	14	5	11	30
Género				
Mujeres	12 (85.7 %)	4 (80%)	6 (54.5%)	22 (73.3 %)
Varones	2 (24.3 %)	1 (20%)	5 (45.5 %)	8 (26.7%)
Edad (años) ($\bar{x} \pm$ D.E.)	23.6 8.2	48.2 \pm 17.8 *	36.3 \pm 18.7	32.3 \pm 16.8
Duración del Episodio Índice (semanas) ($\bar{x} \pm$ D.E.)	43.6 \pm 62.9	8.2 \pm 1.6	25 \pm 59.8	30.9 \pm 56.6
Número de Hospitalizaciones Previas ($\bar{x} \pm$ D.E.)	1.6 \pm 1.7	2.8 \pm 1.6	2 \pm 1.3	1.9 \pm 1.6
Días de Hospitalización ($\bar{x} \pm$ D.E.)	32.4 \pm 11.9	42.8 \pm 29.3	34.8 \pm 10.1	35 \pm 15.2
Comorbilidad: Trastorno por Consumo de Sustancias	3 (37.5%)	0	5 (62.5%)	8 (26.7%)
Comorbilidad: Trastornos de Personalidad	9 (64.3%) *	0	1 (9.1%)	10 (33.3%)
Comorbilidad: Enfermedad Médica	7 (50%)	5 (100%)	9 (81.8%)	21 (70%)

* $p < .05$

En cuanto al tratamiento farmacológico, se observaron resultados estadísticamente significativos para el uso de antidepresivos ($p < 0.001$), benzodiazepinas ($p = 0.049$) y anticomiciales ($p = 0.008$), con un empleo mayor entre los pacientes con trastornos depresivos para los dos primeros medicamentos; el último medicamento fue utilizado con mayor frecuencia entre los pacientes en manía. El uso de antipsicóticos y otros medicamentos, no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Tabla 4).

La adherencia al tratamiento farmacológico previo a la hospitalización, tampoco presentó relevancia estadística; los pacientes con trastornos depresivos exhibieron las cifras más elevada de buena y mala adherencias terapéuticas, con porcentajes de 50% y 45%, respectivamente; seguidos del grupo de pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos, quienes presentaron adherencia adecuada en 30% e inadecuada del 40%, por último, los pacientes con trastorno bipolar en episodio de manía, fueron el grupo con menor porcentaje de buen y mal apego al tratamiento, con porcentajes respectivos de 20% y 15% (Tabla 4).

Tabla 4. Tratamiento de los pacientes por grupo diagnóstico

	Trastorno Depresivo (n=14)		Trastorno Bipolar (Manía) (n=5)		Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos (n= 11)		p
Antidepresivos							
No	0	0.00%	5	38.5%	8	61.5%	<0.001*
Si	14	82.4%	0	0.0%	3	17.7%	
Antipsicóticos							
No	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.141

Si	10	38.5%	5	19.2%	11	42.3%	
Benzodiacepinas							
No	1	14.3%	3	42.9%	3	42.9%	0.049*
Si	13	56.5%	2	8.7%	8	34.8%	
Anticonvulsivantes							
No	11	57.9%	0	0.0%	8	42.1%	0.008*
Si	3	27.3%	5	45.5%	3	27.3%	
Otros							
No	12	54.6%	4	18.2%	6	27.3%	0.264
Si	2	25.0%	1	12.5%	5	62.5%	
Adherencia al tratamiento							
No	9	45.0%	3	15.0%	8	40.0%	1.000
Si	5	50.0%	2	20.0%	3	30.0%	

* $p < 0.05$

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos agrupados por diagnóstico en la experiencia previa de sujeción a lo largo de la vida, ni en el número de restricciones previas o posteriores a la intervención (Tabla 5).

El 42.9 % de los pacientes con trastornos depresivos tuvieron experiencias previas de sujeción a lo largo de la vida, 40% de los pacientes con trastorno bipolar en episodio de manía y 27.3 % de los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos. (Tabla 5).

Los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos requirieron 2.1 sujeciones previas a la intervención psicoeducativa, los pacientes con trastorno depresivo 1.9 sujeciones y los pacientes con trastorno bipolar 1.2 sujeciones. (Tabla 5).

Los pacientes con trastorno depresivo ameritaron 0.8 sujeciones posterior a la intervención psicoeducativa; los pacientes con esquizofrenia o trastornos psicóticos 0.4 sujeciones y los pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca no requirieron ninguna sujeción después de la intervención (Tabla 5).

El número de pacientes que requirieron de 1 a 3 puntos de sujeción fue igual entre todos los grupos diagnósticos (33.3%). Los pacientes que ameritaron más de 4 puntos de sujeción fueron el 52.3% en los pacientes con trastorno depresivo, 38.1% de los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos y 9.5% de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en episodio de manía. (Tabla 5).

El número de pacientes que manifestaron encontrarse en desacuerdo con la sujeción fue del 66.7% entre los pacientes con trastornos depresivos, 33.3%, de los pacientes con esquizofrenia o trastornos psicóticos; ninguno de los pacientes con trastorno bipolar en episodio de manía expresó encontrarse en desacuerdo con la medida restrictiva. (Tabla 5).

La duración de la restricción física fue significativa estadísticamente ($p=0.044$), los pacientes con trastorno bipolar en manía, tuvieron una media de 624.0 minutos, los pacientes con trastornos psicóticos o esquizofrenia, 346.4 minutos y los pacientes con trastornos depresivos, presentaron una media de 198.9 minutos. (Tabla 5).

Tabla 5. Características de la experiencia de sujeción por diagnóstico

	Trastorno Depresivo (n= 14)	Trastorno Bipolar (Manía) (n= 5)	Esquizofrenia o Trastornos Psicóticos (n= 11)	Total (n=30)
Experiencia previa de sujeción en la vida ($\bar{x} \pm$ D.E.)	42.9 \pm 5.1 %	40 \pm 5.5 %	27.3 \pm 4.7%	36.7 \pm 4.9 %
Número de sujeciones previas a la intervención ($\bar{x} \pm$ D.E.)	1.9 \pm 1.4	1.2 \pm 0.4	2.1 \pm 1.9	1.9 \pm 1.5
Número de sujeciones posteriores a la intervención ($\bar{x} \pm$ D.E.)	0.8 \pm 1.6	0	0.4 \pm 1.2	0.5 \pm 1.3
Puntos de sujeción				
De 1 a 3	3 (33.3%)	3 (33.3 %)	3 (33.3 %)	9
De 4 a 6	11 (52.3%)	2 (9.5%)	8 (38.1%)	21
En desacuerdo con la sujeción	6 (42.9%)	0	3 (27.3%)	9 (30%)
Duración de la Restricción (minutos) ($\bar{x} \pm$ D.E.)	198.9 \pm 159.7	624 \pm 674.3 *	346.4 \pm 207.6	323.8 \pm 335.1

* p< 0.05

En cuanto al horario en el que se llevó a cabo la sujeción, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, observándose mayor realización del procedimiento en el turno nocturno, entre los pacientes con trastornos depresivos y en manía, con 52.9% y 23.5%, respectivamente. Mientras que los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos presentaron mayor número de eventos de restricción física en el turno matutino 66.7% (Tabla 6). La indicación para la sujeción entre los pacientes de acuerdo a su diagnóstico demostró diferencia estadísticamente significativa (p=0.003), en 12 pacientes con trastornos depresivos (85.7%) la indicación para sujeción fue debido a agresión contra sí mismos, 5 de los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos (45.4%) debido a agresión contra otros y 3 pacientes con trastorno bipolar en episodio de manía (60%) debido a agresión verbal. (Tabla 6).

Tabla 6. Características del procedimiento de sujeción.

Variable	Trastorno Depresivo (n=14)	Trastorno Bipolar (n= 5)	Esquizofrenia o Trastornos Psicóticos (n=11)
Hora			
Mañana	1 (7.1%)	1 (20%)	4 (36.4%)
Tarde	4 (28.6%)	0	3 (27.2%)
Noche	9 (64.3%)	4 (80%)	4 (36.4%)
Indicación para la Sujeción*			
Agresión verbal	0	3 (60%)	3 (27.3 %)
Agresión contra sí mismo	12 (85.7%)	1 (20%)	3 (27.3 %)
Agresión hacia los demás	2 (14.3%)	1 (20%)	5 (45.4%)

* p< 0.05

El instrumento "Percepciones del paciente acerca de Aislamiento/Restricción en su tratamiento" SR-PPT, (Anexo 3) fue considerado con dos componentes principales:

- a) Cooperación con el personal, que incluía los ítems: 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 y 11.
- b) Percepción hacia aislamiento/restricción, que incluía los ítems: 5 y 6.

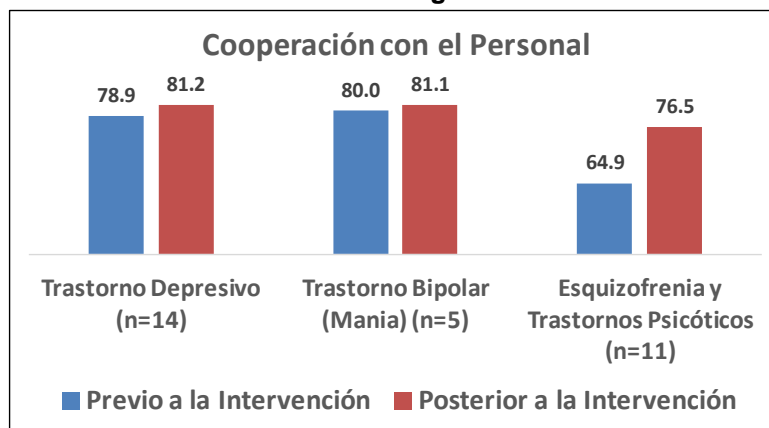
No se encontró diferencia estadísticamente significativa, en la percepción hacia la cooperación con el personal al comparar los resultados obtenidos previo a la intervención psicoeducativa, ni posterior a ella, en general se observó una percepción positiva hacia la colaboración con el personal; sin embargo, se demostró una mejoría más notable de la cooperación con el personal, en el grupo de pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos, con una media pre intervención de 64.9, comparada con una media post intervención de 76.57. (Tabla 7).

Tampoco se evidenció diferencia significativa en la percepción de cooperación con el personal, en la interacción en el tiempo entre los distintos diagnósticos. (Tabla 7).

Tabla 7. Efecto de la intervención psicoeducativa en la Cooperación con el personal de acuerdo al diagnóstico

Percepciones del paciente acerca de A/R en su tratamiento	Diagnóstico	n	Pre		Pos		p
			Media	DE	Media	DE	
Cooperación con el personal	Trastorno Depresivo	14	78.9	± 11.5	81.2	± 9.0	p= 0.027 Interacción 0.074
	Trastorno Bipolar (Manía)	5	80.0	± 8.7	81.2	± 8.4	
	Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos	11	64.9	± 21.7	76.57	± 10.78	
	Total	30	73.94	± 16.75	79.44	± 9.56	

Grafica 1. Percepción y cooperación con el personal previo y posterior a la intervención de acuerdo al diagnóstico



Se observó diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) en la percepción hacia el procedimiento de restricción física, al comparar los resultados obtenidos previo a la intervención psicoeducativa, con una media de 52.08 y posterior a la intervención, con una media de 77.08, mejorando la percepción negativa, hacia una apreciación más positiva. (Tabla 8).

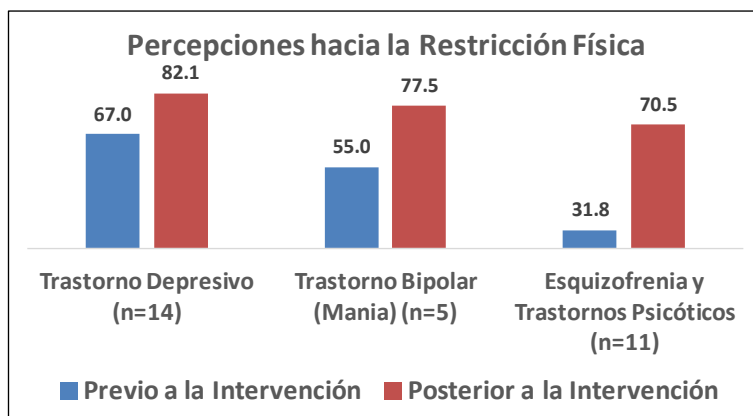
Se encontró una diferencia significativa en la interacción en el tiempo, de la mejoría de la percepción hacia el procedimiento de sujeción, en el grupo de pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos, media pre intervención de 31.82, comparada con media post intervención de 70.46. (Tabla 8).

Tabla 8. Efecto de la intervención educativa en la Percepción hacia la Restricción física de acuerdo al diagnóstico.

Percepciones del paciente acerca de A/R en su tratamiento	Diagnóstico	n	Pre		Pos		p
			Media	DE	Media	DE	
Percepciones hacia la restricción física	Trastorno Depresivo	14	66.97 ±	24.81	82.14 ±	13.62	Pre-Pos <0.001* Interacción 0.019
	Trastorno Bipolar (Manía)	5	55.00 ±	41.08	77.50 ±	13.69	
	Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos	11	31.82 ±	25.23	70.46 ±	17.92	
	Total	30	52.08 ±	31.50	77.08 ±	15.77	

* $p < 0.05$

Grafica 2. Percepción hacia la restricción física previo y posterior a la intervención de acuerdo al diagnóstico



En el cuestionario “Actitud del paciente hacia la restricción física” (Anexo 4), se agruparon todos los ítems, en cuatro categorías principales:

- Actitud negativa y falta de apoyo, que incluye a los ítems: 5,7,9,10, 14 y 17.
- Castigo y procedimiento no adecuado, que incluye a los ítems: 1,2,4 y 6.
- Indefensión, que incluye a los ítems: 8,11, 15 y 16.
- Pensamientos de respuesta agresiva, que incluye a los ítems: 3, 12 y 13.

Para obtener la puntuación de este instrumento, se recurrió a homogeneizar el sentido de las respuestas a una afirmación negativa, invirtiendo el sentido de los enunciados pertinentes del cuestionario, por lo que a mayor puntuación obtenida, peor actitud percibida.

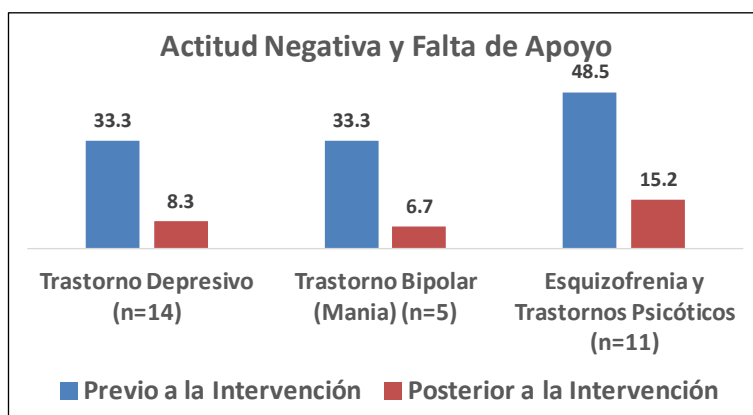
Se observó diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) en la categoría de actitud negativa y falta de apoyo en comparación con los resultados obtenidos previo y posterior a la intervención psicoeducativa, con disminución de la actitud negativa para todos los diagnósticos. Sin embargo, se demostró una reducción más notable en la actitud negativa y falta de apoyo, en el grupo de pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos, con una media pre intervención de 48.5, comparada con una media post intervención de 15.2. (Tabla 9)

Tabla 9. Distribución por diagnóstico de la actitud del paciente hacia la restricción física previo y posterior a la intervención psicoeducativa (Media, desviación estándar, significancia e interacción de puntuaciones crudas)

Actitudes del paciente hacia la Restricción Física	Diagnóstico	n	Pre		Pos		p
			Media	DE	Media	DE	
Actitud Negativa y Falta de Apoyo	Trastorno Depresivo	14	33.3 ±	21.7	8.3 ±	10.8	Pre-Pos <0.001* Interacción 0.678
	Trastorno Bipolar (Manía)	5	33.3 ±	20.4	6.7 ±	9.1	
	Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos	11	48.5 ±	21.7	15.2 ±	17.4	
	Total	30	38.9 ±	22.0	10.6 ±	13.5	

* $p < 0.05$

Grafica 3. Actitud hacia la restricción física previo y posterior a la intervención de acuerdo al diagnóstico (Media y desviación estándar de puntuaciones crudas)



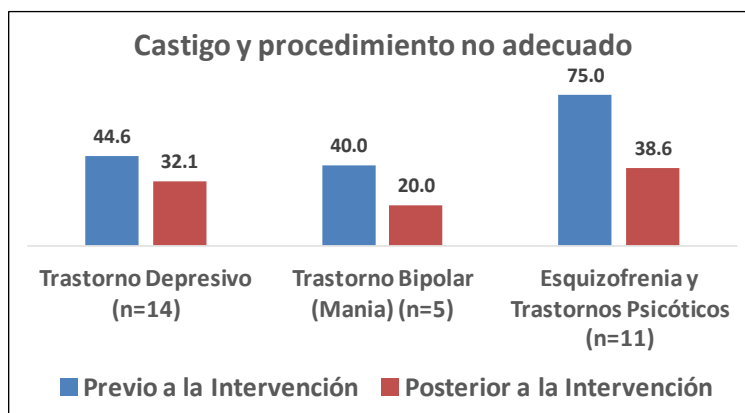
En lo que respecta a considerar la restricción física como un castigo o procedimiento no adecuado, se demostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) en comparación con los resultados obtenidos previo y posterior a la intervención psicoeducativa, con reducción de la actitud negativa para todos los diagnósticos. Es destacable la disminución más notable en considerar el procedimiento como un castigo o un procedimiento no adecuado en el grupo de pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos, con una media pre intervención de 75.0, comparada con una media post intervención de 38.6. (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución por diagnóstico de la actitud del paciente hacia la restricción física previo y posterior a la intervención psicoeducativa (Media, desviación estándar, significancia e interacción de puntuaciones crudas)

Actitudes del paciente hacia la Restricción Física	Diagnóstico	n	Pre		Pos		p
			Media	DE	Media	DE	
Castigo y procedimiento no adecuado	Trastorno Depresivo	14	44.6 ±	24.4	32.1 ±	20.6	Pre-Pos <0.001* Interacción 0.030
	Trastorno Bipolar (Manía)	5	40.0 ±	13.7	20.0 ±	20.9	
	Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos	11	75.0 ±	19.4	38.6 ±	25.9	
	Total	30	55.0 ±	25.8	32.5 ±	22.9	

* $p < 0.05$

Grafica 4. Actitud hacia la restricción física previo y posterior a la intervención de acuerdo al diagnóstico (Media y desviación estándar de puntuaciones crudas)

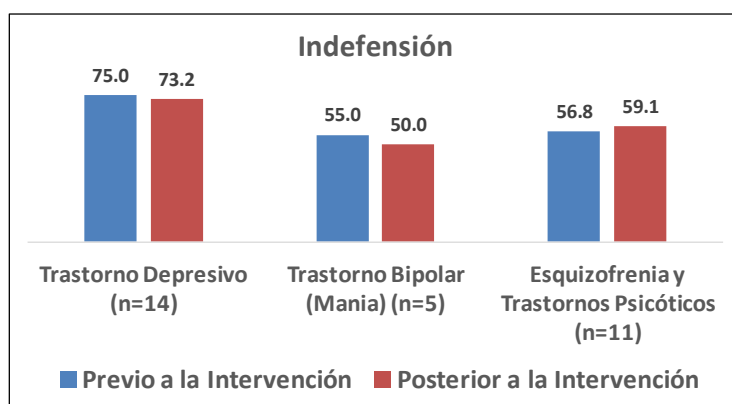


El rubro de indefensión no presentó algún cambio estadísticamente significativo, entre los resultados obtenidos previos o posteriores a la intervención psicoeducativa, entre ninguno de los grupos diagnósticos, perdurando una percepción dominante hacia sentimientos de indefensión. (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución por diagnóstico de la actitud del paciente hacia la restricción física previo y posterior a la intervención psicoeducativa (Media, desviación estándar, significancia e interacción de puntuaciones crudas)

Actitudes del paciente hacia la Restricción Física	Diagnóstico	n	Pre		Pos		p
			Media	DE	Media	DE	
Indefensión	Trastorno Depresivo	14	75.0 ±	27.7	73.2 ±	31.7	Pre-Pos 0.346 Interacción 0.205
	Trastorno Bipolar (Manía)	5	55.0 ±	37.1	50.0 ±	35.4	
	Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos	11	56.8 ±	27.6	59.1 ±	30.2	
	Total	30	65.0 ±	29.8	64.2 ±	32.0	

Grafica 5. Actitud hacia la restricción física previo y posterior a la intervención de acuerdo al diagnóstico (Media y desviación estándar de puntuaciones crudas)



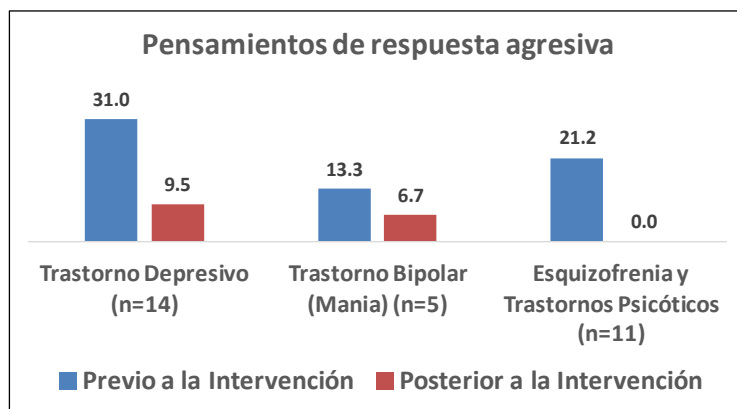
Los pensamientos de respuesta agresiva mostraron un cambio estadísticamente significativo ($p < 0.016$) en comparación con los resultados obtenidos previo y posterior a la intervención psicoeducativa, con reducción de la actitud agresiva para los pacientes con trastornos depresivos y manía. Mientras que entre los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos, la presencia de pensamientos de respuesta agresiva cambio de una media pre intervención de 21.2, convirtiéndose en inexistente después de la intervención psicoeducativa. (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución por diagnóstico de la actitud del paciente hacia la restricción física previo y posterior a la intervención psicoeducativa (Media, desviación estándar, significancia e interacción de puntuaciones crudas)

Actitudes del paciente hacia la Restricción Física	Diagnóstico	n	Pre		Pos		p
			Media	DE	Media	DE	
Pensamientos de respuesta agresiva	Trastorno Depresivo	14	31.0 ±	33.2	9.5 ±	15.6	Pre-Pos 0.016* Interacción 0.646
	Trastorno Bipolar (Manía)	5	13.3 ±	29.8	6.7 ±	14.9	
	Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos	11	21.2 ±	30.8	0.0 ±	0.0	
	Total	30	24.4 ±	31.5	5.6 ±	12.6	

* $p < 0.05$

Grafica 6. Actitud hacia la restricción física previo y posterior a la intervención de acuerdo al diagnóstico (Media y desviación estándar de puntuaciones crudas)



En lo que respecta a las interacciones a lo largo del tiempo, entre los diferentes constructos de actitud hacia la restricción física, los diagnósticos y las mediciones pre y pos a la intervención psicoeducativa, no se evidenció algún cambio estadísticamente significativo.

Discusión

El uso de intervenciones de restricción pretende ser un método de último recurso y aunque parece estar razonablemente bien establecido que la sujeción y el aislamiento, proporcionan un medio eficaz para prevenir lesiones, tratar y reducir la agitación, está igualmente bien establecido que los procedimientos de evaluación posterior al evento pueden tener deficiencias; los estudios de Bonner y los de Jones y Kroese informaron que la retroalimentación posterior a alguna intervención coercitiva, no fue ofrecida a los usuarios de los servicios, quienes informaron sentirse ignorados después del incidente.

De manera similar, la evidencia sugiere que si bien el personal evalúa la información después de la restricción, promoviendo la comprensión del fenómeno, no se brinda la misma oportunidad a los pacientes del servicio. La falta percibida de información y comunicación por parte del personal simplemente produce más ansiedad, frustración e ira en el paciente, sobre todo cuando se relaciona con un evento de restricción física. Es por esto que, la necesidad de una mejor comunicación y la oportunidad de hablar con el personal ha sido reconocida como una buena estrategia para evitar el empleo de restricción en lo ulterior y una medida que podría utilizarse fácilmente en todos los entornos de salud mental. ¹³

La psicoeducación posterior a un acontecimiento de restricción, es una intervención que tiene lugar después del episodio, está dirigida al paciente y es realizado por los proveedores de atención médica, con la finalidad de mejorar la experiencia de bienestar del paciente y evitar futuros eventos de restricción, ofreciendo al paciente la oportunidad de expresar sus emociones al respecto, por medio de una escucha empática, que le brinda contención y minimiza los efectos adversos de la restricción y restablece la relación de confianza entre el paciente y el personal, compartiendo la responsabilidad por el evento. Todo esto, puede contribuir a mejorar el cuidado, seguridad y calidad de la atención del paciente. ¹⁷

Este es el primer estudio en México que, plantea la implementación de un programa psicoeducativo impartido de manera individual entre pacientes que, en algún momento de su hospitalización requirieron de restricción física, con la intención de modificar la percepción y actitud negativa, hacia una apreciación más positiva, al conseguir que el paciente acepte la medida como una forma de tratamiento, necesaria por su condición clínica, al considerar las circunstancias y contexto al momento de su implementación. Además contempla la creación de un programa psicoeducativo único, que ayude al paciente a comprender las indicaciones del procedimiento, ventajas y desventajas a través de la difusión de conocimiento pertinente y relevante, dinámico ya que se adapta al diagnóstico del paciente, nivel socioeconómico y cultural, corrigiendo ideas erróneas y verificando la adquisición del conocimiento, permitiendo el control del estrés situacional a la vez que se le otorga apoyo emocional con la intención de mitigar las experiencias negativas asociadas al evento; que permiten la redefinición del concepto de restricción física.

Al analizar las características clínicas de la muestra, se distinguió que el mayor número de pacientes se encontraba en el grupo de trastornos depresivos (n=14), seguido de los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos (n=11); la minoría fue conformada por los pacientes con trastorno bipolar en episodio de manía (n=5), lo cual es reflejo directo la información descrita en la literatura, acerca de la incidencia y prevalencia de estos padecimientos en nuestro medio, asimismo integran las principales condiciones psiquiátricas que requieren de manejo hospitalario; generalmente cuando se presenta exacerbación grave de síntomas, lo cual coincide con la presencia de conductas disruptivas, agitación psicomotriz y pobre colaboración al tratamiento, que en numerosas ocasiones precede al empleo de restricción física.

Las diferencias de edad fueron estadísticamente significativas entre los pacientes con los tres diagnósticos principales, los pacientes en manía, seguidos por los pacientes con esquizofrenia presentaban edades mayores, lo cual podría ser reflejo del curso crónico de ambas condiciones, así como su correlación con recaídas y exacerbaciones de síntomas. Los pacientes con edades menores fueron aquellos que contaban con diagnóstico de trastorno depresivo, lo cual podría relacionarse con el episodio índice del padecimiento o a la importante comorbilidad con trastornos

de la personalidad del clúster B (Limite, narcisista y antisocial), los cuales se vinculan con frecuencia relevante a intentos suicidas repetidos o conductas autolesivas, presentes en el 90% de los pacientes de este grupo. En relación a este hallazgo, se confirma que la recurrencia de episodios depresivos es mayor entre los pacientes con trastornos de personalidad.

El mayor número de participantes del sexo femenino se relaciona a condiciones particulares del INPRFM, debido a la mayor disponibilidad de camas censables (40) asignadas a pacientes mujeres, en comparación con las camas censables para pacientes del sexo masculino (10), sin que esto, exprese un mayor empleo de restricción física entre pacientes del sexo femenino.

No se identificaron diferencias estadísticamente significativas para las variables clínicas de duración del episodio índice, número de hospitalizaciones previas, número requerido de días de estancia hospitalaria, hora en la que se realizó el procedimiento, experiencia previa de sujeción a lo largo de la vida, ni el número de restricciones previas o posteriores a la intervención para ninguno de los grupos.

Se apreció diferencia estadísticamente significativa, en el tiempo de duración de la restricción, siendo más prolongado entre los pacientes en manía, seguido de los pacientes con esquizofrenia, el tiempo de sujeción más breve fue atribuido a los pacientes con trastornos depresivos, lo cual puede atribuirse a la indicación para el empleo de restricción física, que también resultó en diferencias estadísticamente significativas para los tres diagnósticos, coincidiendo con la información descrita por la literatura, que menciona que, los pacientes en manía ameritan restricción debido a comportamiento disruptivo verbal o hacia objetos, mientras que, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos son sujetados debido a agresión contra otras personas, por último los pacientes que cursan con un trastorno depresivo son restringidos debido a conductas autolesivas o con intencionalidad suicida,²³ esto podría explicarse debido a la cantidad de tiempo necesarios para conseguir que el paciente logre tranquilizarse, así como su noción de enfermedad.

Tampoco se encontraron diferencias significativamente estadísticas, para las variables clínicas de comorbilidad por consumo de sustancias, ni comorbilidad médica, el empleo consensuado o no de la sujeción, pobre o adecuada adherencia al tratamiento farmacológico.

En relación a la prescripción y uso de medicamentos, se revalida la información de la literatura acerca de los medicamentos aprobados y recomendados para tratar el trastorno depresivo, con valor estadísticamente significativo para medicamentos antidepresivos y ansiolíticos (benzodiazepinas), mientras que para los pacientes en manía y diagnóstico de trastorno bipolar se encontraron hallazgos estadísticamente significativos en el uso de anticonvulsivos, lo cual concuerda con las pautas de guías de práctica clínica. Otra clase de medicamentos, incluidos los antipsicóticos, no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, ya que suelen utilizarse bajo distintas circunstancias en los tres padecimientos.

En general la percepción de cooperación con el personal médico, fue buena y coincide con información señalada en investigaciones previas.²³ Incluso previo a la intervención psicoeducativa, la percepción de colaboración con el personal era apropiada, desde la primera medición, a través del instrumento *“Percepciones del paciente acerca de Aislamiento/Restricción en su tratamiento”*, en los tres grupos de pacientes; no obstante, la diferencia de mejoría en la colaboración con el personal, después de la intervención psicoterapéutica; al re-aplicar el mismo cuestionario, al final de la hospitalización, cuando los pacientes se encuentran próximos a su egreso por indicación médica de mejoría, fue mucho más notable, entre los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos psicóticos, lo cual podría atribuirse a los síntomas característicos del padecimiento, en el cual es habitual la presencia de ideas delirantes de referencia y daño, explicando que la mejora tan marcada es consecuencia de que ya que han remitido las ideas delirantes y la noción de enfermedad se ha restablecido. En cambio entre los grupos de pacientes con trastornos depresivos y en manía la buena colaboración se mantuvo en rangos semejantes previo y posterior a la intervención psicoeducativa, cuando volvió a evaluarse su percepción al final del internamiento.

En cuanto a la percepción en sí, del procedimiento de restricción física, evaluada por medio de los enunciados numerados 5 y 6 en el instrumento *“Percepciones del paciente acerca de Aislamiento/Restricción en su tratamiento”*, éste presentó un cambio estadísticamente significativo, de mejoría, de una percepción negativa hacia una forma positiva de apreciarle, entre los tres grupos de pacientes; se asume que tal cambio es atribuible a la intervención psicoeducativa proporcionada, cuya intención se concentra en la comprensión por parte del paciente, de consentir el procedimiento como necesario en el momento de su ejecución, al evocar la indicación que generó su empleo (agresión verbal, conductas autolesivas o agresión hacia otros) y de utilidad para tratar esta condición. No descartamos que otro componente que pudo influir en esta mejoría de la percepción hacia la restricción física se relacione a la recuperación de los síntomas del trastorno psiquiátrico y restitución de la conciencia de enfermedad, porque el instrumento fue re-aplicado al final de la hospitalización. De nuevo, resulta más evidente la diferencia entre los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos, probablemente debido al entendimiento de la indicación para la sujeción, ya que en su mayoría tenían conciencia de haber presentado un episodio de agitación psicomotriz y el motivo por el cual fue llevada a cabo la sujeción, principalmente debido a agresividad física dirigida hacia otras personas, por ello consideraban la medida necesaria y una forma de precaución y apoyo.

Las observaciones del cuestionario *“Actitud del paciente hacia la restricción física”*, se llevaron a cabo al considerar el instrumento, en cuatro categorías: a) Actitud negativa y falta de apoyo, b) Castigo y procedimiento no adecuado, c) Indefensión y d) Pensamientos de respuesta agresiva.

La actitud negativa y la falta de apoyo, presentaron un cambio estadísticamente significativo, con reducción de la puntuación, al comparar los resultados obtenidos previo y posterior a la intervención psicoeducativa, en todos los grupos, no obstante, llama la atención que el grupo que mostró un cambio más radical, fue en el conjunto de pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos, por lo que se retoma la consideración de que tal cambio, es debido a la mejoría en ideas delirantes de daño y referencia, así como a la mejoría en la conciencia de enfermedad.

Considerar la sujeción como un castigo y procedimiento no adecuado, también exhibió un cambio estadísticamente significativo, al contrastar los resultados recabados previo y posterior a la intervención psicoeducativa, con una reducción de las puntuaciones para esta categoría en todos los grupos, siendo más llamativa la diferencia entre los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos.

La indefensión hacia el proceso de restricción física, no evidenció ningún cambio significativamente estadístico, permaneciendo con puntajes equivalentes entre las mediciones pre y post intervención, lo cual pudiese tener relación a la vulnerabilidad propia por su estado de salud mental. Las puntuaciones más altas pre intervención se encontraron entre los pacientes con trastornos depresivos, lo cual coincide con la información descrita previamente por la literatura, acerca de la presencia de ideas de minusvalía en los pacientes. Llama la atención que entre los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos, este rubro, presentó incremento de calificación al final de la hospitalización, nuestra hipótesis es que debido al conocimiento del curso crónico e implicaciones en general, de la esquizofrenia, el paciente se asume inseguro, frágil o en desventaja.

Por último, en lo que concierne a pensamientos de respuesta agresiva hacia el procedimiento, la evaluación previa y posterior a la intervención psicoeducativa, demostró cambios estadísticamente significativos, con reducción de las puntuaciones entre todos los grupos de pacientes. Particularmente los pacientes con trastornos depresivos manifestaron las puntuaciones más elevadas de respuesta agresiva, hacia la sujeción, lo cual podría relacionarse a la importante comorbilidad de la muestra, con trastornos de la personalidad del clúster B, los cuales se relacionan a estrategias de afrontamiento hacia el estrés del tipo desadaptativo, tendiente a la agresividad. Otro punto destacable, fue la anulación de este tipo de respuesta, después de la intervención psicoeducativa entre los pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos.

En definitiva debe considerarse que el tamaño de la muestra (n=30) favorece que las significancias encontradas tengan una magnitud del efecto de mediana a grande.

Conclusiones

La psicoeducación hace más que solo satisfacer las necesidades de información y educación de los pacientes; esta intervención ayudó a los pacientes a expresar sus sentimientos, reestablecer su autocontrol y confianza, reduciendo el autoestigma, re-estableciendo la base de una colaboración óptima entre el empoderamiento del paciente y la atención médica, inculcando esperanza de mejora en su estado de salud mental, al apreciar que el personal les demostraba respeto, empatía e interés por su bienestar al conocer su apreciación acerca del evento de restricción física.

Los pacientes que reciben psicoeducación por parte del médico, mejoran su experiencia acerca de la medida coercitiva, reduciendo la actitud y percepción negativa, sin que este evento comprometa su colaboración con el personal, lo cual puede influir en la adherencia al tratamiento farmacológico, número de recaídas, asistencia o búsqueda de atención en los servicios de atención psiquiátrica y finalmente en su pronóstico, contribuyendo así a una mayor calidad de vida y menor costo de la atención.

Finalmente se expone que este programa psicoeducativo, podría ser considerado para ser implementado de forma sistemática, entre los pacientes que en algún momento en el curso de su hospitalización requieren de restricción física, al considerarle una estrategia viable y económica, adaptable al entorno clínico estándar y de sencilla implementación, sin requerir largos y costosos entrenamientos del personal que lo imparte, así como efectiva, lo cual podría contribuir a aumentar la satisfacción del paciente con su atención médica.

Referencias

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
2. Fuente R., Pinel, su tiempo y su obra, *Salud Mental*, 1990, 13 (1), 2-7.
3. Steinert T., et.al., Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends, *Soc Psychiatry Epidemiol*, 2010; 45 (9): 889–897.
4. Mayers P., et.al., A mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint, *Int J Soc Psychiatry*, 2010; 56 (1): 60-73
5. Filley C.M., et.al., Toward an understanding of violence: neurobehavioral aspects of unwarranted interpersonal aggression. Aspen neurobehavioral Conference consensus statement, *Neuropsychiatry Neuropsychol Behavioral Neurology*, 2001; 14 (1), 1-14.
6. Deal N. et.al, Stabilization and Management of the Acutely Agitated or Psychotic Patient, *Emerg Med Clin N Am* 2015; 33, 739–752.
7. Marder S.R., A review of agitation in mental illness: Treatment guidelines and current therapies, *J Clin Psychiatry*, 2006; 67 (10); 13-21.
8. Fisher W., Restraint and seclusion: a review of the literatura, *Am J Psychiatry*, 1994; 151 (1); 584-591.
9. Coburn V., Mycyk M., Physical and Chemical, *Emerg Med Clin N Am*, 2009; 27: 655-667.
10. Joint Commission Standards on Restraint and Seclusion. Nonviolent Crisis Intervention Training Program. <http://www.crisisprevention.com/CPI/media/Media/Resources/alignments/Joint-Commission-Restraint-Seclusion-Alignment-2011.pdf>. Accessed December 12, 2016
11. Chien W.T., et.al., Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint, *Patient Education Counseling*, 2005; 59: 80-86.
12. Simpson S.A., et.al., Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service, *Gen Hosp Psychiatry*, 2014; 36: 113-118.
13. Cusack P., et. al., Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK), *International Journal of Law and Psychiatry*; 2016; (46): 20–26
14. Strout T.D., Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literatura, *International Journal of Mental Health Nursing*, 2010; 19: 416–427.
15. Hapell B, et.al., Impacts of Seclusion and the Seclusion Room: Exploring the Perceptions of Mental Health Nurses in Australia, *Archives of Psychiatric Nursing*, 2010; 25: 109–119.
16. Sequeira H. et.al, Control and restraint in the UK: Service user perspectives, *British Journal of Forensic Practice*; 2002; 4; 9-18.
17. Goulet M.H., Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review, *Archives of Psychiatric Nursing*; 2016; 30: 120–128.
18. Elgamal M., Patients and staff attitudes toward physical restraint, *Curr Psychiatry*, 2006; 13 (3): 474-496.
19. Goulet M.H., et.al. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review, *Aggression and Violent Behavior*; 2017; (34): 139–146
20. Mehhan T, et. al., Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation, *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 31 (2), 370-377.
21. Manual de procedimientos de la subdirección de Hospital, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Enero 2017.
22. Rangel O, 2016, "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 Ramon de la Fuente Muñiz", Tesis de especialista en psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM, México.
23. Rodríguez L., 2016, "Descripción de las características del paciente psiquiátrico en quien se requiere la aplicación de restricción física y su percepción a este procedimiento en su tratamiento durante la hospitalización", Tesis de especialista en psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM, México.

24. Noda T., et .al., secluted/restained patients' perceptions of their treatment: Validity and reliability of a new questionnaire. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2012; 66: 397-404.
25. Bulacio, J.M y Vieyra, M.C, Psicoeducación una herramienta terapéutica, Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas, 2003. Disponible en: <http://www.intramed.net>.
26. Swaminath G, Psychoeducation, *Indian J Psychiatry*, 2009, 51(3); 171-172.
27. Feinstein A., *Clinical Epidemiology, The Architecture of Clinical Research*. Saunders, 1985, Philadelphia.
28. The Association of Faculties of Medicine of Canada Public Health Educators Network 2007.
29. Yudofsky S. et.al., The overt agression scale for the objective rating of verbal and Physical Aggression, *Am J Psychiatry*, 1986; 143 (1): 35-39.
30. Zhao S. et.al., Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness, (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015.
31. Aguilera Serrano C. et.al, Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2018; 63(2):129-144.

Anexo 1

INSTITUTO NACIONAL DE
PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ



Dirección de Servicios Clínicos
Subdirección de Hospitalización y
APC



FORMATO DE DATOS CLÍNICOS

I. Ficha de Identificación

Código _____

Edad	años	
Género	M	F

II. Características clínicas del paciente

Diagnóstico psiquiátrico	
Co-ocurrencia con trastorno por consumo de sustancias	SI NO
Co-ocurrencia con trastornos de personalidad	SI NO
Co-ocurrencia con otra condición médica	SI NO
Adherencia al tratamiento farmacológico	SI NO
Duración del episodio índice	
Numero de admisión hospitalaria psiquiátrica	
Días de estancia hospitalaria	Días
Antecedente de restricción física	SI NO
Tratamiento farmacológico actual	

III. Características clínicas de la restricción

Duración de la restricción	Horas
Puntos de sujeción	
Periodo del día	
Indicación para la restricción física	

Anexo 2

INSTITUTO NACIONAL DE
PSIQUIATRIA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ



Dirección de Servicios Clínicos
Subdirección de Hospitalización y
APC



ESCALA DE AGRESIÓN EXPLÍCITA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____
Nombre del evaluador: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: Masculino () Fecha: ___/___/___ (día/mes/año) Hora: ___:___:
Femenino () Turno: Matutino ___ Vespertino ___ Nocturno ___

COMPORTAMIENTO AGRESIVO (Marcar todo lo que ocurra).

Agresión verbal.

- 0 Sin 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 antisonante cuando se enoja, hace moderadas amenazas a otros o a el mismo
- 4 Hace claras amenazas de violencia hacia otros o hacia el mismo ("Te voy a matar") o pide ayuda para controlarse

Agresión física en contra de él mismo.

- 0 Sin agresión física contra si 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/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 objetos.

- 0 Sin agresión física contra objetos
- 1 Da portazos, desparrama la ropa, hace tiraderos
- 2 Avienta objetos, pateo muebles sin romperlos, pinta las paredes.
- 3 Rompe objetos, quiebra ventanas
- 4 Prende fuego, avienta objetos peligrosamente

Agresión física contra otras personas.

- 0 Sin agresión física contra otras personas
- 1 Hace gestos amenazadores, gira en torno a personas, jalones a la ropa.
- 2 Golpea, pateo, 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).

Hora en que empezó el incidente: ___:___:___ (am/pm)

Duración del incidente ___:___:___ (horas:minutos)

Intervenciones:

- 0 No exhibe conductas agresivas
- 1 Ninguna, se tranquiliza solo
- 2 Entrevista con el paciente
- 3 Vigilancia estrecha
- 4 Contención verbal
- 5 Medicación inmediata vía oral
- 6 Medicación inmediata vía intramuscular
- 7 Aislamiento sin reclusión
- 8 Reclusión
- 9 Uso de restricción física
- 10 Los daños requieren tratamiento médico inmediato para el paciente
- 11 Los daños requieren tratamiento para otras personas

PUNTUACION TOTAL: _____

OBSERVACIONES

Anexo 3

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ



Dirección de Servicios Clínicos
Subdirección de Hospitalización y APC



PERCEPCIONES DEL PACIENTE ACERCA DE LA SUJECIÓN Y AISLAMIENTO EN SU TRATAMIENTO

1. Se me ha respetado como persona en el hospital.				
En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo
2. Me he sentido ignorado de alguna forma por el personal del hospital.				
En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo
3. Mi opinión ha sido tomada en cuenta para mi tratamiento.				
En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo
4. Puedo expresar mi opinión libremente.				
En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo
5. Era necesario que me sujetaran y/o aislaran.				
En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo
6. Ser sujetado y/o aislado fue benéfico para tratar mi problema.				
En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo

7. Se me ha brindado suficiente atención durante mi tratamiento.

En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo
------------------------	------------------	------------------------------------	------------	---------------------

8. Siento que el personal entiende mis inquietudes.

En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo
------------------------	------------------	------------------------------------	------------	---------------------

9. Yo colaboro con el personal para el ajuste de mi tratamiento.

En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo
------------------------	------------------	------------------------------------	------------	---------------------

10. Trabajamos juntos el personal y yo para alcanzar la meta de tratamiento acordada.

En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo
------------------------	------------------	------------------------------------	------------	---------------------

11. Estoy de acuerdo con el personal acerca de lo que se necesita hacer como parte del tratamiento para ayudarme a mejorar.

En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo
------------------------	------------------	------------------------------------	------------	---------------------

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO

* Traducido al español de "Toshie Noda, et al. Secluded/restrained patients' perceptions of their treatment: Validity and reliability of a new questionnaire. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2012; 66: 397-404.

Anexo 4



INSTITUTO NACIONAL DE
PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Dirección de Servicios Clínicos
Subdirección de Hospitalización y
APC



ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA RESTRICCIÓN FÍSICA

Estas frases describen su opinión sobre la sujeción como parte de su tratamiento.

Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Ha tenido una experiencia previa de sujeción? **SÍ** () **NO** ()

Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuántas veces ha sucedido?:

UNA () VARIAS ()

NÚMERO DE OCASIONES ()

En la última ocasión que se le sujetó Usted:

Estuvo de acuerdo ()

No estuvo de acuerdo ()

A partir de su experiencia de haber sido sujetado, por favor lea cuidadosamente las siguientes frases y conteste Verdadero o Falso

No.	FRASES	V	F
1	Si me piden mi consentimiento, no tengo problema en ser sujetado.		
2	Si me agito nuevamente, prefiero que me sujeten a que me duerman con medicamentos.		
3	Si soy sujetado nuevamente me pondré agresivo (a).		
4	Sentí la sujeción como un castigo.		
5	Si los médicos decidieron sujetarme es porque era lo mejor para mí.		
6	En el futuro evitaré hospitalizarme para no ser sujetado nuevamente.		
7	Si soy sujetado nuevamente, no respetaré las reglas del hospital.		
8	Cuando me retiraron la sujeción me sentí confundido (a).		
9	Mientras estuve sujeto sentí emociones negativas hacia la gente.		
10	Mientras estuve sujeto sentí que la gente me rechazaba.		
11	Mientras estuve sujeto me sentí indefenso (a).		
12	Mientras estuve sujeto tuve deseo de morir y pensamientos suicidas.		
13	Mientras estuve sujeto tuve pensamientos homicidas.		
14	Mientras estuve sujeto me sentí apoyado (a) por la gente.		
15	Mientras estuve sujeto me sentí con fuerza, poder y control.		
16	Mientras estuve sujeto sentí seguridad y paz.		
17	Acepto que la sujeción es una forma de tratamiento.		

Traducido al español "Elgamal M. Patients and Staff Attitudes toward Physical Restraint. Current Psychiatry. Vol. 13 No.3 November 2006."

Anexo 5



Carta de consentimiento informado para participantes

Describir el efecto de otorgar una intervención psicoeducativa en la percepción y actitud del paciente hacia la restricción física, después de su uso durante el tratamiento hospitalario

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, lo cual requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar aquello que no entienda completamente.

Objetivo del estudio:

Algunos pacientes requieren del empleo de medidas coercitivas durante su tratamiento hospitalario, por ejemplo restricción farmacológica o física, sin embargo, se ha documentado la presencia de experiencias negativas asociadas a su uso, las cuales pueden ser mitigadas a través de un proceso informativo especial, por lo que a través de este proyecto se pretende impartir un programa psicoeducativo, de forma individual, acerca del procedimiento de restricción física entre los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, después de haber requerido de un procedimiento de sujeción física, con la finalidad de facilitar la información posterior al evento y otorgar apoyo emocional para lidiar con los sentimientos negativos asociados, con la intención de modificar su percepción y actitud de forma positiva hacia el procedimiento de restricción física, para así mejorar la calidad de su atención hospitalaria. 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.

Procedimiento del estudio:

Todos aquellos pacientes que hayan requerido de restricción física durante su tratamiento hospitalario en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” serán contactados por el investigador principal, con la finalidad de ser incluidos en este proyecto. Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por un médico psiquiatra en formación, el cual le realizará dos cuestionarios autoaplicables; uno de ellos para evaluar su percepción después de haber requerido restricción física, y otro para evaluar su actitud después de haber requerido restricción física. El tiempo estimado usado para la aplicación de ambos cuestionarios será de máximo 10 minutos. Posterior a ello se le otorgará una intervención psicoeducativa de 50 minutos de duración aproximada respecto al procedimiento de restricción física, en el cual se le proporcionará información de las indicaciones, contraindicaciones y consideraciones del procedimiento, beneficios y desventajas. Durante la sesión se verificará el conocimiento con el que usted cuenta, explicándole lo que no conoce, corrigiendo información errónea y las deficiencias de su conocimiento; por último y con la intención de verificar la comprensión que haya tenido hacia la psicoeducación, se le ofrecerá la oportunidad de realizar las preguntas que desee. En conjunto a lo descrito, se le proporcionará información por escrito, de la

información verbal que le fue proporcionada, con la intención de que usted pueda revisarla en el momento que lo considere. Aunado a esto, el investigador principal recopilará información clínica relevante de su expediente clínico, manteniendo la certeza de que en todo momento será totalmente confidencial, incluso al concluir el estudio. El investigador principal estará pendiente del día en el que se determine su egreso hospitalario por mejoría, para que 24 a 48 horas previo a la fecha definida, sea contactado, por el médico psiquiatra en formación que le realizó las primeras encuestas, para aplicar de nuevo dichos instrumentos, evaluando la percepción y actitud que presenta hacia el procedimiento, después de recibir la instrucción psicoeducativa.

Consignas por seguir:

- a. Se pedirá su cooperación como participante, la cual es completamente voluntaria.
- b. Las entrevistas y encuestas que se le realizarán, así como la psicoeducación y el material por escrito que le será otorgado, no tendrán costo económico alguno.
- c. En caso de cambiar de opinión y que ya no desee participar en el estudio, por cualquier motivo, puede retirarse del estudio, sin que de ninguna manera esto afecte negativamente la calidad de la atención médica que recibe en esta Institución y sin tener que dar explicación alguna.

Desventajas:

- a. Existe la posibilidad de que durante la realización del cuestionario usted evoque recuerdos desagradables del evento de restricción física, por lo que tanto el investigador 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.

Ventajas:

Un beneficio directo de este estudio será recibir información a través de un programa psicoeducativo especial impartido de forma individual por el investigador principal, posterior a haber requerido de restricción física durante su estancia hospitalaria; así como otorgarle apoyo emocional con la intención de mitigar las experiencias negativas asociadas al evento de forma totalmente gratuita.

- a. Otro beneficio este estudio será conocer el efecto de la intervención psicoeducativa, posterior al empleo de restricción física en pacientes hospitalizados.
- b. El beneficio personal puede no alcanzarse, pero se pueden obtener conocimientos científicos que pueden beneficiar a otros pacientes.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ninguno de los participantes, sino que se le asignará un código numérico para su identificación. Garantizando que en caso de que lleguen a realizarse reportes o publicaciones, su nombre no aparecerá en ninguno.

Si requiere información adicional o llega a presentar cualquier pregunta al respecto del estudio, en cualquier etapa previa, durante o posterior a la realización del programa psicoeducativo o la aplicación de los cuestionarios, puede ponerse en contacto directo con la Dra. Angélica García Hernández, acudiendo al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia

San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan, favor de dirigirse al área de hospitalización TI, en un horario de lunes a viernes de 08:00 a 17:00 horas o también puede comunicarse vía telefónica al número (55) 41605419, en el mismo horario. Otra alternativa es contactarle vía correo electrónico al mail: anggarciaher@gmail.com a través de los cuales se le otorgara la información pertinente, veraz y completa a la brevedad.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Fui invitado a participar en el estudio *“Describir el efecto de otorgar una intervención psicoeducativa en la percepción y actitud del paciente hacia la restricción física, después de su uso durante el tratamiento hospitalario”*. He leído y entiendo en su totalidad el consentimiento informado, del cual se me ha otorgado una copia. El investigador abajo firmante me dio una explicación clara y tuve la oportunidad de hacer preguntas, con lo que mis dudas han sido resueltas. Me han informado sobre los riesgos, molestias y posibles beneficios de mi participación. Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Entiendo que el estudio requiere de la realización de dos cuestionarios en dos ocasiones distintas después de que fue necesario aplicarme restricción física durante mi estancia en el área de hospitalización.

Adicionalmente manifiesto:

- Estar de acuerdo y autorizar que mis datos clínicos sean obtenidos, mediante la revisión de mi expediente clínico realizada por el investigador principal.
- No estar de acuerdo, ni autorizar que mis datos clínicos sean obtenidos, mediante la revisión de mi expediente clínico realizada por el investigador principal.

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Anexo 6



Programa psicoeducativo para pacientes después de requerir de restricción física durante su estancia hospitalaria Resumen del programa

Propósito del programa

Este programa está diseñado para pacientes que requirieron restricción física durante su estancia hospitalaria, en términos generales su propósito es facilitar el entendimiento de las indicaciones para la utilización de dicha medida y así superar las ideas erróneas que puedan albergarse sobre el proceso, favoreciendo la comprensión del procedimiento y así cambiar la perspectiva de lo negativo hacia los aspectos positivos de haber requerido el procedimiento de restricción física. Y en particular está diseñado para ayudar a los pacientes a compartir sus ideas y experiencias en relación al procedimiento, con la finalidad de mejorar su percepción y actitud hacia el mismo.

Formato del programa

Consiste en una única sesión individual psicoeducativa de 50 minutos de duración aproximada, impartida por el investigador principal. A continuación se resumen los temas a tratar:

1. Introducción:
 - a. Propósito y objetivo del programa
 - b. Esbozo general del programa
2. Etapa informativa:
 - a. Definiciones y conceptos generales
 - b. Indicaciones del procedimiento, enfatizando su uso, solo cuando otras medidas resultan ineficaces, así como las condiciones que requieren de restricción física.
 - c. Explicar consideraciones del procedimiento, beneficios y desventajas de la restricción física
 - d. Corregir información errónea y deficiencias del conocimiento
 - e. Confirmar la comprensión de la información otorgada al paciente, ofreciendo la oportunidad de realizar las preguntas que desee.
3. Etapa de cambio de enfoque:
 - a. Cambio de foco hacia lo positivo
 - b. Expresión de expectativas futuras
4. Cierre.

Antecedentes

En ocasiones los pacientes deben ser tratados coercitivamente, lo cual puede justificarse bajo ciertas circunstancias, su principal empleo es en la gestión del comportamiento agresivo o violento.

Se estima que el 8% al 24% de los pacientes que acuden a instituciones psiquiátricas requieren algún tipo de restricción. Tomando en cuenta que las personas suelen ser hospitalizadas por condiciones agudas, cuando su enfermedad está en su peor estado, y su capacidad para controlar su comportamiento se reduce, la restricción en los servicios de salud mental, puede considerarse una práctica usual, sin embargo, internacionalmente las medidas restrictivas se utiliza para regular y contener el alto riesgo del posible comportamiento peligroso del paciente agitado, hacia sí mismo o hacia otras personas. (Marder 2006)

A corto plazo, la finalidad de la restricción es la estabilización de las condiciones que amenazan la vida y el control rápido de la agitación, lo cual se realiza calmando al paciente sin fuerza excesiva o induciendo sedación significativa para prevenir o minimizar el daño. (Fisher 1994)

La complejidad de las alteraciones conductuales que caracterizan a la agitación están presentes en numerosos trastornos psiquiátricos, entre ellos Esquizofrenia, Trastorno bipolar, Demencia, Adicciones a sustancias, Trastornos de la conducta, Trastornos del control de impulsos y Trastornos de la personalidad. (Marder 2006)

Dado que la comprensión de las perspectivas de los pacientes se considera importante en el proceso de toma de decisiones y evaluación de la calidad de la atención, se han realizado investigaciones sobre las percepciones de los pacientes acerca del proceso de restricción física, las cuales han revelado que los pacientes suelen percibir la medida como una intervención puramente negativa y no terapéutica, indicando sentirse ansiosos y asustados, e incapaces de protegerse a sí mismos al ser restringidos. Otros pacientes expresaron sentir eliminación de su voluntad, control y libertad durante la medida. Frecuentemente los pacientes describieron la restricción como una experiencia de castigo, asociados con sentimientos de miedo, tristeza, abandono, rechazo, enojo, confusión, indefensión, entre otros. (Cusack 2016)

Pese a ello, no todos los pacientes percibieron la restricción tan negativamente: algunos pacientes expresaron beneficios asociados a la experiencia, al considerarlo una medida de seguridad, que les ayudaba a sentirse protegidos, apoyados psicológicamente y respetados, al creer que la experiencia de restricción mejoró su comportamiento, ofreciéndoles calma y oportunidad de retirarse de experiencias "muy emocionantes". (Mehhan 2000)

No solo se obtuvo información acerca de las percepciones de los pacientes hacia las medidas restrictivas, sino también en lo referente a los factores que influían en la experiencia de los pacientes, encontrando que la provisión de información y la adecuación de la comunicación con profesionales influían en la experiencia, volviendo la apreciación hacia la medida coercitiva menos aversiva, inclusive si se les otorgaba información de forma retrospectiva. (Mehhan 2000)

El objetivo de esta intervención es facilitar el entendimiento de las indicaciones para el empleo de restricción física y erradicar ideas equivocadas que puedan concebirse sobre el procedimiento, favoreciendo su comprensión, con la finalidad de cambiar la perspectiva

negativa hacia los aspectos positivos de haber requerido de dicha medida. Otra de sus intenciones es ayudar a los pacientes a compartir sus ideas y experiencias en relación al procedimiento, brindándoles contención y apoyo emocional; reduciendo el impacto emocional de la medida al hablar sobre el acontecimiento, como una forma de procesar la experiencia, para así mejorar su percepción y actitud hacia la restricción física.

Esta intervención se basa en modelos clínicos probados de otra clase de psicoeducación, ya que actualmente no se cuenta con un modelo específico que proporcione información al paciente acerca del proceso de restricción física, así como de investigaciones previas sobre la percepción que los pacientes tienen posterior a un evento restrictivo, ya que al tratar los temas seleccionados, los participantes pueden comprender las indicaciones y contraindicaciones específicas de las medidas restrictivas, en el entendimiento de que solo se utiliza como prevención de daño inminente a sí mismo u otros y solo cuando otros medios resultaron ineficaces.

El programa se ha integrado a través de una secuencia de componentes educacionales relacionados al proceso de restricción física.

Sin embargo, a pesar de que la intervención se encuentra en formato de manual, brinda el espacio para que los participantes puedan expresar su perspectiva acerca de haber requerido restricción física y los problemas específicos que pueden estar enfrentando derivado de este proceso. Es decir, que aunque el proceso ha sido estandarizado, el contenido puede variar para asegurar que la intervención sea lo más útil posible para el paciente.

¿Quiénes son los más adecuados para recibir esta clase de intervención?

Este programa está diseñado para los pacientes que requirieron de algún procedimiento de restricción física durante su estancia hospitalaria, considerando aquellos pacientes que sean mayores de 18 años, sin importar su género, que sepan leer y escribir y que acepten responder los instrumentos clinimétricos autoaplicables, previo y posterior a la intervención psicoeducativa.

¿Quiénes no son indicados para recibir esta clase de intervención?

Este programa no está indicada en pacientes que presenten alteraciones en el estado de alerta o discapacidad cognitiva (deficiencia intelectual o trastorno neurocognitivo) que pudiera impedirles responder los instrumentos clinimétricos.

¿Cómo saber si el programa está funcionando?

Para determinar la utilidad de la intervención, se administrarán dos instrumentos clinimétricos a los participantes antes y después de impartir el programa psicoeducativo. La tabla que se muestra a continuación incluye las medidas a evaluar en las áreas específicas de intervención.

Evaluación	Instrumento Clinimétrico
Percepción hacia el procedimiento	Percepciones del paciente acerca de la sujeción y aislamiento en su tratamiento
Actitud hacia el procedimiento	Actitud del paciente hacia la restricción física

Índice y contenido del programa

1. Introducción

Se explica el propósito y objetivo de la intervención, se otorga información general, se esboza la estructura de la sesión y se exponen las pautas y compromisos del paciente y facilitador.

Profesional de salud: Comenzaremos la sesión explicando la intención de la intervención, así como el tipo de pacientes para la cual ésta dirigida.

El propósito del programa es facilitar la comprensión entre los pacientes de las indicaciones para el uso de restricción física, superar las ideas erróneas que puedan generarse acerca del proceso; consiguiendo mejorar de forma positiva la percepción y actitud del paciente hacia dicha medida.

El objetivo del programa es que al tratar los temas propuestos, los pacientes logren compartir sus ideas y experiencias en relación al evento e identifiquen los aspectos positivos del empleo de restricción física.

El programa está diseñado para ayudar a los pacientes a (1) compartir sus ideas y experiencias relacionadas con el evento de restricción física, mejorar el entendimiento del empleo de tal medida; (2) aclarar conceptos erróneos sobre la restricción física y (3) cambiar el enfoque de los aspectos negativos a los positivos o beneficiosos de la situación.

Se cree que otorgar psicoeducación después de la restricción física, puede reducir los efectos adversos al procedimiento y favorecer su comprensión, lo que podría impactar en optimizar la calidad de atención del paciente.

Profesional de salud: La sesión tendrá un tiempo aproximado de 50 minutos de duración, durante la cual nos enfocaremos al aprendizaje de información de fondo sobre el tema de restricción física, la cual será conformada de la siguiente manera:

Contenido	Duración aproximada
Introducción	5 minutos
Etapas Formativas	15 minutos
Etapas de cambio de enfoque	25 minutos
Cierre	5 minutos

Pautas y compromisos del facilitador y el participante

Profesional de salud: Ahora, quisiera hablar sobre mi compromiso durante el desarrollo de la sesión, ya que trabajaré para crear un entorno seguro donde usted se sienta cómodo para compartir sus pensamientos y sentimientos.

El objetivo es trabajar para aumentar su entendimiento acerca del proceso de restricción física, con la intención de que al abordar el tema, comprenda las indicaciones, proceso, ventajas y desventajas de haber requerido de tal medida, abordando su experiencia durante el procedimiento y teniendo como principal finalidad modificar positivamente su percepción y actitud al mismo.

Como profesional de la salud que imparte la sesión, me comprometo a:

1. Proporcionar conocimiento en cuanto al proceso de restricción física.
2. Permitir que exprese libremente su opinión.
3. Mantener una posición imparcial, en vez de dar consejos en términos de lo que está “bien” o lo que está “mal”, demostraré aceptación y curiosidad por conocer su experiencia, ya que aunque tenga conocimiento en el área, considero que usted es el experto de su vivencia.
4. Brindar contención verbal en cuanto a la vivencia de la experiencia de restricción física, al aportarle comentarios constructivos al respecto.
5. Facilitar estrategias que le permitan percibir de mejor manera el proceso de restricción física, al enfatizar su capacidad y potencial resolutivo.
6. Resolver cualquier pregunta o interrogante generada durante el desarrollo de la sesión.
7. Moderar la sesión, cuando lo considere adecuado, favoreciendo su participación.

Usted por su parte se compromete a:

1. Ser respetuoso
2. Hablar por sí mismo, centrándose en su experiencia
3. Enfocarse en el presente, identificando los aspectos positivos de la situación
4. Preguntar al facilitador todo aquello que le genere inquietud

2. Etapa formativa

Profesional de salud: Continuaremos explicando diversos conceptos y definiciones relevantes, así como la importancia de la psicoeducación en el tratamiento integral de los trastornos psiquiátricos, no dude en preguntar todo aquello que genere inquietud o cuyo concepto no comprenda plenamente.

Psicoeducación: Es el proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las adversidades derivadas del trastorno psiquiátrico de un modo más adaptativo, así como orientar e identificar con mayor entendimiento y claridad su patología. Es una forma de empoderamiento y capacitación dirigida a promover la conciencia y proporcionar herramientas para manejar, enfrentar y vivir con padecimientos mentales, así como los cambios en las conductas y actitudes relacionadas a tal condición, como lo son por ejemplo los episodios de agitación psicomotriz. Esto es dirigido por psicólogos, enfermeras y médicos.

Agitación psicomotriz: Actividad motora excesiva asociada con un sentimiento de tensión interna, también definida como actividad verbal, vocal o motora inapropiada asociada a riesgo de una conducta potencial o francamente peligrosa.

Tratamiento de la agitación psicomotriz: Las tácticas de gestión se pueden dividir en intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Las estrategias no farmacológicas incluyen intervenciones ambientales que promuevan la seguridad y minimicen la estimulación; técnicas de desescalada a través de estrategias verbales y no verbales para ayudar a calmar al paciente, teniendo en cuenta mantener una conducta respetuosa, espacio personal, evitando la confrontación, ofreciendo opciones, marcando límites y explicando acerca de las consecuencias de presentar un comportamiento inapropiado. Por último, dentro de las estrategias no farmacológicas se considera la restricción física o

mecánica. Las técnicas farmacológicas involucran administración de medicamentos o sedantes, solos o en combinación y que se pueden administrar en diferentes formulaciones, desde pastillas tomadas vía oral o medicamentos inyectados vía intramuscular e inclusive vía intravenosa. El objetivo del tratamiento es la estabilización de las condiciones que amenazan la vida y el control rápido de la agitación, idealmente calmando al paciente sin fuerza excesiva o induciendo sedación significativa para prevenir o minimizar el daño.

Restricción física: Medida de control del comportamiento real o potencialmente agresivo y/o violento, que consiste en limitar la libertad de movimiento de una persona mediante el uso de fuerza física o cualquier otro medio mecánico (correas, cinturones), la cual solo debe utilizarse en pacientes en los que todos los demás métodos han demostrado ser ineficaces para mantener su seguridad.

Profesional de salud: Ahora hablaremos acerca de las indicaciones, contraindicaciones y consideraciones necesarias del procedimiento.

La restricción física **se utiliza:**

1. Prevención de daño inminente (violencia contra un objetivo no especificado, violencia contra el personal, violencia contra otros pacientes o amenazas de violencia) **solo cuando otros medios son ineficaces**
2. Prevención de daño sustancial al ambiente físico
3. Prevención ante una probable interrupción grave del tratamiento
4. Conductas “parasuicidas” (Daño a si mismo)
5. A petición del paciente

La restricción física **jamás se utiliza:**

1. Sustituto de tratamiento
2. Castigo
3. Respuesta al rechazo por realizar actividades
4. Respuesta a un comportamiento desagradable
5. A conveniencia del personal médico o paramédico

Consideraciones del procedimiento de restricción física:

- Participan miembros debidamente entrenados, familiarizados y sensibilizados con el procedimiento de restricción.
- Un líder designado explica el proceso al paciente en un lenguaje claro, mencionando que su empleo está clínicamente justificado, después de considerar otras de opciones de tratamiento.
- Pueden restringirse desde una hasta cuatro extremidades, por medio de dispositivos mecánicos, los cuales son asegurados a la base de la cama del paciente.
- Un médico o un profesional autorizado debe evaluar al paciente de forma periódica después de haber iniciado la intervención, con la intención de interrumpir la intervención lo antes posible.
- Durante el proceso se garantiza la seguridad y comodidad física del paciente, así como su bienestar psicológico y la privacidad.
- Posterior a un episodio de restricción física se realiza una revisión de la intervención por los proveedores de salud, con la intención de mejorar la

experiencia de cuidado del paciente, evitar futuros eventos de restricción o proponer alternativas de manejo en caso de episodios similares, lo cual tiene la intención de minimizar los efectos adversos de la restricción y restablecer la relación de confianza entre el paciente y el personal.

Profesional de salud: En seguida me gustaría mencionar cuales son las ventajas y desventajas del procedimiento, sin dejar de considerar que estas últimas pueden presentarse o no, variando en cada paciente.

Ventajas:

- Medida de seguridad y protección
- Oportunidad de reflexión o descanso
- Prevención de la violencia al expresar una emoción “muy intensa”
- Oportunidad para retirarse de experiencias “muy emocionantes”

Desventajas:

- Lesiones dérmicas
- Parestesias
- Reducción de la libertad y voluntad
- Sentimientos o emociones desagradables

Profesional de salud: A continuación me gustaría erradicar algunas de las creencias equivocadas o mitos más frecuentes acerca de la restricción física, sé que existen muchas ideas sobre la restricción física, algunas las conocía antes de haber requerido de este procedimiento, mientras que otras pudieron surgir después de ameritar tal medida. Por eso voy a debatir brevemente estas ideas con los resultados clínicos y de investigación que pueden mostrar una realidad distinta.

Mitos acerca de la restricción física

- ***Las personas que han requerido de restricción física están “locas” y pueden controlar sus acciones y emociones, pero actúan así a propósito. Estas personas son responsables de sus actos y deben rendir cuentas por sus acciones.***

Verdad: Las personas que han requerido de restricción física cursan con algún trastorno psiquiátrico en fase aguda, por lo que debido a ello y al agotar otras opciones de tratamiento, fue necesario emplear tal medida con la intención de tratar un episodio de agitación psicomotriz, agresividad contra sí mismo u otras personas, sin que por ello hayan perdido el derecho a ser respetados, apoyados y comprendidos, y no ser rechazados o ignorados por tal condición.

Los cambios en el comportamiento de estos pacientes, generalmente están asociados a manifestaciones propias de algún padecimiento psiquiátrico, presentándose de forma transitoria durante un periodo de recaída o empeoramiento de la sintomatología, sin que se considere que han tenido tal conducta de forma premeditada o intencional, logrando regular sus conductas y emociones de forma gradual.

- **Las personas que han requerido de restricción física nunca serán las mismas que antes del incidente.**

Verdad: No se aconseja hablar en absolutos como “nunca” y “siempre”. Generalmente las personas que han ameritado algún proceso de restricción física presentan recuperación aunada a la mejoría de los síntomas que llevaron al paciente a requerir manejo hospitalario. Así mismo se considera que la restricción física es parte de un procedimiento requerido como parte del tratamiento del paciente, sin que necesariamente constituya una experiencia negativa.

- **Cuando alguien es restringido físicamente, es porque esa persona se lo merece.**

Verdad: Cualquier persona puede requerir en algún momento de su atención un procedimiento de restricción física, justificado clínicamente. La restricción física no debe considerarse un castigo, una forma de sanción o corrección bajo ninguna circunstancia.

Profesional de la salud: Ya que hemos abordado la sección informativa, me gustaría verificar el conocimiento adquirido, solicitándole que me retroalimente aquello que aprendió de la sesión; a continuación usted tendrá la oportunidad de realizar todas las preguntas que desee.

3. Etapa de cambio de enfoque

Profesional de la salud: A continuación intentaremos cambiar el enfoque de los aspectos negativos por aspectos positivos de haber requerido un procedimiento de restricción física.

Me gustaría que meditara lo siguiente: “Las experiencias y eventos son inherentemente neutrales. No es hasta que les asignamos algún significado que se convierten en “buenas” o “malas”. Lo mismo es aplicable a pensamientos y emociones; están libres de valores. Es lo que hacemos con ellos lo que importa.”

Por extraño que parezca, las experiencias y eventos en nuestras vidas no son inherentemente negativos o positivos. Somos nosotros quienes les damos significado. Así que no importa cuál sea el evento, somos nosotros quienes tenemos el poder de elegir cómo afectará a nuestras vidas. Dado que este sea el caso, es posible que dos personas que vivan un mismo suceso, puedan tener un significado diferente (una interpretación diferente) de la misma experiencia, incluido el proceso de restricción física.

Es difícil no enfocarse en las emociones o sentimientos negativos asociados a la experiencia de haber sido restringido físicamente, sin embargo, “Algunas veces tras pasar por eventos adversos, los individuos aumentan su confianza en sí mismos, lo cual no sólo afecta su autoevaluación sobre sus capacidades en situaciones difíciles, sino también la probabilidad de enfrentarse a las dificultades de manera más asertiva. Los individuos que afrontan esta clase de situaciones a veces llegan a la conclusión que son más fuertes. Esta confianza podría generalizarse a otras situaciones, incluyendo futuros problemas”.

Se debe considerar que inclusive reconocer la propia vulnerabilidad puede llevar a una mayor expresividad emocional y a aceptar ayuda con más facilidad.

Se proporcionarán algunos minutos dedicados a meditar acerca de los enunciados previos, ofreciendo la oportunidad de expresar su vivencia del evento, agregando: "Por ello, me gustaría pasar algún tiempo hablando de cómo le da significado a esta experiencia." Durante este proceso se utilizará la escucha activa, que implica demostrar que se está centrado en las palabras del hablante a través del lenguaje corporal o breves respuestas vocales que enfatizan el interés. La escucha activa incluye, alentar, parafrasear, asentir con la cabeza o decir cosas tales como "Entiendo". De nuevo, el objetivo debe ser el entendimiento, no el acuerdo.

Profesional de la salud: "Hasta ahora hemos estado hablando de distintas formas de ver la misma situación, es por eso que nuestras experiencias no son lo que dan forma a nuestra vida. Es cómo pensamos y sentimos lo que da significado a nuestras experiencias. Nuestros pensamientos y sentimientos son muy importantes, y me gustaría tomar un tiempo para hablar de cómo los pensamientos influyen en los sentimientos." Se continúa con escucha activa y validación, diciendo frases como "Eso debió ser difícil" o "Eso suena realmente difícil", teniendo como finalidad primordial el entendimiento, no el acuerdo. Considerar que en caso de que el paciente emplee un término despectivo o objetivador, se debe intentar que lo reformule.

A continuación el paciente podrá mencionar aquellos aspectos que considera positivos en cuanto al contenido del programa, y también aquellos que considera deben modificarse. Adicionalmente, si así lo desea se le permite sugerir los cambios que consideraría serían útiles de implementar en futuros grupos de psicoeducación acerca del procedimiento de restricción física, inclusive se puede alentar al paciente a discutir o proponer medidas o procedimientos que consideraría más efectivos y menos angustiosos para utilizarse en lugar de restricción física, particularmente durante su estancia hospitalaria.

4. Cierre

Se concluye la sesión agradeciendo al paciente su participación, diciendo: "Espero que por medio de esta intervención psicoeducativa haya podido comprender de modo más amplio las indicaciones y el proceso de restricción física y que asociado a ello, después de la intervención considere sus aspectos positivos, modificando su percepción y actitud hacia el procedimiento".

Se le reitera al paciente que continuare pendiente de su egreso hospitalario por mejoría, para re-aplicar los instrumentos clinimétricos que contesto antes de recibir el programa psicoeducativo.

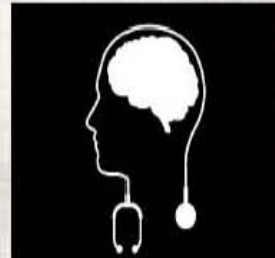
Anexo 7

Este programa pretende facilitar el entendimiento de las indicaciones para el empleo de restricción física, erradicar ideas equivocadas que puedan concebirse sobre el procedimiento, favoreciendo su comprensión, con la finalidad de cambiar su perspectiva negativa hacia los aspectos positivos de haber requerido de dicha medida. Otra de sus intenciones es ayudarlo a compartir sus ideas y experiencias en relación al procedimiento, brindándole contención y apoyo emocional, para así mejorar su percepción y actitud hacia la restricción física.

Proyecto de tesis: Describir el efecto de otorgar una intervención psicoeducativa en la percepción y actitud del paciente hacia la restricción física, después de su uso durante el tratamiento hospitalario.

Programa psicoeducativo para pacientes después de requerir de restricción física durante su estancia hospitalaria

El uso de intervenciones de control (por ejemplo: restricción física) pretende ser un método de último recurso para prevenir la autolesión o daño a otros. Este folleto proporciona información al respecto.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

Psicoeducación

Es el proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las adversidades derivadas del trastorno psiquiátrico de un modo más adaptativo, así como orientar e identificar con mayor entendimiento y claridad su patología. Es una forma de empoderamiento y capacitación dirigida a promover la conciencia y proporcionar herramientas para manejar, enfrentar y vivir con padecimientos mentales, así como los cambios en las conductas y actitudes relacionadas a tal condición, como lo son por ejemplo los episodios de agitación psicomotriz.

Agitación psicomotriz

Actividad motora exoesiva asociada con un sentimiento de tensión interna, también definida como actividad verbal, vocal o motora inapropiada asociada a riesgo de una conducta potencial o francamente peligrosa

Tratamiento de la agitación psicomotriz

El objetivo es la estabilización de las condiciones que amenazan la vida y el control rápido de la agitación, idealmente calmando al paciente sin fuerza exoesiva o induciendo sedación significativa para prevenir o minimizar el daño

- Intervenciones farmacológicas (Ambiente/ Des-escalada/Restricción física)
- Intervenciones no farmacológicas

Restricción física

Medida de control del comportamiento real o potencialmente agresivo y/o violento, que consiste en limitar la libertad de movimiento de una persona mediante el uso de fuerza física o cualquier otro medio mecánico (cinturones), la cual solo debe utilizarse en pacientes en los que todos los demás métodos han demostrado ser ineficaces para mantener su seguridad.

La restricción física se utiliza:

1. Prevención de daño inminente (violencia contra un objetivo no especificado, violencia contra el personal, violencia contra otros pacientes o amenazas de violencia) **solo cuando otros medios son ineficaces**
2. Prevención de daño sustancial al ambiente físico
3. Prevención ante una probable interrupción grave del tratamiento
4. Conductas "parasuicidas"
5. A petición del paciente

La restricción física jamás se utiliza:

1. Sustituto de tratamiento
2. Castigo
3. Respuesta al rechazo por realizar actividades
4. Respuesta a un comportamiento desagradable
5. A conveniencia del personal médico

Finalmente considere:

Usted requirió de restricción física ya que en ese momento no logró controlar sus síntomas, por lo que fue necesario utilizar esta medida, pese a ello, usted mismo podrá manejar su padecimiento muy pronto con ayuda del medicamento.

Es difícil no enfocarse en las emociones o sentimientos negativos asociados a la experiencia de haber sido restringido físicamente, sin embargo, las experiencias y eventos en nuestras vidas no son inherentemente negativos o positivos. Somos nosotros quienes les damos significado. Así que no importa cuál sea el evento, somos nosotros quienes tenemos el poder de elegir cómo afectará a nuestras vidas.

Inclusive algunas veces tras pasar por eventos adversos, las personas aumentan su confianza en sí mismas, lo cual no sólo afecta su autoevaluación sobre sus capacidades en situaciones difíciles, sino también la probabilidad de enfrentarse a las dificultades de manera más asertiva.