Generando valor con la experiencia de paciente como motor de cambio en salud mental p.7

Humanización asistencial en salud mental p.13

Urgencias psiquiátricas, envejecimiento y tratamiento de los trastornos mentales graves p.21

Brains

The Business, Research, Ageing, Innovation, Neurosciences and Social Journal

Año 4
Volumen 5, número 1
Abril de 2025



Innovación en las intervenciones urgentes en psiquiatría

Sistemas de monitorización y digitalización para la humanización en psiquiatría p.25

Predictores de contención y agitación psicomotriz: abordaje en urgencias psiquiátricas p.31

Experiencia del paciente en urgencias psiquiátricas p.37

Patrocinado por:

MEDICARE SYSTEM

Brains

The Business, Research, Ageing, Innovation, Neurosciences and Social Journal

Año 4
Volumen 5, número 1
Abril de 2025

Innovación en las intervenciones urgentes en psiquiatría

Patrocinado por:

MEDICARE SYSTEM

Sumario

1. Créditos

>> pág. 02

2. Colaboradores

>> pág. 03

3. Editorial

Elisabet Vilella Cuadrada >> pág. 05

4. Business

Generando valor con la experiencia de paciente como motor de cambio en salud mental
Miquel Ragull Puig >> pág. 07

5. Research

Humanización asistencial en salud mental. La perspectiva de las personas con experiencia propia, cuidadores y/o convivientes y profesionales sanitarios
María Teresa Sanz-Osorio, Guadalupe Sánchez-Rueda, Silvia Bleda-Garcia y Olga Monistrol >> pág. 13

6. Ageing

Urgencias psiquiátricas, envejecimiento y tratamiento de los trastornos mentales graves
Enric Sentís Hortet >> pág. 21

7. Innovation

Sistemas de monitorización y digitalización para la humanización en psiquiatría
Adrián Dorado Garrido >> pág. 25

8. Neurosciences

Predictores de contención y agitación psicomotriz: abordaje en urgencias psiquiátricas
Alba Toll Privat >> pág. 31

9. Social

Experiencia del paciente en urgencias psiquiátricas
Encarnación Romero Díaz >> pág. 37

Créditos

Gracias por confiar en nosotros y apostar por la salud mental y las neurociencias desde otro punto de vista. Una mirada variada y distinta de la científica que promueve la creación, la innovación y la colaboración del sector.

Este número ha sido posible gracias a la generosidad y el apoyo de los profesionales que reflejamos en la página de Colaboradores.

La revista es una obra original de **WeMind Cluster**, con el apoyo de la Junta Directiva, y producida y coordinada por Elisabet Vilella Cuadrada, **Editora en Jefe**; Marta Sánchez Bret, **Clúster Manager**; Andrea Galván Graf, **Comunicación Corporativa;** Elena Rodríguez, **Events Manager;** Maria Alacid y Juliana Bustos, **Project Manager;** Mª José Martín y Sara González Fernández, **Secretaría Técnica**.

Consejo editorial:
Bussiness: Dani Roca**; Research:** Narcís Cardoner**; Ageing:** Miquel Tiffon y Silvia Garcia**; Innovation:** Adrià Dorado**; Neurosciences:** Jorge Cuevas y Alba Toll**;** y **Social:** Victòria Monell**.**

Equipo editorial: Dendrite Commons

Revista oficial de WeMind Cluster, editada y gestionada por Dendrite Commons, SLU, Carrer del Consell de Cent, 170, 3r A 08015 Barcelona. Con el apoyo de la Junta Directiva, producida y coordinada por el equipo WeMind.

ISSN 2938-1096

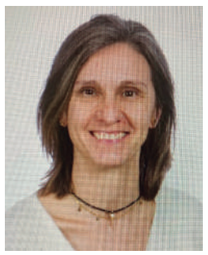
Portada: Medicare System

Colaboradores



Elisabet Vilella Cuadrada

Editora en jefe
Hospital Universitario Instituto Pere Mata
Universidad Rovira i Virgili
Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili
Jefe de grupo CIBERSAM



Olga Monistrol, PhD.

Enfermera.
Coordinadora de grado de enfermería Campus Igualada.
Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.



Miquel Ragull Puig

Jefe de Enfermería del Área de Salud Mental y Adicciones del Consorci Sanitari del Maresme (Barcelona).
Enfermero especialista en Salud Mental.



Enric Sentís Hortet

Ha sido coordinador de diferentes Centros de Salud Mental y hospitalarios del Área Metropolitana de BCN (1985-2017). Actualmente consulta privada
Codirector del Curso de Gestión Clínica de Salud Mental de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC)



María Teresa Sanz-Osorio, PhD.

Enfermera especialista en salud mental.
Miembro del Grupo de Investigación en Diagnósticos e Intervenciones Complejas en Salud desde la Ocupación y el Cuidado (OCCARE), Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universidad Autónoma de Barcelona, Terrassa, España.



Adrián Dorado Garrido

Chief Innovation Officer — Qualud



Guadalupe Sánchez-Rueda, PhD.

Enfermera y licenciada en Antropología Social y Cultural.
Miembro del Grupo de Investigación en Diagnósticos e Intervenciones Complejas en Salud desde la Ocupación y el Cuidado (OCCARE), Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universidad Autónoma de Barcelona, Terrassa, España.



Alba Toll Privat

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP)
Institut de Recerca Germans Trias i Pujol (IGTP)
Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)
Centro de Investigación Biomédica en Red, Área de Salud Mental (CIBERSAM)



Silvia Bleda-Garcia, PhD.

Enfermera.
Miembro del Grupo de Investigación en Diagnósticos e Intervenciones Complejas en Salud desde la Ocupación y el Cuidado (OCCARE), Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universidad Autónoma de Barcelona, Terrassa, España.



Encarnación Romero Díaz

Trabajadora Social,
Servicio de Psiquiatría
Hospital Germans Trias i Pujol

Elisabet Vilella Cuadrada
Editora en jefe
Hospital Universitario Instituto Pere Mata
Universidad Rovira i Virgili
Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili
Jefe de grupo CIBERSAM



Un gran problema de las intervenciones urgentes en psiquiatría es que pueden implicar contención, ya que es frecuente que el paciente psiquiátrico esté muy agitado, incluso con riesgo de auto o heteroagresión. Desde la sección de *Neurosciences*, Alba Toll nos describe los factores que incrementan este riesgo y las pautas clínicas que se siguen. Una manera de minimizar tanto las contenciones como las malas experiencias que pueda vivenciar el paciente cuando pasa por urgencias es hacer un plan preventivo.

El envejecimiento puede suponer algunas ventajas para la situación clínica del paciente psiquiátrico incluidas las situaciones de urgencias. Enric Sentís, en la sección *Ageing*, nos describe cómo es el abordaje clínico en urgencias en los pacientes de edad avanzada.

En el artículo de *Social*, Encarnación Romero nos describe cómo en el hospital en el que trabaja han implementado una forma de trabajar la atención en urgencias a partir de dos elementos clave. Por una parte, elaboran el "Mapa de experiencia del paciente", por supuesto con la participación del usuario. Por otra parte, desarrollan un programa de prevención con una hoja de ruta.

Miquel Ragull nos habla, en su artículo en la sección *Business*, sobre la evolución de la atención en salud mental hacia un modelo más humano, participativo y centrado en el paciente, haciendo hincapié en el debate sobre las contenciones mecánicas y los ingresos involuntarios, y revisando los avances en la recopilación de datos, la trazabilidad y control del uso de contenciones.

En la sección *Research*, a partir de un estudio cualitativo con pacientes ingresados, cuidadores y profesionales de salud mental, María Teresa Sanz-Osorio y colaboradores abordan la humanización asistencial y su aplicación en las Unidades de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría, analizando las percepciones de cada uno de los actores implicados en la atención y los cuidados.

Adrián Dorado, desde *Innovation*, aporta luz desde las nuevas tecnologías digitales que ya se están aplicando para mejorar la atención al paciente psiquiátrico en urgencias. Básicamente nos explica los sistemas digitales que permiten una monitorización en tiempo real del paciente, de manera que la prevención y la anticipación son mucho más eficientes. Aunque estos sistemas en nuestro país no están generalizados como lo están en otros países europeos, el autor está convencido de que sí lo estarán en el futuro.

Generando valor con la experiencia de paciente como motor de cambio en salud mental



Miquel Ragull Puig
Jefe de Enfermería del Área de Salud Mental y Adicciones del Consorci Sanitari del Maresme (Barcelona).
Enfermero especialista en Salud Mental.

Durante los últimos años, el ámbito de la salud mental ha experimentado un cambio significativo respecto a la manera en que los pacientes son atendidos y escuchados. Las asociaciones de pacientes han tenido un papel clave en esta transformación, que ha sido impulsada desde fuera hacia dentro, con una fuerte influencia de los propios pacientes y sus experiencias en primera persona[1].

Históricamente, el sistema sanitario ha funcionado en base a un modelo paternalista en el que los pacientes eran tratados sin ser realmente escuchados, considerados meramente como receptores de atención en lugar de como usuarios con voz propia. Sin embargo, las asociaciones de pacientes han cuestionado estas prácticas y han impulsado un cambio en la manera en que se atiende a las personas en este ámbito. Se han implementado grupos de experiencias en primera persona dentro de las unidades de hospitalización y pacientes expertos, formados por estas asociaciones, han ingresado en los hospitales para compartir sus vivencias con otros pacientes y con el personal sanitario. Algo que hace una década era impensable, hoy se ha convertido en una práctica habitual que ha mejorado tanto la atención asistencial como la recuperación de las personas.

De esta manera, el acompañamiento entre iguales se ha extendido a las Unidades de Salud Mental, constituyendo un enfoque que permite a los pacientes recibir el apoyo de personas que han vivido experiencias similares y generando un impacto positivo en su recuperación. Por otro lado, se han llevado a cabo iniciativas de formación destinadas a los profesionales sanitarios para combatir el estigma y mejorar la comunicación con los pacientes promovidas por asociaciones de pacientes, como es el caso de Obertament[2], que trabaja en esta línea desde 2010 en Catalunya, o la Federació VEUS, que está trabajando desde 2014[3].

Dentro de este nuevo paradigma de atención, uno de los temas que más debate ha generado es la contención me-

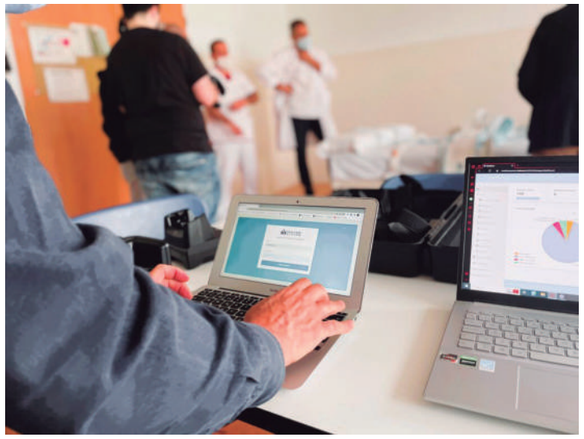


Imagen por cortesía de Medicare System.

cánica y los ingresos involuntarios. Los pacientes han manifestado en reiteradas ocasiones su malestar respecto a estas prácticas, y estas discusiones han obligado al sistema sanitario a replantear sus procedimientos, adaptándolos a un modelo más humanizado, centrado en la voz del paciente y más participativo, como ya se debatió en el Senado en 2024[4].

El cambio no solo se ha dado en la teoría, sino también en la práctica. En algunos países, como Reino Unido e Irlanda, cualquier decisión sobre la contención de un paciente debe contar con la aprobación de múltiples profesionales, incluyendo psiquiatras y trabajadores sociales o figuras de enfermería de práctica avanzada, como ya detallaba la International Society of Psychiatric-Menthal Health Nurses (ISPN) en 1999[5]. Este modelo actual está basado en un enfoque más colaborativo y contrasta con las prácticas tradicionales en otros lugares donde la decisión recae en pocos actores. A este respecto, Ljunggren señalaba ya en 1997[6] que existía tradicionalmente mucha variabilidad entre países.

Más allá de la salud mental, este modelo basado en la participación activa de los pacientes se ha implementado en otras especialidades médicas, como la nefrología y la diabetología. En estas áreas, los pacientes han asumido un rol más activo en su propio tratamiento, gestionando su diálisis o utilizando dispositivos intradérmicos para el control de la diabetes. Ahora y desde hace ya unos años, sobre todo en Reino Unido, este enfoque también está comenzando a ser integrado en psiquiatría, con resultados prometedores[7].

Como referíamos al inicio, el cambio cultural en salud mental ha sido impulsado desde fuera hacia dentro. La voz de los pacientes se ha convertido en un elemento central en la toma de decisiones dentro de los hospitales y centros de atención. Estamos viviendo una transformación en la manera en que entendemos la salud mental, con un modelo donde el paciente es un actor con derechos y voz propia. Ya no es solo una cuestión de tratamiento médico, sino de comprensión, colaboración y respeto hacia quienes viven estas experiencias en primera persona.

Políticas sanitarias en la gestión de contenciones y derechos de los pacientes

La movilización promovida por las asociaciones y los pacientes ha llegado hasta las instituciones políticas y sanitarias, provocando transformaciones significativas en los modelos asistenciales, especialmente en lo referente a las contenciones mecánicas y a la gestión de los ingresos involuntarios. Uno de los hitos clave en este proceso se produjo en 2017 con la llegada de los testimonios de los pacientes al Parlament de Catalunya[8]. En diversas sesiones, representantes de asociaciones expusieron su experiencia y preocupaciones sobre los ingresos involuntarios, generando un debate que traspasó las fronteras del ámbito sanitario.

> El cambio cultural en salud mental ha sido impulsado desde fuera hacia dentro. La voz de los pacientes se ha convertido en un elemento central en la toma de decisiones dentro de los hospitales y centros de atención.

Paralelamente, el tema de las contenciones mecánicas fue incorporado al Pla Nacional de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya, tomando como base los *Quality Rights*[9]. En 2023, el Departament de Salut convocó a las Unidades de Salud Mental para abordar dicho instrumento de calidad y derechos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha diseñado para evaluar y mejorar la calidad y los derechos humanos en el establecimiento y servicios de salud mental y de soporte social[10]. Desde 2019 se está profundizando en esta acción en el grupo de trabajo "Contenció Zero", con recomendaciones publicadas por Sanz-Osorio y colaboradores[11].

Los cambios en la regulación de la contención mecánica han sido cruciales para modificar la percepción y la manera de abordar esta práctica. La aparición de normativas y nuevas estrategias de monitorización ha obligado a las instituciones sanitarias a replantearse su forma de trabajo.

Uno de los cambios de paradigma fue la publicación del BOE del 19 de enero de 2022 en que el Ministerio de Sanidad estableció un marco regulador para el uso de contenciones mecánicas. Anteriormente, cada comunidad autónoma contaba con sus propias normativas, sin una regulación unificada a nivel estatal. Este nuevo marco especificó aspectos esenciales como la necesidad de una prescripción médica clara, la obligación de reevaluar periódicamente al paciente y la prohibición del uso indiscriminado de contenciones.

Asimismo, este BOE introdujo la eliminación del criterio genérico "si el paciente lo precisa", exigiendo una individualización del uso de la contención mecánica. Esto significa que cada caso debe ser evaluado y justificado, eliminando la posibilidad de aplicar contenciones de manera rutinaria sin una revisión constante. Además, se estableció que el personal de enfermería de salud mental podía aplicar estas medidas, pero siempre bajo la supervisión y autorización de un psiquiatra.

Recopilación de datos y contenciones mecánicas

Un paso fundamental en todo este proceso de transformación ha sido la recopilación de datos específicos sobre el uso de contenciones mecánicas. Hasta hace poco, los hospitales llevaban un registro interno de estos procedimientos como un indicador de calidad asistencial, pero no existía un estándar común ni una exigencia externa de reporte.

En 2024, el Departament de Salut solicitó a todas las organizaciones sanitarias una radiografía detallada del uso de contenciones mecánicas en Catalunya, requiriendo información sobre el número total de pacientes sometidos a contenciones, la duración de cada contención, la cantidad de ingresos involuntarios y el tiempo máximo que un paciente permanece con contención mecánica.

Esta demanda obligó a los hospitales a estructurar sus datos de manera más rigurosa. Hasta ahora, muchas instituciones no contaban con bases de datos unificadas que permitieran extraer información sobre el uso de contenciones mecánicas. En algunos casos, los registros se realizaban manualmente, sin una herramienta digital que facilitara su análisis y seguimiento. En otros, los registros estaban integrados en sistemas informáticos, pero sin una forma efectiva de explotar la información. Con el tiempo, este ejercicio ha permitido generar un mapa más detallado y preciso del uso de las contenciones y ha abierto la puerta a la creación de protocolos más homogéneos y basados en evidencias.

Las políticas iniciadas hace un par de años han evolucionado hasta consolidarse en cambios reales dentro de los hospitales. Actualmente, la gestión de las contenciones mecánicas se ha integrado en las políticas de datos, lo que permitirá un mayor control y seguimiento de su uso. Además, el Departament de Salut de Catalunya, por ejemplo, ha elaborado un documento de buenas prácticas sobre el manejo de contenciones mecánicas[11], lo que representa un paso clave hacia una atención más humanizada y alineada con los derechos de los pacientes, realizando una revisión en 2023 por el mismo grupo de trabajo[12].



Imagen por cortesía de Medicare System.

Falta de inversión y monitorización: un problema histórico

Desde hace más de dos décadas, la aplicación de contenciones mecánicas ha permanecido prácticamente inalterada. Su función principal ha sido garantizar la seguridad del paciente y del personal sanitario, evitando autolesiones o episodios de agresividad. Sin embargo, hasta hace pocos años la única preocupación organizativa era disponer de suficientes dispositivos de contención, sin prestar atención a la necesidad de formación, monitorización o análisis de su uso.

Uno de los problemas clave ha sido la escasa inversión en formación específica para el personal sanitario. Aunque existen cursos de corta duración que explican aspectos técnicos sobre su aplicación, no ha habido un esfuerzo real en capacitar a los profesionales sobre el antes y el después de la contención, ni en desarrollar estrategias alternativas para su prevención.

Como hemos señalado anteriormente, otro gran vacío ha sido la ausencia de herramientas adecuadas para registrar y analizar la utilización de las contenciones en los hospitales. A diferencia de otros eventos médicos, como el aislamiento por enfermedades infecciosas, la administración de antibióticos o la hospitalización por neumonía, la contención mecánica no se reflejaba en los sistemas de gestión de camas. Esto ha dificultado la posibilidad de obtener datos en tiempo real sobre cuántos pacientes estaban siendo contenidos en un hospital o unidad de psiquiatría en un momento determinado.

Así, la reducción de la contención mecánica depende de la monitorización de su uso. Se requiere un registro detallado de cuántos pacientes han sido contenidos, durante cuánto tiempo y bajo qué circunstancias. Sin embargo, la trazabilidad de estos datos sigue siendo un desafío en muchas instituciones debido a la falta de herramientas tecnológicas eficientes. La falta de inversión y de personal adecuado agrava aún más la situación, además de la sobrecarga asistencial, que limita las posibilidades de aplicar este tipo de medidas.

El desarrollo de herramientas inteligentes

El desafío fundamental que afronta la atención en salud mental es transformar la gestión de las situaciones de crisis para reducir la coerción y mejorar la experiencia del paciente. La sociedad está demandando un enfoque más humano y centrado en la contención verbal y la prevención de la escalada de la violencia. Sin embargo, a pesar de los avances en formación y capacitación del personal sanitario, las condiciones estructurales en muchos centros siguen siendo las mismas de hace años. Este cambio de paradigma implica no solo modificar protocolos, sino también transformar la cultura asistencial de los equipos, especialmente en unidades donde conviven profesionales con décadas de experiencia y nuevas generaciones de personal de enfermería.

Ante la necesidad de mejorar la trazabilidad de las contenciones mecánicas, algunas instituciones han apostado por la innovación tecnológica. Un ejemplo de ello es la colaboración entre el Consorci Sanitari del Maresme, en Barcelona, y la empresa Medicare System. Conjuntamente, ambas entidades han desarrollado el sistema de contenciones inteligentes Salvafix Smart®[13]. Este sistema permite supervisar, trazar y verificar en tiempo real la correcta aplicación de las intervenciones con pacientes con agitación psicomotriz, quedando además registrado todo el procedimiento terapéutico, lo que contribuye al objetivo de una tendencia cero en contención mecánica.

Esta tecnología funciona mediante un lector de código de barras RFID que, al escanear las contenciones del paciente, transfiere automáticamente la información a una aplicación clínica. Esto permite a los profesionales sanitarios visualizar datos clave, como el tiempo de uso, los cambios de posición y las revisiones realizadas. Además, el sistema incorpora notificaciones automáticas para recordar acciones esenciales, como la modificación de la dieta del paciente en caso de estar contenido o la necesidad de revisión periódica.

Uno de los beneficios más destacados de esta herramienta es la reducción del tiempo dedicado a la burocracia, permitiendo al personal de enfermería pasar más tiempo con los pacientes en lugar de registrar manualmente cada intervención. Como resultado, se mejora la calidad del cuidado, se minimizan los riesgos asociados a la contención prolongada y se optimiza la trazabilidad de los procedimientos.



Imagen por cortesía de Medicare System.

Hacia un modelo más humano y eficiente

El futuro de la atención en salud mental pasa por la combinación de formación, inversión y tecnología. La reducción de las contenciones mecánicas no solo depende de la capacitación del personal, sino también de contar con los recursos adecuados para ofrecer una atención de calidad. La implementación de herramientas inteligentes y la adopción de modelos basados en la prevención y el diálogo representan un avance significativo en la humanización de los cuidados psiquiátricos.

A medida que las instituciones evolucionan y adoptan nuevas estrategias, es fundamental que este cambio cultural sea acompañado de políticas que garanticen una mayor inversión en salud mental, poniendo el foco en la individualización y reevaluación constante, dejando atrás el uso indiscriminado de las contenciones mecánicas. Solo de esta manera se podrá consolidar un modelo asistencial que respete la dignidad del paciente y optimice los recursos disponibles para mejorar la seguridad tanto de los pacientes como del personal sanitario.

En definitiva, el reto es garantizar que las contenciones mecánicas se apliquen solo cuando sean estrictamente necesarias, con un enfoque centrado en el bienestar del paciente y en el respeto a sus derechos. La evolución del sistema sanitario, la inversión, la formación del personal y la implementación de nuevas tecnologías serán claves para lograr un modelo más humano y eficiente en la atención de la salud mental.

Referencias bibliográficas

1. GAM Primeres Persones. Salut Mental Catalunya. Disponible en: https://www.salutmental.org/serveis-a-les-persones/acompanyament/grups-dajuda-mutua-gam/grups-dajuda-mutua-gam-primeres-persones/
2. Obertament. Disponible en: https://www.obertament.org
3. Federació VEUS. Disponible en: https://federacioveus.org
4. Diario de Sesiones de la Comisión de Sanidad 2024. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/DS/CO/DSCD-15-CO-229.PDF
5. ISPN. The Use of Restraint and Seclusion. Disponible en: https://www.ispn-psych.org/assets/docs/99restraint-seclusion.pdf
6. Ljunggren, G., Phillips. C.D., & Sgadari, A. (1997). Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. Age Ageing, 26 Suppl 2, 43-47.
7. Holdcroft-Long, J., Dean, N., Rayner, M., & Mullins E. (2024). The Expert Patient Clinic (QI Project): A Meaningful New Community Psychiatry Training Experience for Medical Students. BJPsych Open, 10(S1), S106-S107.
8. Mad in (S)pain. El debate sobre la contención mecánica irrumpe en los parlamentos. Disponible en: https://madinspain.org/el-debate-sobre-la-contencion-mecanica-irrumpe-en-los-parlamentos-redaccion-de-mad-in-america-hispanohablante/
9. OMS. QualityRights: instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/150398
10. Gencat. Una jornada a l'Hospital Germans Trias comparteix coneixements i bones pràctiques d'hospitalització en salut mental. Disponible en: https://ics.gencat.cat/ca/detall/noticia/HUGTP_jornada_salut_mental
11. Sanz-Osorio, M. T., Jiménez Ordóñez, M., Rey Santiso, M., Serrano-Blanco, A., Tiñena Amorós, M., Viñals Muela, O., & Escobar-Bravo, M. A. (2019). Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero. Annals de Medicina, 102, 163-167.
12. Gencat. Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives: avançant cap a la contenció mecànica zero. Barcelona: Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària; 2023. Disponible en: https://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/detalls/noticia/Recomanacions-bones-practiques-us-intervencions-restrictives
13. Medicare System. Disponible en: https://medicaresystem.es/salvafix-smart/

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com
Para contactar directamente con el autor:
Miquel Ragull - mragull@csdm.cat

Humanización asistencial en salud mental

La perspectiva de las personas con experiencia propia, cuidadores y/o convivientes y profesionales sanitarios

María Teresa Sanz-Osorio, PhD.

Enfermera especialista en salud mental.

Miembro del Grupo de Investigación en Diagnósticos e Intervenciones Complejas en Salud desde la Ocupación y el Cuidado (OCCARE), Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universidad Autónoma de Barcelona, Terrassa, España.



Silvia Bleda-Garcia, PhD.

Enfermera.

Miembro del Grupo de Investigación en Diagnósticos e Intervenciones Complejas en Salud desde la Ocupación y el Cuidado (OCCARE), Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universidad Autónoma de Barcelona, Terrassa, España.



Guadalupe Sánchez-Rueda, PhD.

Enfermera y licenciada en Antropología Social y Cultural.

Miembro del Grupo de Investigación en Diagnósticos e Intervenciones Complejas en Salud desde la Ocupación y el Cuidado (OCCARE), Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universidad Autónoma de Barcelona, Terrassa, España.

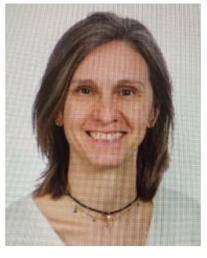


Olga Monistrol, PhD.

Enfermera.

Coordinadora de grado de enfermería Campus Igualada.

Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.



Introducción

La humanización asistencial (HA) abarca todos los aspectos del cuidado de la persona combinando la calidad basada en la evidencia científica y la ética profesional con un cuidado basado en el trato humano. Hace referencia al tratamiento integral de la persona enferma, incluyendo las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y conductuales[1].

En la literatura actual aparecen enfoques similares, como los conocidos como *Patient-centred care* (atención centrada en las necesidades del paciente), *Perso-*

nal-focused care (cuando se considera su historia y trayectoria vital) y *Humanization of care* (atención centrada en todos los agentes que intervienen en el proceso que rodea el cuidado y sus interacciones, siendo identificada como un concepto genérico que engloba varios aspectos de la atención al paciente)[2-4].

> ¿Es realista pensar que todos los ámbitos asistenciales son iguales y necesitan lo mismo para estar humanizados? Y lo que es más importante, ¿quién puede afirmar si un dispositivo asistencial ofrece una atención humanizada?

Podemos estar de acuerdo en que la humanización asistencial es necesaria en todos los ámbitos asistenciales, pero ¿es realista pensar que todos los ámbitos asistenciales son iguales y necesitan lo mismo para estar humanizados? Y lo que es más importante, ¿quién puede afirmar si un dispositivo asistencial ofrece una atención humanizada?

Centrándonos en salud mental, es importante destacar que, en ocasiones, las personas con experiencia propia en fase aguda pueden presentar falta de conciencia de enfermedad, ideación autolesiva, rechazo del tratamiento, alteración conductual y agresividad, lo que a veces deriva en ingresos involuntarios en Unidades de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría (UHAP) y en la aplicación de medidas restrictivas.

Entre estas medidas se incluyen el aislamiento (mantener a una persona en un espacio habilitado con medidas de protección, vigilancia y seguridad adecuadas, impidiéndole salir durante un período determinado de tiempo), la contención mecánica (uso de dispositivos físicos homologados sujetos al cuerpo de una persona: cinturones de sujeción abdominal o pélvica, cinta de tórax, chalecos, tiras de pies, muñecas y manoplas), el internamiento involuntario (primera medida restrictiva y limitante de la libertad de movimiento, sujeta a consideraciones legales de obligado cumplimiento), la restricción mecánica (uso de elementos físicos que limitan el movimiento sin estar sujetos al cuerpo de la persona, como barandillas, cojines de cuña o mesas; cuando estos objetos se utilizan con dicha finalidad, se denominan dispositivos limitadores de movilidad), la sedación química (utilización de psicofármacos con intención sedativa) y, por último, la sujeción o reducción física (utilización del cuerpo del personal sanitario o cuidador dirigido a limitar los movimientos de parte o todo el cuerpo de una persona)[5]. El uso de tales recursos podría estar justificado por la necesidad de abordar conductas disruptivas (agitación psicomotriz, autoagresividad o heteroagresividad) o por razones ergonómicas (personas que no pueden mantener una postura anatómica adecuada), pero siempre deben ser la última alternativa, ya que conlleva riesgos importantes para la seguridad, afectando a la satisfacción del cuidado recibido y, en consecuencia, a la humanización asistencial[5-10].

Por ello, quisimos conocer cómo perciben el ingreso en las UHAP las personas con experiencia propia, sus cuidadores y/o convivientes y los profesionales de la salud y, en base a ello, determinar a qué nos referimos al hablar de humanización asistencial.

Un estudio cualitativo sobre la humanización asistencial en las UHAP

En 2020-2023 realizamos un estudio cualitativo mediante grupos focales y entrevistas en profundidad con personas que habían sido hospitalizadas en alguna UHAP, sus cuidadores/convivientes, sin importar el grado de parentesco, y los profesionales de la salud de las UHAP[11].

Los grupos focales y entrevistas se registraron en audio y se transcribieron para poder analizar su contenido, interpretado por tres investigadoras de forma independiente. Posteriormente, las unidades de significado se agruparon por códigos, que fueron combinados y contrastados para desarrollar las categorías y poder obtener resultados.

Este estudio contó con la aprobación de un comité de ética de investigación y durante todo el proceso se garantizó el anonimato de los participantes utilizando pseudónimos y eliminando el nombre de los centros de

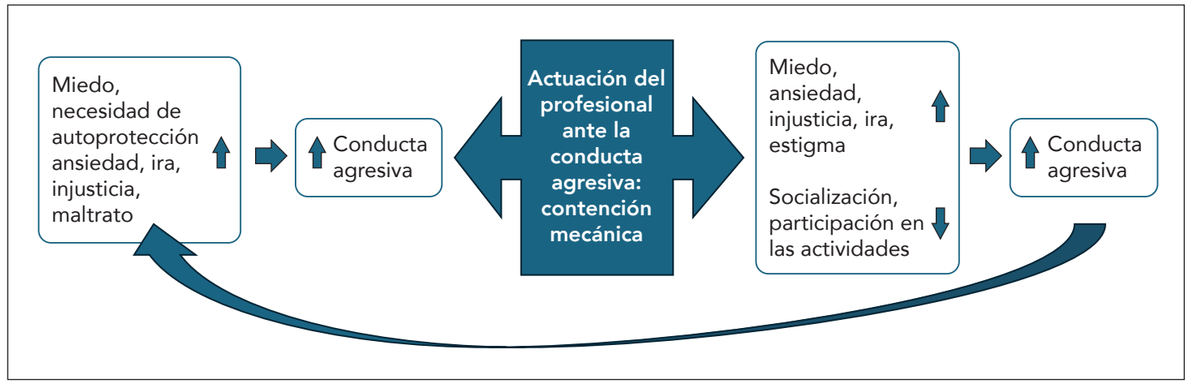


Figura 1. Paradoja de la contención mecánica.
Fuente: adaptación Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales[11].

ingreso hospitalario. Todas las personas aceptaron participar libremente y firmaron el consentimiento de participación en el estudio.

La voz de los protagonistas

En total, participaron 61 personas: 20 con experiencia en ingresos en salud mental, 20 cuidadores/convivientes y 21 profesionales. Para explorar este tema a fondo, se realizaron 13 grupos y tres entrevistas en profundidad.

Las vivencias de las personas con experiencia propia

Los participantes revelaron que habían experimentado muchas emociones negativas y otras positivas. Entre las negativas, emergieron el miedo, la ira, la indefensión y el resentimiento, con la generación de sensación de maltrato y necesidad de autoprotección. Estas emociones actuaron como disparadores de la conducta agresiva, que en muchas ocasiones derivó en el uso de contención mecánica con la finalidad de controlar la agresividad. Sin embargo, según los participantes, esta intervención intensificó las emociones negativas percibidas e impidió la participación en las actividades grupales de la unidad, actuando como nuevo disparador y, en consecuencia, aumentando la agresividad, estableciéndose una reacción paradójica, en la que la medida implementada para controlar la agresividad terminaba por aumentarla, especialmente cuando no se proporcionó el cuidado adecuado durante la contención, refiriendo los afectados, además, sentimientos de abandono, vulnerabilidad e incremento del miedo (Figura 1). Cabe señalar, no obstante, que los participantes afirmaron que cuando ante la misma conducta se utilizan intervenciones que aportan seguridad, confianza, sensación de ser tratados con justicia y sentirse reconocido como ser humano, puede evitarse el incremento de las emociones negativas y, en consecuencia, de la agresividad, evitando la paradoja de la agresividad (Figura 2).

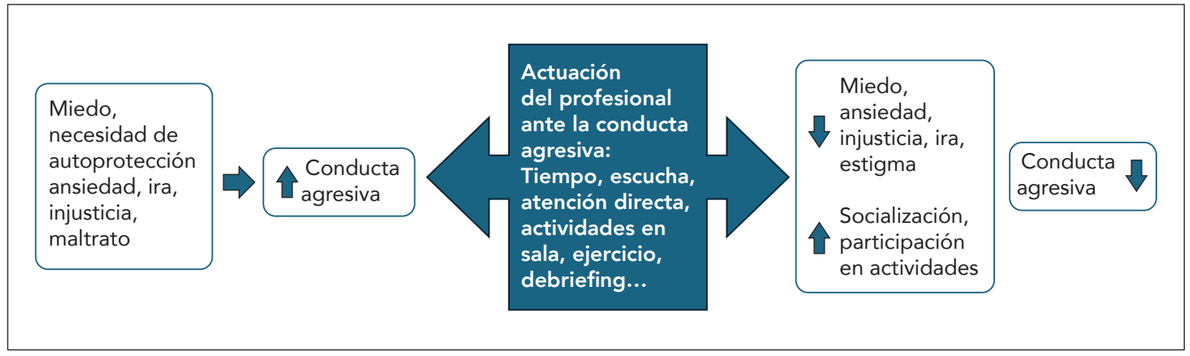


Figura 2. Paradoja de la contención mecánica evitada.
Fuente: adaptación Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales[11].

Además, según los participantes, el efecto de las emociones percibidas perduraba en el tiempo, condicionando el vínculo terapéutico y su recuperación, ya que, en caso de recaída, rechazaban acudir a cualquier centro sanitario por miedo a un reingreso y a otra contención mecánica. También informaron falta de comunicación, sensación de ser ninguneados al no recibir información y de recibir un trato infantilizado y cosificado. Sin embargo, también evocaron aspectos positivos como las relaciones de amistad establecidas durante los ingresos, que empoderan a la persona, potencian la red social y facilitan la inclusión.

> Los participantes afirmaron que cuando ante la misma conducta se utilizan intervenciones que aportan seguridad, confianza, sensación de ser tratados con justicia y sentirse reconocido como ser humano, puede evitarse el incremento de las emociones negativas y, en consecuencia, de la agresividad

Algunos participantes afirmaron que valoraban la contención mecánica como algo necesario para controlar su conducta, poniendo el foco en cómo eran tratados por los profesionales en esas circunstancias más que en la utilización de un sistema externo limitador del movimiento.

Las vivencias de los cuidadores y/o convivientes

Los cuidadores y/o convivientes también refirieron emociones negativas como tristeza, impotencia, culpa, incomprensión, incertidumbre, rabia, desconsuelo y miedo, al percibir que la seguridad de sus seres queridos podía estar comprometida ante las conductas agresivas de otras personas ingresadas.

Además, identificaron actitudes inadecuadas por parte de algunos profesionales, como superioridad, ninguneo o falta de implicación y comunicación, hechos que incrementaban la desconfianza en el sistema y dificultaban la relación, provocando quejas al sentir que no formaban parte del proceso de salud de su ser querido, afirmando sentirse excluidos, ignorados, sin posibilidad de decisión ni alternativas terapéuticas.

El comportamiento del profesional adquirió mayor relevancia en los casos de personas que manifestaron conductas agresivas y requirieron la aplicación de medidas restrictivas como ingresos judiciales o contención mecánica, ya que, en estos casos, si los familiares estaban de acuerdo respecto a la gravedad de la situación, se mostraban a favor de la medida restrictiva, siempre que el cuidado proporcionado por el profesional durante la contención mecánica fuera el adecuado.

En caso contrario, según su opinión se condicionó negativamente la convivencia futura de la persona con las personas de su entorno, estableciéndose una dinámica familiar basada en la desconfianza, la ira y el recelo que perduró en el tiempo, dificultando el afrontamiento de la patología, el cumplimiento terapéutico y la adherencia farmacológica después del alta hospitalaria.

Según los cuidadores y/o convivientes, cuando se valoró el ingreso de su ser querido como negativo, esta medida fue vivida como un castigo, provocando un retraso o incluso la negación al reingreso hospitalario en caso de descompensación, refiriendo sentirse sin opciones terapéuticas, dificultando el manejo domiciliario y llegando a poner en peligro el vínculo familiar.

Se observó que el núcleo de convivencia centraba el discurso en los aspectos desfavorables de las UHAP, estableciéndose una retroalimentación negativa con la persona ingresada, que iba posicionándose, incluso sin que los cuidadores/convivientes lo desearan, en contra de recibir atención sanitaria. Este hecho conllevó considerar el ingreso en la UHAP como la última alternativa, únicamente ante situaciones de agresividad y desbordamiento familiar.

También se identificó la falta de medios económicos, la inadecuación del espacio físico y la escasez de profesionales como aspectos que dificultaban tanto el desarrollo de actividades terapéuticas como la atención directa. Estos factores se reconocieron necesarios para la reducción de las medidas restrictivas.

Las experiencias de los profesionales

Se identificaron actitudes negativas por parte de algunos profesionales, como impaciencia, falta de empatía o superioridad, que impactaban negativamente en la relación con la persona ingresada.

Paralelamente, se destacó que las actitudes positivas, como habilidades comunicativas, asertividad, respeto y dignidad, facilitaron la gestión emocional del profesional y la relación con la persona ingresada. Ante situaciones de crisis, estas cualidades permitieron reconducir los conflictos mediante estrategias alternativas, evitando el uso de medidas restrictivas.

> Los profesionales refirieron miedo por la seguridad propia y del resto de personas, por ejemplo, ante el riesgo de autoagresión o heteroagresión, la falta de confianza en el equipo y la comunicación inefectiva, tanto interna entre los profesionales como con la persona ingresada y los cuidadores/ convivientes

En este sentido, el autoconocimiento del profesional fue percibido como un aspecto clave en la gestión de la alteración conductual de las personas ingresadas que manifestaban conductas agresivas y la reducción del uso de contención mecánica.

Los profesionales refirieron miedo por la seguridad propia y del resto de personas, por ejemplo, ante el riesgo de autoagresión o heteroagresión, la falta de confianza en el equipo y la comunicación inefectiva, tanto interna entre los profesionales como con la persona ingresada y los cuidadores/convivientes. Señalaron que esas sensaciones pueden precipitar la utilización de contención mecánica, a veces valorada como evitable, hecho que genera sentimientos de culpabilidad e insatisfacción con el cuidado proporcionado.

También se identificó miedo ante la flexibilización de la normativa, ya que este hecho se relacionó con un incremento del riesgo en las UHAP y una mayor necesidad de vigilancia, así como ante la retirada de contención mecánica cuando había sido precisada por conducta agresiva, por el riesgo a la repetición de un episodio de agresividad. Todo ello, en su opinión, genera además sobrecarga laboral. Paralelamente, refirieron sentimientos rumiativos de culpabilidad ante situaciones en las que se había recurrido a una contención mecánica valorada como evitable, reconociendo un trabajo inadecuado o falta de cohesión grupal. Refirieron la necesidad de sentirse seguros para poder aplicar estrategias de gestión de la alteración conductual sin recurrir a tales medidas coercitivas. Según afirmaron, esto dependía de múltiples factores, como ratio, formación, autogestión emocional, seguridad ambiental y confianza en el equipo.

Por otro lado, se identificaron sentimientos de mayor satisfacción profesional al proporcionar un cuidado humanizado, reduciendo las contenciones mecánicas.

¿Cómo definieron los participantes la humanización asistencial en las UHAP?

A partir de los hallazgos identificados en los tres grupos poblacionales, se definió la humanización asistencial en las UHAP como el conjunto de factores que permiten al profesional brindar una atención individualizada, integral y de calidad a la persona con enfermedad mental en fase aguda ingresada en la UHAP y sus cuidadores/convivientes, validada por la evidencia científica, en el marco de la ética profesional, y basada en la dignidad, el respeto y el empoderamiento de la persona, con la finalidad de apoyar y acompañar en el desarrollo de su autonomía y participación en el proceso terapéutico, en un ambiente tranquilo, de confianza y seguro, que permita

y potencie la transversalidad de la atención en salud mental, la adherencia terapéutica, la integración social y la lucha contra el estigma, mediante la relación y el vínculo terapéutico, junto con la comunicación efectiva, tratando a la persona como ser humano[12].

Para la consecución de estos propósitos, es imprescindible centrar la atención en la persona y su entorno, a la vez que en el profesional.

Como valores de la humanización asistencial, se identificaron la ética y la responsabilidad profesional, la competencia actitudinal del profesional, la competencia comunicativa, la participación de la persona en su proceso terapéutico, la capacidad de trabajo en equipo y la lucha contra el estigma y la discriminación[12].

Como líneas estratégicas de actuación y requisitos se definieron la cultura organizacional y clima laboral, el cuidado centrado en la persona y su entorno, las estrategias e intervenciones terapéuticas, las normas, funcionamiento e intervenciones en las UHAP, la seguridad y el sentimiento de protección de las personas ingresadas, los cuidadores/convivientes y los profesionales y, por último, el espacio físico y los recursos materiales[12].

Una reflexión final

Actualmente, el concepto humanización asistencial carece de una definición clara, consensuada y universal que se ajuste a todos los ámbitos sanitarios[2]. Aunque la pregunta sería si realmente debería existir una definición única para un concepto, que destaca por la individualización del cuidado de la persona. Este estudio propone un concepto de humanización asistencial para las UHAP basado en valores y líneas estratégicas armónicas, interconectadas y cohesionadas entre sí. Sin esa conexión, sería inviable la humanización asistencial, puesto que, ya sea de forma directa o indirecta, se identifican nexos de causa-efecto, sumatorios, condicionantes o adversativos. De esta forma, cada valor y cada línea estratégica adquieren pleno significado en conexión con las demás[12].

Es importante destacar que, en ocasiones, las UHAP representan el primer contacto de la persona con patología mental con los dispositivos de salud mental, y la percepción que tengan sobre el cuidado recibido tanto las propias personas afectadas como sus convivientes influirá directamente en el afrontamiento de la patología, en la adherencia terapéutica y en su evolución. Por ello, es necesario reforzar el vínculo y la comunicación terapéutica centrada en el respeto, la dignidad, la honestidad, la empatía y la cercanía[13,14], ya que una percepción insatisfactoria del ingreso podría dificultar la propia gestión del cuidado.

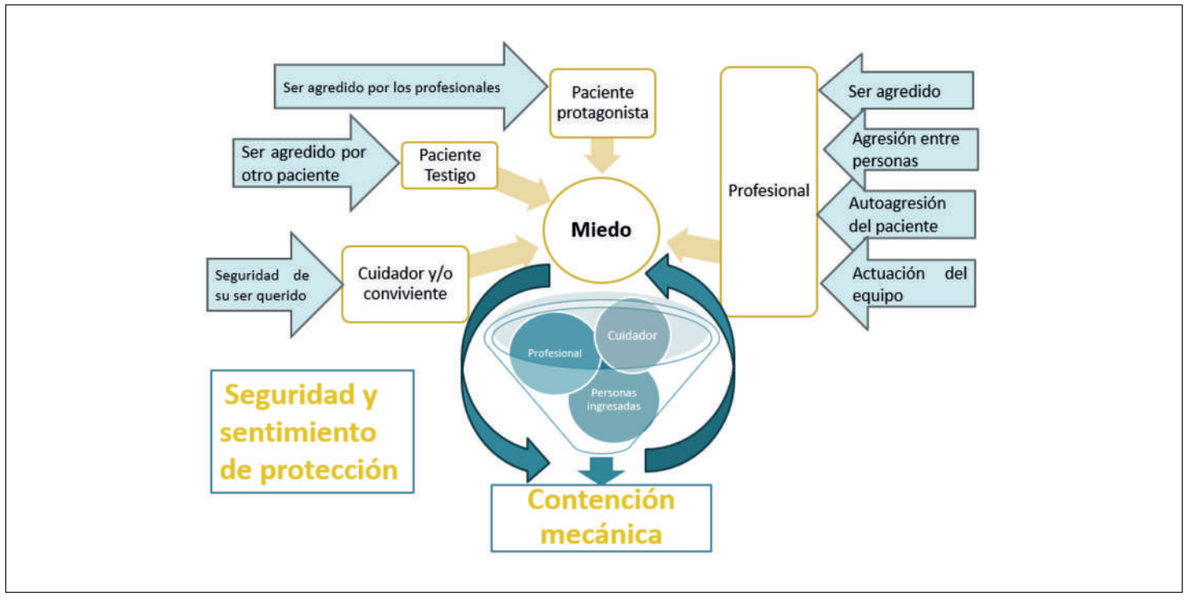


Figura 3. El miedo y su influencia en la utilización de la contención mecánica.
Fuente: adaptación Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales[11].

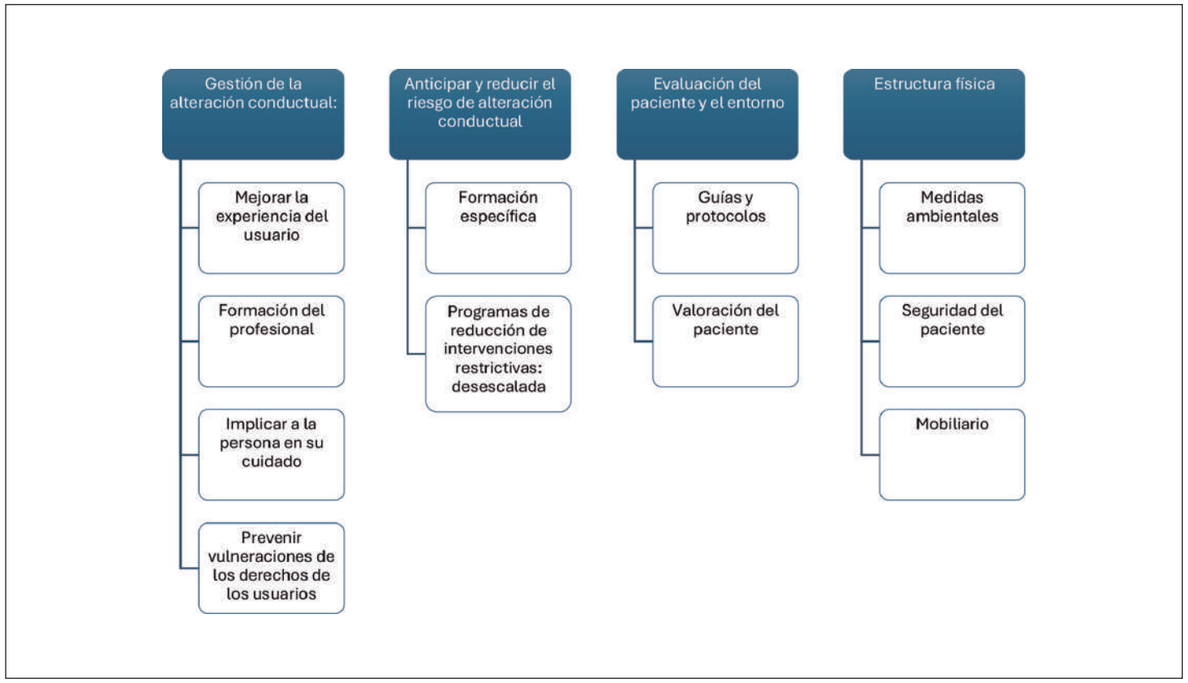


Figura 4. Medidas de prevención estáticas.
Fuente: adaptación Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària. Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives Avançant cap a la contenció mecànica zero[5].

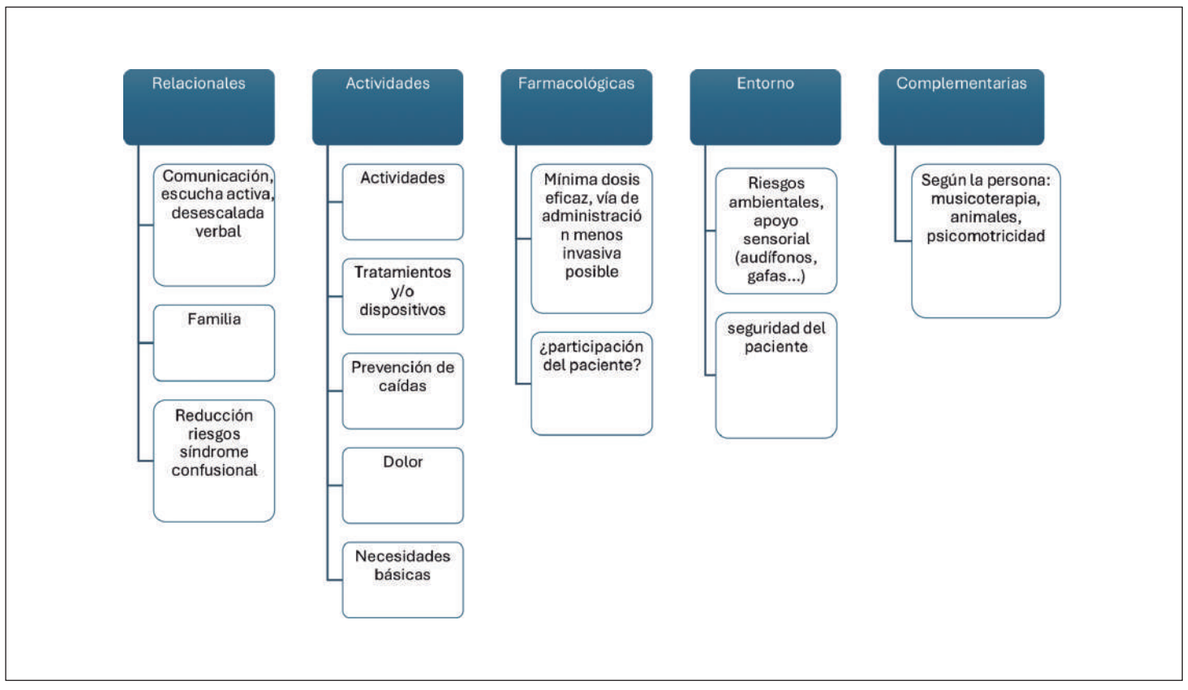


Figura 5. Medidas de prevención dinámicas.
Fuente: adaptación Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària. Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives Avançant cap a la contenció mecànica zero[5].

Resulta interesante reflexionar sobre una emoción común identificada en los tres grupos poblacionales estudiados: el miedo. La conjunción de esta emoción compartida, en un mismo tiempo y espacio, pero con diferentes perspectivas, interpretaciones, causas y posibles consecuencias, se identificó como agente facilitador de la utilización de contención mecánica de la persona que manifestaba la conducta agresiva, convirtiéndolo en uno de los principales disparadores y afectando directamente a la satisfacción del cuidado recibido y, en consecuencia, a la humanización asistencial (Figura 3).

En este contexto, reducir o evitar las contenciones mecánicas es clave para mejorar la percepción del cuidado recibido por la persona ingresada y sus cuidadores. Para ello, es necesario aplicar las medidas de prevención estáticas y dinámicas (Figuras 4 y 5)[5] y proporcionar seguridad y confianza a los profesionales, lo cual disminuirá el miedo ante la posible conducta agresiva manifestada por algunas personas ingresadas, permitiendo gestionar mejor sus emociones, aumentando la mayor tolerancia y capacidad de resolución del conflicto y, en definitiva, favoreciendo el trabajo en equipo.

Referencias bibiográficas

1. Bermejo, J. C. (2014). Humanizar la asistencia Sanitaria. 2ª edición. Editorial Desclée De Brouwer.

2. Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. Patient, 12(5), 461-474.

3. Sanz-Osorio, M.T., Sastre-Rus, M., Monistrol, O., Pérez Criado, M., Vallès, V., & Escobar-Bravo, M. A. (2023). Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review. J Psychiatr Ment Health Nurs, 30(2), 162-181.

4. Starfield B. (2011). Is Patient-Centered Care the same as Person-Focused Care? Perm J, 15(2), 63-69.

5. Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària. Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives Avançant cap a la contenció mecànica zero [Internet]. 2023. Disponible en: https://hdl.handle.net/11351/11150

6. Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 36, de 11 de febrero de 2022, páginas 18260-18279

7. Sanz-Osorio, M.T., Monistrol, O., Vallès-Callol, V., Estrada-Bartrons, C., Martos-Torres, P., & Escobar-Bravo M. Á. (2023). Satisfacción con los cuidados de Enfermería proporcionados en una unidad de hospitalización de agudos de salud mental. Metas de Enfermería, 26(8), 49-56.

8. Priebe, S., & Miglietta, E. (2019). Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. World Psychiatry, ;18(1), 30-31.

9. Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2010). Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. Psychiatr Serv, 61(3), 286-292.

10. Goulet, M. H., & Larue, C. A. (2018). Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. Clin Nurs Res, 27(7), 853-870.

11. Sanz-Osorio M.T. (2023). Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales. Universitat de Lleida. Disponible en: http://hdl.handle.net/10803/689836

12. Sanz-Osorio, M.T., González-Diez, L., Sánchez-Rueda, G., Vallès, V., Escobar-Bravo, M. A., & Monistrol O. (2024). Humanised care in acute psychiatric hospitalisation units: Definition, values and strategic initiatives from the perspective of persons with mental health problems, primary carers and professionals. J Psychiatr Ment Health Nurs, 31(2), 228.239.

13. Moreno-Poyato, A. R, Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador R., ... & Roldán Merino, J. F. (2016). The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. Arch Psychiatr Nurs, 30(6), 782-787.

14. Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A.R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P. (2023). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. J Clin Nurs, 32, 253-263.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com
Para contactar directamente con las autoras:
María Teresa Sanz-Osorio - maitesaos71@gmail.com

Urgencias psiquiátricas, envejecimiento y tratamiento de los trastornos mentales graves

Enric Sentís Hortet

Ha sido coordinador de diferentes Centros de Salud Mental y hospitalarios del Área Metropolitana de BCN (1985-2017). Actualmente consulta privada

Codirector del Curso de Gestión Clínica de Salud Mental de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC)



El hecho de que la población envejezca progresivamente provoca que sea necesaria la utilización de protocolos y directrices para la toma de decisiones en las urgencias psiquiátricas. En este artículo se ofrece una panorámica general de las intervenciones de urgencias en Salud Mental en la población adulta, teniendo en cuenta el envejecimiento, así como los recursos y capacidades que más se emplean a día de hoy, con especial atención a las medidas de contención verbal y la utilización de la palabra en la relación terapéutica. El artículo también incluye algunas consideraciones y reflexiones sobre la formación y praxis de la psiquiatría.

Algunos aspectos positivos del envejecimiento en salud mental

Aunque no suele repararse en ello, porque con mayor frecuencia se resalta el deterioro de las capacidades neurocognitivas y físicas que lo acompañan, el envejecimiento puede tener un efecto positivo en algunos aspectos de la salud mental: por ejemplo, algunos trastornos de la personalidad pueden mejorar con la edad.

También, hablando ya desde la experiencia personal en la práctica clínica, si las condiciones somáticas y de salud general lo permiten, los pacientes mayores son, en general, más receptivos. La lectura que podría darse a este fenómeno es que provienen de una generación que no ha estado tan inmersa en la cultura de las redes sociales y de necesitar que todo se produzca con un clic, ya, al instante. Con frecuencia tienen más paciencia y más resistencia por contar con más experiencia vital.

Asimismo, los pacientes mayores permiten que la consulta fluya más, generando un diálogo pausado durante la relación que establecen con el psiquiatra, ya que son personas que cuentan con experiencias de vida interesantes y enriquecedoras.

Por otra parte, los cuadros de depresión o de ansiedad, que son los más frecuentes, se presentan en estos pacientes mayores a unas edades en las que se sienten más vulnerables. Este hecho hace que expresen gratitud al terapeuta. Y, además, también el vínculo que se crea en la consulta con el psiquiatra es sólido y con una excelente adherencia al tratamiento.

Formación

La formación del psiquiatra que atiende a personas adultas y ancianos debería incluir los aspectos biológicos, la psicofarmacología y también el conocimiento de la psicoterapia y la terapia familiar.

Lamentablemente, dentro de la formación del psiquiatra no se realiza una formación suficiente en aspectos relacionados con la psicología evolutiva y la psicoterapia, cuando resulta vital para poder conocer en profundidad al ser humano y poder desarrollar un buen conocimiento de la relación interpersonal y de la comunicación.

En España existe, todavía, un déficit en la formación en psiquiatría que incluya un mayor respeto, cuidado y relevancia por la palabra. Una buena capacidad comunicativa es imprescindible en cualquier tratamiento, incluido el farmacológico.

Debería de haber una muy buena formación en psicoterapia y en utilización del diálogo con efectos terapéuticos, como se hace en Francia Suiza, Bélgica o Alemania, donde para poder obtener el título de psiquiatra se debe tener una formación en psicoterapia y haber pasado por una psicoterapia personal (es posible elegir entre las diferentes modalidades).



Foto de fauxels en Pexels.

En este sentido, la comunicación clínica y la relación con el paciente es vital para el ejercicio profesional. Cuidar mucho cómo se dicen las cosas al paciente y cómo se dan las noticias (tanto malas como buenas), explicar bien el funcionamiento y los efectos de los fármacos, las características del trastorno que padece el paciente, la relación de su malestar con los conflictos que padece…

La contención mecánica se debe aplicar por tiempo limitado, con una supervisión constante, con la idea de limitar al máximo su aplicación, siempre en un contexto hospitalario y con la participación de profesionales, enfermeros y auxiliares psiquiátricos entrenados.

Recursos en las urgencias psiquiátricas

En la actualidad existe un código para la atención del suicidio y éste no hace diferencias de edad, con un nivel muy similar al de la actuación ante una persona que sufre un infarto. Se dirige a las personas más próximas al paciente que detectan un riesgo o advierten un intento de suicidio, que pueden llamar al 112 y ponerse en manos de los profesionales que aplicarán el protocolo oportuno.

En cuanto a los profesionales sanitarios que participan en estas atenciones, deberían tener un contacto accesible y un muy buen entendimiento con los psiquiatras, los médicos de residencias y los responsables de urgencias. Este punto es muy importante, ya que, muchas veces, en momentos tan delicados, aunque no sea de forma tan protocolizada, su actuación puede llegar a ser muy eficiente y evitar situaciones de riesgo.

En la mayoría de centros, en situaciones de crisis con agitación y con riesgo de auto y heteroagresiones se intenta proceder a una actuación que siga una graduación, en la que en primera instancia se intenta la contención verbal. Se trata de escuchar activamente y hablar con los pacientes de forma terapéutica. Una práctica que, tal como se ha comentado, precisa una formación específica de cómo actuar cuando el interlocutor está muy agresivo y poco abierto al *feedback*.

La segunda instancia es la contención farmacológica, que no excluye a la verbal. La contención química puede ser necesaria cuando el paciente presenta una agresividad que pone en riesgo su vida o la de los demás, o bien puede dar lugar a que se cause daños a sí mismo o se los cause a otros. En estos casos, administrar un fármaco (un ansiolítico o antipsicótico sedante) y esperar el tiempo para que haga su efecto puede facilitar un diálogo con la persona atendida.

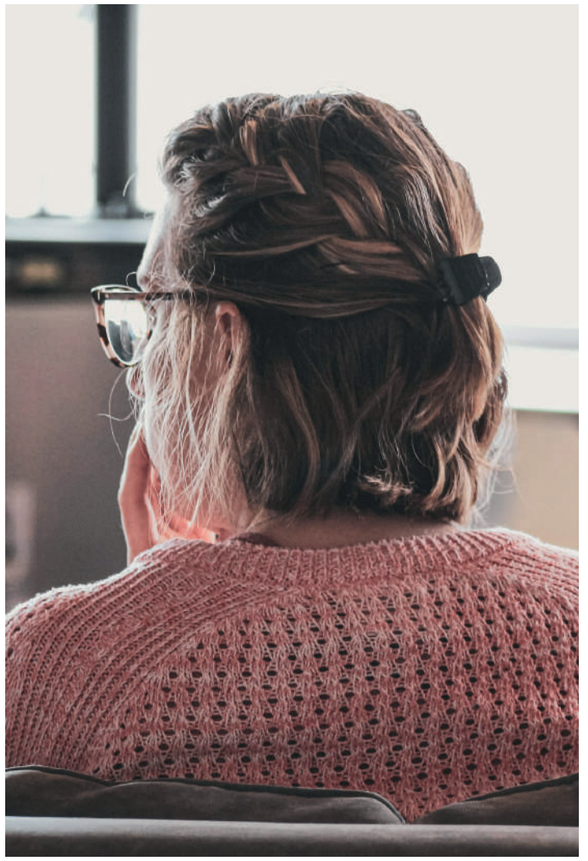


Foto de rivage en Unsplash.

Y la tercera instancia, la contención mecánica debería de reservarse exclusivamente para casos de riesgo de auto y heteroagresiones cuando las dos medidas anteriores fracasan. En momentos determinados, una persona puede tender a autolesionarse o lesionar a los demás, como, por ejemplo, en caso de abstinencia si es dependiente del consumo de alcohol, situación en que puede sufrir un cuadro de *delirium tremens*, o en algunos trastornos psicóticos en que la persona que los padece tiene delirios de tipo persecutorio que no ceden con la medicación y existe un evidente riesgo para su vida y para otros. La contención mecánica se debe aplicar por tiempo limitado, con una supervisión constante, con la idea de limitar al máximo su aplicación, siempre en un contexto hospitalario y con la participación de profesionales, enfermeros y auxiliares psiquiátricos entrenados.

Cambios en la psiquiatría en el período 1980-2024

En España hubo un movimiento muy importante de crítica hacia las instituciones psiquiátricas a mitad de la década de 1975-1985, cuando se pusieron en entredicho muchas instituciones cerradas y aisladas como los manicomios. Este hecho condujo a la mal llamada "antipsiquiatría", cuando en realidad lo que llevaron a cabo sus líderes, sobre todo en Italia (Franco Basaglia) y en el Reino Unido (Laing y Cooper), fue una psiquiatría más humana, respetuosa y comunitaria que excluyera los ingresos manicomiales forzosos y el aislamiento social, lo que provocó en bastantes lugares el cierre de los manicomios. El movimiento consiguió un notorio cambio en la atención de muchas personas con problemas de salud mental, generando nuevas estructuras comunitarias vinculadas a su contexto social y ciudadano. En Francia (Deleuze y Guattari) también se dio esa línea, de forma no tan imaginativa como en Italia, quizás, pero sí más estructurada.

Lo interesante es que este movimiento de crítica (consecuencia del mayo del 68 y del movimiento político "liberadores" de entonces) no solo puso en entredicho las instituciones, sino también la familia, la forma paternalista de ejercer ciertas profesiones (como la médica o la docente), la escuela, la universidad…

También hubo una apertura a tipos de tratamientos inexistentes hasta entonces y que permitió la creación de una serie de servicios que antes eran inimaginables. Por ejemplo, los Centros de Salud Mental, los hospitales y centros de día y los servicios de rehabilitación. Incluso profesiones que no existían, como los monitores ocupacionales, educadores sociales, psicólogos especializados en arteterapia, etc.

También se ha dado un gran paso en la psicofarmacología, gracias a estudios muy sofisticados de las áreas y estructuras cerebrales y de los neurotransmisores (sobre todo en la década entre 1990 y 2000) que han sentado las bases para la investigación y selección de nuevos psicofármacos con una acción más precisa y selectiva.

Futuro

A pesar de que los avances científicos en el estudio del cerebro cada vez permitirán entender mejor las áreas del cerebro involucradas en los trastornos de salud mental, la complejidad del ser humano seguirá haciendo necesaria la interdisciplinariedad entre la medicina, la psiquiatría, la psicología, la sociología e incluso la filosofía. Existen múltiples ejemplos de instituciones y grupos de investigación multidisciplinares como el grupo Aporia, en la Universidad de Barcelona, al que pertenecen psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas y filósofos.

La Inteligencia Artificial sin duda también permitirá dar pasos de gigante en el campo de la psiquiatría, sobre todo en la descripción, la exploración psicopatológica y la detección y clasificación de las enfermedades mentales. Pero seguirán vigentes la necesidad humana de apoyo, comprensión y vinculación para que los tratamientos, por videoconferencia o presenciales, puedan tener éxito.

El contacto virtual es un buen complemento, pero la relación presencial seguirá teniendo una calidad, una calidez y una capacidad empática y de vinculación mayores. A través de una pantalla no es posible mantener un contacto visual, gestual y corporal como el que se consigue en el contacto "real". Y sin todo ello, la relación terapéutica es mucho más pobre y limitada.

Por otro lado, el estigma social seguirá necesitando que, por la presión de diferentes entidades culturales y profesionales, el hecho de padecer un trastorno mental grave no sea un obstáculo y que la persona no sea etiquetada, discriminada y marginada. No obstante, la sociedad deberá tener cuidado para no caer en la frivolización o la excesiva "romantización" de las personas con trastornos mentales más graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, que requieren diferentes apoyos y tratamientos.

> Esto implica que a nivel psicosocial se pueda aceptar la diferencia, conseguir que las personas con trastornos de salud mental graves sean atendidas y puedan tener "Un lugar en el mundo" (como la película de Adolfo Aristarain). Está más que demostrado que en estos aspectos la parte social es muy importante para la recuperación y rehabilitación de estos pacientes. Figuras como los amigos o la familia, los diferentes terapeutas, son vitales para poder desarrollar una actividad laboral, ajustada a las posibilidades de cada uno pero que sea creativa y que permita la recuperación del amor propio y la dignidad humana para que, a partir de aquí, puedan ver que la vida tiene un sentido a pesar de su sufrimiento.

Conclusiones

El conocimiento del ser humano con toda su complejidad es imprescindible para poder hacer una buena praxis en psiquiatría. Saber cuáles son los deseos y anhelos, pero también las preocupaciones y por qué sufre un paciente es una necesidad para conseguir un buen tratamiento.

Abrirse a otras disciplinas como la farmacología, la psicología, el psicoanálisis, la psicoterapia individual y familiar y también la filosofía genera una mejor preparación y recursos en una disciplina a menudo con dificultades en conseguir la mejoría de los pacientes. Además, es la mejor forma de evitar el síndrome de *burnout* profesional.

En un tratamiento en Salud Mental, el contacto virtual es un buen recurso, pero, siempre que la situación lo permita, como complemento del contacto presencial.

Siempre se debe tener presente que la coordinación de los equipos de profesionales, unos suficientes recursos y el consenso de protocolos y de guías clínicas de actuación sanitarias son imprescindibles para una buena resolución de las urgencias psiquiátricas.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com
Para contactar directamente con el autor:
Enric Sentís Hortet - enric.sentis55@gmail.com

Sistemas de monitorización y digitalización para la humanización en psiquiatría



Adrián Dorado Garrido
Chief Innovation Officer — Qualud

Desde hace ya algunos años se están investigando e implementado modelos y sistemas para encaminarnos hacia una humanización de los cuidados y tratamientos en psiquiatría. Modelos como el de "puertas abiertas" están sentando bases para mejorar la recuperación y la estancia de pacientes ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica. Asimismo, los sistemas de monitorización digitales y los de evaluación de riesgos en planta constituyen herramientas útiles y efectivas para alcanzar este objetivo y mejorar la experiencia tanto de los profesionales como de los pacientes, así como la relación entre ellos.

Sistemas de monitorización para una política de puertas abiertas

Los sistemas de monitorización digitales empleados en las unidades de hospitalización psiquiátrica, basados en el uso de tecnologías avanzadas, están enfocados a mejorar la seguridad, el seguimiento y la gestión de los pacientes, así como a facilitar y humanizar el trabajo de los profesionales sanitarios.

La implementación de este tipo de digitalización es clave en el desarrollo de una política de puertas abiertas en psiquiatría, un modelo cuyo objetivo es la mejora del tratamiento de los pacientes internados en diversos aspectos, principalmente en la reducción de las medidas coercitivas y de los conflictos en planta. Algunos estudios apuntan a que la creación de una atmósfera terapéutica más positiva y humana en las salas de una unidad de agudos se ve favorecida por este tipo de política de puertas abiertas, con beneficios en el estado y la recuperación de los pacientes[1,2].

Los sistemas de monitorización y de evaluación de riesgo en una planta de agudos de psiquiatría permiten un seguimiento individualizado de cada paciente y un conocimiento más detallado de su estado y necesidades a lo largo de su ingreso. De la misma manera, ofrecen información para saber el nivel de implicación necesario

por parte de cada profesional para cada paciente y así poder gestionar la problemática de cada persona adecuadamente.

La implementación de aplicaciones y *softwares* de gestión de pacientes en una unidad de psiquiatría puede facilitar la comunicación entre el personal, mejorar la coordinación de la atención y permitir una respuesta rápida ante situaciones de crisis. Por otro lado, estas herramientas permiten registrar incidentes y eventos críticos, proporcionando datos para el análisis y la mejora continua. Por ejemplo, en caso de que un paciente esté en riesgo de fuga, el sistema puede enviar alertas automáticas al personal pertinente para que actúe de inmediato[2,3].

Estos sistemas permiten evaluar los niveles de riesgo, indicar si los pacientes son de alta o baja demanda y qué carga asistencial pueden suponer para los profesionales, si su ingreso ha sido voluntario o involuntario, el tipo de permisos que tiene cada uno (visitas, acceso a teléfono móvil, recepción de llamadas…) o si pueden realizar o no salidas de la unidad.

Tener un mayor control e información sobre lo que sucede en planta y a cada paciente en tiempo real y de forma constantemente actualizada influye de manera directa en la prevención de conflictos y en la reducción de medidas coercitivas. Ello genera un mejor ambiente en planta que favorece tanto la percepción y vivencia positiva de los pacientes como el trabajo de los profesionales. De esta manera, la digitalización y la recopilación de todos estos datos pueden también ayudar a prever cuándo se pueden abrir las puertas de una unidad de agudos.

Beneficios de la digitalización en una unidad de psiquiatría

Como venimos apuntando, los *softwares* de gestión de pacientes permiten una supervisión más eficaz y menos intrusiva para las personas, lo que influye en la necesidad de utilizar medidas coercitivas como restricciones físicas, medicación involuntaria o aislamiento. Estas medidas de contención mecánica generan niveles de estrés y de desgaste más elevados tanto en el paciente como en el profesional, afectando al ambiente en planta y a la propia recuperación y evolución de las personas a lo largo de su ingreso en la unidad.

Tener mayor información y supervisión sobre los pacientes, poder monitorizarlos de manera individualizada y conocer con más detalle las necesidades de cada uno ofrece mayores posibilidades de prevenir conflictos y comportamientos peligrosos y de reducir las contenciones mecánicas. Asimismo, mejora la capacidad de respuesta del personal ante posibles intentos de fuga o situaciones de emergencia, lo que puede prevenir incidentes graves, mejorar la experiencia del paciente, disminuir la incidencia de episodios de violencia y reducir el riesgo de traumatización adicional para los pacientes[4]. La reducción de restricciones y medidas coercitivas puede aminorar el estrés y la ansiedad de los pacientes, y la percepción de estar en un lugar seguro pero no carcelario favorece la mejora en su estado mental y emocional. La libertad de movimiento y la posibilidad de tener interacciones sociales más naturales dentro del hospital pueden ser terapéuticas[3,4].

La implementación de aplicaciones y *softwares* de gestión de pacientes en una unidad de psiquiatría puede facilitar la comunicación entre el personal, mejorar la coordinación de la atención y permitir una respuesta rápida ante situaciones de crisis.

Un entorno más abierto, apoyado por este tipo de sistemas de seguimiento y evaluación de riesgos, mejora la relación terapéutica entre los pacientes y el personal, además de fomentar un ambiente de confianza y cooperación. Los pacientes se sienten más respetados y autónomos, lo que aumenta su sensación dignidad y respeto, algo crucial para su proceso de recuperación[3]. Las políticas de puertas abiertas facilitan una recuperación más rápida y efectiva: los pacientes se sienten más seguros y son más propensos a participar activamente en su tratamiento, alcanzando así mejores resultados de salud mental y una preparación más solvente para la reintegración en la comunidad[5,6].

Por otro lado, algunos estudios han mostrado que las estancias en hospitales con políticas de puertas abiertas tienden a ser más cortas, lo que puede deberse a un entorno más favorable para la recuperación y a una mejor gestión de las crisis, factor beneficioso tanto para los pacientes como para el sistema de salud en general[4].

Impacto en la relación terapéutica y en el trabajo de los profesionales

Además de los beneficios que un sistema de monitorización y evaluación de riesgos representa para las personas ingresadas en una unidad de agudos de psiquiatría, es sustancial su impacto en el trabajo y la experiencia del profesional sanitario.

Como hemos comentado anteriormente, una política de puertas abiertas influye positivamente en la rela-



Imagen por cortesía de Medicare System.



Foto de Marcus Luu en Pexels.

ción terapéutica entre paciente y profesional, entre los que se genera un vínculo de confianza y colaboración y unas interacciones sociales más naturales y más humanas. El hecho de poder realizar un seguimiento cercano y exhaustivo de los pacientes, sabiendo en todo momento su situación y necesidades, permite al profesional sanitario poder anticiparse a situaciones conflictivas, no tener que recurrir a medidas coercitivas y poder dedicar tiempo de mayor calidad a la supervisión y al trato con las personas. Esto acaba impactando en la seguridad, en un soporte terapéutico y una atención de mayor calidad, en mejoras relacionadas con la cooperación en el tratamiento y la adherencia a las recomendaciones terapéuticas[4]. En consecuencia, los niveles de estrés o desgaste profesional se reducen entre los trabajadores de la unidad de psiquiatría, favoreciendo los procesos y la organización del día a día.

Otro aspecto importante en el que inciden positivamente los sistemas de monitorización digitales es la comunicación, no solamente entre paciente y profesional, sino también, y especialmente, entre los propios profesionales. La digitalización permite saber en cualquier momento el estado de la planta, así como registrar la información de todo lo que haya sucedido a lo largo de un turno. De esta manera, el traspaso de información en los cambios de turno es más efectiva y exhaustiva, limitando los errores y facilitando una guía para tomar las mejores decisiones.

La digitalización proporciona datos para el análisis y la mejora continua, convirtiéndose en una herramienta tremendamente útil para el profesional: favorece la autonomía, la comunicación interna entre el personal, la coordinación de la atención y la capacidad de reacción por parte de los profesionales ante situaciones conflictivas, incidentes y eventos críticos.

Actualidad y perspectivas de futuro

En la actualidad, el interés en la aplicación de estos sistemas de monitorización y evaluación de riesgos en las unidades de hospitalización psiquiátrica es creciente, pero, en este sentido, España se halla todavía en punto muy incipiente. En otros países europeos, como, por ejemplo, Alemania, Francia o Luxemburgo, la digitalización de estos procesos está más asentada, y diversos centros hospitalarios aplican programas de seguimiento digital con el objetivo de mejorar la experiencia del paciente y la gestión dentro de las unidades psiquiátricas.

Optimización de recursos

La automatización y el uso de tecnologías avanzadas pueden optimizar el uso de recursos humanos, permitiendo que el personal se enfoque más en la atención directa y menos en tareas de vigilancia constante.

La recopilación y análisis de datos en tiempo real puede ayudar a identificar patrones y áreas de mejora, contribuyendo a una gestión más eficiente del hospital[3,7].

En este sentido, la digitalización en una unidad de psiquiatría puede ayudar a disminuir incluso la duración de las estancias, lo que repercute también a nivel económico. Por ejemplo, la recuperación más rápida y la rotación de pacientes hacen que las listas de espera se reduzcan. El hecho de poder tener más control e información puede influir también en la gestión y organización de los profesionales, que pueden ser más eficientes en sus tareas.

Por otro lado, estos sistemas pueden impactar también en el uso de medicación y reducir los gastos en este aspecto para el hospital.

A nivel estatal, es destacable la política de puertas abiertas del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona), donde desde hace ya algunos años se está desarrollando este modelo e implementando, más recientemente, sistemas digitales de monitorización en planta. Esta iniciativa puede sentar bases y recursos para que otros centros a nivel nacional puedan absorber la experiencia y la tecnología desarrollada por dicho modelo de puertas abiertas.

Para implementar estas políticas de manera efectiva, así como aplicaciones digitales para la gestión de pacientes, es esencial contar con un personal bien capacitado y con los recursos adecuados para manejar situaciones de crisis sin recurrir a la coerción. Esto incluye la formación en técnicas de desescalada y la creación de un ambiente que fomente la interacción positiva y la supervisión sin ser intrusivos[3,5].

Humanizar las políticas de puertas abiertas en hospitales psiquiátricos puede transformar significativamente la experiencia del paciente, mejorar las relaciones terapéuticas y fomentar un entorno más respetuoso y eficaz para la recuperación de las personas.

Por otro lado, el hecho de aplicar tecnologías para hacer un mejor seguimiento y mantenimiento de las plantas se puede extrapolar a otro tipo de patologías y a otro tipo de pacientes, siempre con el objetivo de mejorar el tiempo efectivo de los profesionales y reducir fricciones y tensiones dentro de los hospitales.

Para implementar estas políticas de manera efectiva, así como aplicaciones digitales para la gestión de pacientes, es esencial contar con un personal bien capacitado y con los recursos adecuados para manejar situaciones de crisis sin recurrir a la coerción.

La digitalización y el seguimiento más exhaustivo de múltiples factores que acontecen en una unidad de hospitalización psiquiátrica requieren mayor investigación y validación, también a nivel legislativo, ya que son diversas las experiencias que demuestran una disminución de la tensión en el profesional y en la relación terapéutica con las personas ingresadas en planta. En este sentido, es importante que los propios profesionales tomen conciencia de la efectividad de estos sistemas e impulsen la palanca de cambio.

Un seguimiento detallado y una evaluación más amplia y detallada de los pacientes redundan en una mejora del ambiente de la unidad y la satisfacción de los propios pacientes, ayudando a su recuperación y reintegración, así como posibilitando la prevención de situaciones conflictivas y la reducción de medidas coercitivas.

Referencias bibliográficas

1. Efkemann, S.A., Bernard, J., Kalagi, J., ... & Otte, I. (2019). Ward Atmosphere and Patient Satisfaction in Psychiatric Hospitals With Different Ward Settings and Door Policies. Results From a Mixed Methods Study. Front Psychiatry, 10, 576.

2. Huber, C.G., Schneeberger, A.R., Kowalinski, E., ... & Lang, U.E. (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. Lancet Psychiatry 3(9), 842-9.

3. Kalagi, J., Otte, I., Vollmann, J., Juckel. G., & Gather, J. (2018). Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study. BMC Psychiatry, 18(1), 304.

4. Indregard, A.R., Nussle, H.M., Hagen, M., ... & Kunøe, N. (2024). Open-door policy versus treatment-as-usual in urban psychiatric inpatient wards: a pragmatic, randomised controlled, non-inferiority trial in Norway. Lancet Psychiatry, 11(5), 330-338.

5. Schreiber, L.K., Metzger, F.G., Flammer, E., … & Steinert, T. (2022). Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. BMC Health Serv Res, 22(1), 941.

6. Kunøe, N., Nussle, H.M., Indregard, A.M. (2022). Protocol for the Lovisenberg Open Acute Door Study (LOADS): a pragmatic randomised controlled trial to compare safety and coercion between open-door policy and usual-care services in acute psychiatric inpatients. BMJ Open, 12(2), e058501.

7. Gooding, P. Open Door Policy. En: ompendium report: Good practices in the Council of Europe to promote Voluntary Measures in Mental Health Services. Council of Europe, 2021. Disponible en: https://www.coe.int/en/web/bioethics/hospital-based-initiatives/-/highest_rated_assets/2fqlxqVUZDqT/content/-open-door-policy-germany-switzerland-and-elsewhere

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com
Para contactar directamente con el autor:
Adrián Dorado Garrido
adrian.dorado@qualud.com

Predictores de contención y agitación psicomotriz: abordaje en urgencias psiquiátricas

Alba Toll Privat

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP)

Institut de Recerca Germans Trias i Pujol (IGTP)

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

Centro de Investigación Biomédica en Red, Área de Salud Mental (CIBERSAM)



En el ámbito de la psiquiatría, la contención mecánica sigue siendo una práctica común en unidades de cuidados agudos, a pesar de los esfuerzos significativos por reducir su uso. Este procedimiento, que implica la inmovilización de una persona mediante dispositivos mecánicos, es altamente controvertido debido a sus implicaciones éticas, legales y clínicas. En este artículo se abordan los factores que predicen la necesidad de contención, la agitación psicomotriz como fenómeno clínico y las estrategias efectivas para su manejo en entornos de urgencias psiquiátricas.

Predictores de contención mecánica

La revisión de diversos estudios[1-3] indica que existen varios factores capaces de predecir la necesidad de contención mecánica en pacientes psiquiátricos agudos. Entre estos factores destacan los siguientes:

- **Diagnóstico de trastorno psicótico:** el diagnóstico de un trastorno psicótico es uno de los predictores más significativos para la utilización de contención mecánica. Los pacientes con trastornos como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar en fase maníaca tienen una mayor probabilidad de presentar comportamientos que requieran intervenciones de contención. Estos trastornos a menudo se asocian con síntomas de agitación extrema y riesgo de autoagresión o heteroagresión, lo que justifica el uso de medidas de restricción en situaciones de emergencia para proteger al paciente y al personal de salud.
- **Barreras de comunicación**: la presencia de barreras de comunicación, como las diferencias de idioma entre el paciente y el personal sanitario, también se ha identificado como un predictor importante. Las dificultades en la comunicación pueden exacerbar la desorientación y la frustración del paciente, aumentando así la probabilidad de comportamientos agitados que lleven a la necesidad de contención mecánica. La incomprensión mutua puede dificul-

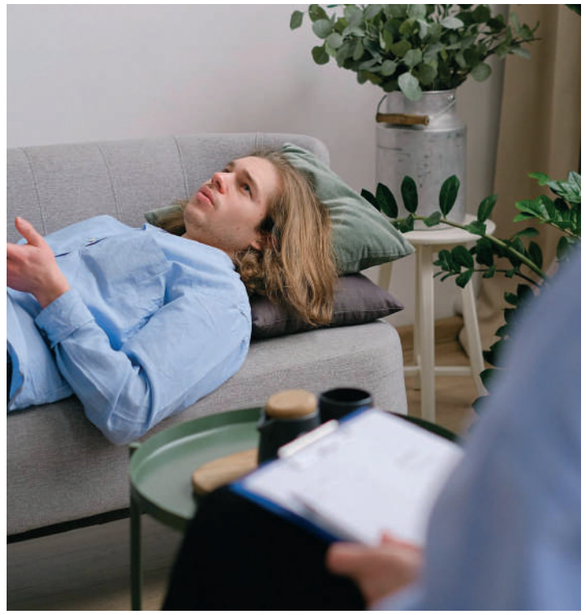


Foto de SHVETS production en Pexels.

tar la implementación de intervenciones menos restrictivas y aumentar la dependencia de métodos más coercitivos.

- **Sexo masculino**: el sexo masculino se asocia con una mayor duración de los episodios de contención mecánica. Los estudios sugieren que los varones son más propensos a presentar comportamientos violentos o disruptivos en comparación con las mujeres, lo que podría explicar esta diferencia en la duración de la contención. Además, las diferencias de género en la percepción y manejo de la agresividad pueden influir en la decisión de prolongar el uso de la contención mecánica en varones.

Agitación psicomotriz en urgencias psiquiátricas

La agitación psicomotriz es un estado de actividad motora excesiva y desorganizada que, con relativa frecuencia, se presenta en pacientes con trastornos psiquiátricos agudos. Este fenómeno puede manifestarse de muchas formas, desde una simple inquietud y un estado de nerviosismo hasta episodios de irritabilidad intensa y, en casos más extremos, agresión física. Por ejemplo, en algunos casos llegan a las urgencias de psiquiatría pacientes con un estado de elevada agitación y con un comportamiento descontrolado que no solo ponen en riesgo su propia seguridad, sino también la del personal sanitario y la de otros pacientes. En esos momentos, la tensión en el ambiente es palpable y cualquier movimiento en falso podría desencadenar una situación aún más grave.

Por eso, una situación de agitación psicomotriz supone un desafío crítico en entornos como las urgencias psiquiátricas (que suelen ser espacios no muy amplios y cerrados, donde a veces se encuentran juntos muchos pacientes), ya que requiere una respuesta inmediata y efectiva. No se trata solo de calmar al paciente, sino de hacerlo de una manera que garantice la seguridad de todos. Así pues, se necesita una combinación de habilidades técnicas y empatía para manejar estas situaciones. A veces, una voz calmada y firme puede ser suficiente para tranquilizar al paciente. Otras veces, se requiere la intervención de varios miembros del equipo para controlar físicamente al individuo y evitar daños mayores.

> Los estudios de neuroimagen nos pueden ayudar a identificar patrones cerebrales asociados con la agitación y así poder diseñar intervenciones más precisas.

Atendiendo a lo dicho, es muy importante tener una preparación adecuada y trabajar en equipo. Cada miembro del personal debe estar entrenado no solo en técnicas de contención física, sino también en estrategias de desescalada verbal, además de ser capaz de mantener la calma bajo presión. La agitación psicomotriz no solo es un desafío físico, sino también un recordatorio constante de la fragilidad y complejidad de la mente humana.

Podríamos decir que la agitación psicomotriz es más que una mera serie de movimientos descontrolados: es una manifestación externa de un tormento interno profundo y, como profesionales de la salud, nuestra misión es proporcionar un entorno seguro y comprensivo que permita al paciente superar este episodio crítico con dignidad y el menor sufrimiento posible.

Factores desencadenantes

Los desencadenantes de la agitación psicomotriz pueden ser diversos y multifactoriales. Entre los factores más comunes se incluyen:

- **Estrés ambiental**: las condiciones estresantes del entorno hospitalario, como el ruido excesivo, la falta de privacidad y la sobrecarga sensorial, pueden precipitar episodios de agitación.
- **Interacciones sociales**: las interacciones conflictivas con el personal sanitario o con otros pacientes pueden contribuir a la agitación.
- **Descompensación de la enfermedad mental**: la exacerbación de los síntomas de la enfermedad mental subyacente, como las alucinaciones, los delirios o la paranoia, es un desencadenante común.
- **Abstinencia de sustancias:** los pacientes que experimentan síntomas de abstinencia de alcohol o drogas pueden mostrar signos de agitación psicomotriz.

Abordaje de la agitación psicomotriz en urgencias

La agitación psicomotriz es una emergencia psiquiátrica que puede presentarse de manera súbita e intensa, generando un desafío significativo tanto para el paciente como para el equipo de salud. Por lo tanto, un manejo eficaz de esta condición requiere no solo de conocimientos técnicos, sino también de empatía y habilidades interpersonales que permitan conectar con el paciente en momentos de crisis. Así pues, la agitación psicomotriz no puede abordarse desde una sola perspectiva. Es fundamental contar con un equipo multidisciplinario formado por diferentes profesionales (psiquiatras, enfermeros…) y en el cual cada uno aporta una pieza esencial para poder desarrollar un plan de intervención integral que combine estrategias farmacológicas y no farmacológicas[4].

Intervenciones farmacológicas

El uso de medicamentos es una estrategia común para controlar la agitación psicomotriz. Los fármacos más utilizados incluyen antipsicóticos y benzodiacepinas. La elección del medicamento depende de varios factores, como el diagnóstico subyacente, la historia clínica del paciente y la urgencia de la situación. Entre los fármacos más empleados destacan:

- **Antipsicóticos**: los antipsicóticos de segunda generación, como la olanzapina y la risperidona, son efectivos para reducir la agitación en pacientes con trastornos psicóticos. Actúan bloqueando los receptores de dopamina en el cerebro, lo que ayuda a controlar los síntomas psicóticos y la agitación.
- **Benzodiacepinas**: estos fármacos, como el lorazepam y el diazepam, son útiles para manejar la agitación debido a su efecto sedante. Aumentan la actividad del neurotransmisor GABA, lo que induce un efecto calmante.

Intervenciones no farmacológicas

Las intervenciones no farmacológicas son igualmente cruciales para el manejo de la agitación psicomotriz. Entre tales estrategias se incluyen:

- **Desescalada verbal**: las técnicas de comunicación efectiva y la intervención verbal pueden ayudar a reducir la agitación. Esto implica escuchar al paciente de manera activa, validar sus emociones y establecer una relación de confianza.
- **Modificación del entorno**: ajustar el entorno para reducir los estímulos estresantes puede ser beneficioso. Esto incluye crear un ambiente tranquilo, reducir el ruido y proporcionar un espacio seguro para el paciente.
- **Intervenciones terapéuticas**: la implementación de terapias ocupacionales y recreativas puede ayudar a canalizar la energía del paciente de manera constructiva y reducir la agitación.

Además de todo esto, en estas situaciones no debemos olvidar la importancia de la empatía. En momentos de crisis, los pacientes a menudo se sienten aterrorizados, desorientados y desconectados de la realidad. Tener presente que pueden sentirse así y abordarlos con compasión puede marcar una gran diferencia. Por esto, es crucial intentar ponerse en el lugar del paciente, considerando sus miedos y angustias, brindándole un trato humano y respetuoso.

Estrategias para reducir el uso de contención mecánica

La reducción del uso de la contención mecánica en unidades psiquiátricas es un objetivo primordial, debido a los riesgos asociados con esta práctica. En este sentido, la implementación de estrategias basadas en neurociencia y la personalización de las intervencio-



Foto de Timur Weber en Pexels.

nes pueden ser fundamentales para reducir la necesidad de estas medidas extremas.

Uno de los factores que a menudo contribuyen a la agitación psicomotriz es la sobreestimulación sensorial. Los entornos de urgencias pueden ser ruidosos, iluminados de manera intensa y caóticos, todo lo cual puede exacerbar el estrés y la ansiedad en los pacientes psiquiátricos. La investigación en neurociencias ha demostrado que la sobreestimulación puede activar respuestas de lucha o huida, incrementando la agitación[5].

Además, la investigación en neurociencias es crucial para desarrollar y validar nuevas estrategias que puedan reemplazar la contención mecánica. Por ejemplo, los estudios de neuroimagen nos pueden ayudar a identificar patrones cerebrales asociados con la agitación y así poder diseñar intervenciones más precisas. La identificación de biomarcadores que predigan la respuesta al estrés y la agitación también podría permitir una intervención más temprana y personalizada en estas situaciones[6].

Para abordar estas necesidades, se han delineado estrategias efectivas que pueden implementarse:

- **Capacitación del personal**: la formación continua del personal en técnicas de manejo de crisis y desescalada es esencial. La capacitación debe enfocarse en habilidades de comunicación, intervención temprana y manejo de situaciones de alta tensión sin recurrir a la contención mecánica. Además, la educación sobre los riesgos y las consecuencias de la contención mecánica puede fomentar un enfoque más reflexivo y menos coercitivo.

- **Protocolos institucionales**: el desarrollo y la implementación de protocolos claros y estandarizados para el manejo de la agitación y la contención pueden reducir la dependencia de la contención mecánica. Estos protocolos deben incluir criterios estrictos para su uso, procedimientos para la monitorización continua y la revisión regular de cada caso de contención.

- **Intervenciones alternativas**: promover el uso de intervenciones alternativas a la contención mecánica es crucial. Algunas alternativas son:

    - **Habitaciones sensoriales**: habitaciones diseñadas para proporcionar estimulación sensorial controlada (con iluminación suave, sonidos relajantes o música terapéutica, materiales sensoriales calmantes como mantas pesadas o cojines de compresión) pueden ayudar a calmar a los pacientes agitados[7].

    - **Terapias de relajación**: técnicas como la respiración profunda, la meditación y el yoga pueden ser útiles para reducir la agitación.

    - **Enfoques terapéuticos personalizados**: desarrollar planes de cuidado individualizados basados en las necesidades y preferencias del paciente puede reducir la necesidad de medidas coercitivas.

Al integrar estas estrategias en el cuidado psiquiátrico, podemos avanzar hacia un enfoque más humano y efectivo, priorizando la seguridad y el bienestar de los pacientes.

Conclusiones

La contención mecánica sigue siendo una práctica prevalente en las unidades de cuidados agudos psiquiátricos, aunque su uso está asociado con múltiples desafíos éticos, legales y clínicos. Comprender los factores que predicen la necesidad de contención, como los trastornos psicóticos, las barreras de comunicación y el sexo masculino, es crucial para desarrollar estrategias efectivas de manejo.

El manejo de la agitación psicomotriz en entornos de urgencias psiquiátricas requiere un enfoque integral que combine intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La capacitación del personal, la implementación de protocolos estandarizados y la promoción de alternativas a la contención mecánica son esenciales para reducir la dependencia de esta práctica y mejorar la calidad de la atención en salud mental.

> Es fundamental contar con un equipo multidisciplinario formado por diferentes profesionales (psiquiatras, enfermeros…) y en el cual cada uno aporta una pieza esencial para poder desarrollar un plan de intervención integral que combine estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

Además, está claro que cada vez se busca en este campo un enfoque más holístico y centrado en el paciente. En este sentido, se están explorando y desarrollando alternativas que priorizan la prevención y la intervención temprana, así como la personalización de los tratamientos. Por ejemplo, se están implementando modelos de atención como el de "Puertas Abiertas", que enfatizan la inclusión de los pacientes en el proceso de toma de decisiones y promueven un entorno menos restrictivo. Además, los avances realizados en la investigación en neurociencia nos están proporcionando una comprensión más profunda de los mecanismos subyacentes a la agitación psicomotriz, lo que permitirá ir desarrollando intervenciones cada vez más precisas y personalizadas. En última instancia, como ya se ha comentado, todo apunta hacia un cambio de paradigma, donde la contención mecánica se considere como último recurso y en el cual se promueva una cultura de cuidado que respete la dignidad y la autonomía de los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. El-Abidi, K., Moreno-Poyato, A.R., Toll Privat, A., … & Mané, A. (2021). Determinants of mechanical restraint in an acute psychiatric care unit. World J Psychiatry, 11(10), 854-863. doi: 10.5498/wjp.v11.i10.854.

2. Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D.M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical restraint--which interventions prevent episodes of mechanical restraint? – a systematic review. Perspect Psychiatr Care, 48(2), 83-94. doi: 10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x.

3. Pedersen, M.L., Gildberg, F.A., Baker, J., & Tingleff, E.B. (2024). A systematic review of interventions to reduce mechanical restraint in adult mental health inpatient settings. Int J Ment Health Nurs, 33(3), 505-522. doi: 10.1111/inm.13267.

4. Allen, D.E., Fetzer, S., Siefken, C., Nadler-Moodie, M., & Goodman, K. (2019). Decreasing Physical Restraint in Acute Inpatient Psychiatric Hospitals: A Systematic Review. J Am Psychiatr Nurses Assoc, 25(5), 405-409. doi: 10.1177/1078390318817130.

5. Kohn, N., Eickhoff, S.B., Scheller, M., … & Habel, U. (2014). Neural network of cognitive emotion regulation—an ALE meta-analysis and MACM analysis. Neuroimage 87; 345-55. doi: 10.1016/j.neuroimage.2013.11.001.

6. Steinert, T., Hirsch, S. (2020). Neurobiological perspectives on reducing coercive measures in psychiatry. Front Psychiatry, 11, 123. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00123

7. Novak, T., Scanlan, J., McCaul, D., …& Clarke, T. (2012). The impact of sensory modulation rooms on seclusion and restraint use in psychiatric services: a pilot study. Aust N Z J Psychiatry, 46(6), 576-585. doi: 10.1177/0004867412439248.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com
Para contactar directamente con el autor:
Alba Toll Privat - atollp.germanstrias@gencat.cat

Experiencia del paciente en urgencias psiquiátricas



Encarnación Romero Díaz

Trabajadora Social,
Servicio de Psiquiatría
Hospital Germans Trias i Pujol

Para contextualizar la experiencia del paciente en urgencias psiquiátricas, es importante destacar algunos aspectos que pueden influir en su atención y en la aplicación o no de medidas coercitivas.

Una urgencia se asocia a una circunstancia sobrevenida que, sobre todo a nivel sanitario, compromete la salud o la estabilidad emocional de una persona. Más allá de esta definición objetiva y más allá de lo técnico o clínico, debemos saber valorar, digamos, la "otra cara de la moneda": cómo la persona percibe, subjetivamente, la urgencia; cómo la experimenta y en qué circunstancias se halla cuando acontece algo que para ella representa un riesgo vital o un momento que vive como urgente por la impotencia o la desesperación que le genera. En el ámbito de la psiquiatría, por ejemplo, una urgencia puede darse por numerosas circunstancias, como una separación, la pérdida de un familiar o de un trabajo, un desahucio o cualquier situación que pueda impactar emocional y socialmente a la persona.

Así, los factores que hacen que una persona acuda a urgencias psiquiátricas, por su complejidad y diversidad, son muy difíciles de cuantificar por parte de los profesionales de cara a valorar qué es una urgencia o qué situación no lo representa tanto.

Debemos tener en cuenta que un servicio de urgencias psiquiátricas no cesa su actividad en ningún momento (365 días - 24 horas) y que atiende un amplio abanico de situaciones clínicas, sociales y familiares, con lo cual hay muchísimas heterogeneidad. Para los centros hospitalarios, es complejo poder prever qué va a suceder en este tipo de servicios, por lo que el personal y los equipos de urgencias trabajan sobre la incertidumbre. Esto implica una alta capacidad de adaptación y de toma de decisiones en muy poco margen de tiempo. De cara al paciente, este ambiente de incertidumbre genera preocupación, miedo, intranquilidad o sensación de vulnerabilidad, especialmente por la falta o pérdida de control, que en estas circunstancias pasa a los profesionales sanitarios.

Hay momentos en los que la persona no sabe cuánto tiempo va a estar en una sala de espera, qué pruebas le van a hacer, si la van a ingresar o no, si le van a prescribir tratamiento y de qué tipo, etc. Física y emocionalmente, son situaciones complicadas de manejar, y no únicamente para el paciente, sino también para su entorno (familiares y allegados).

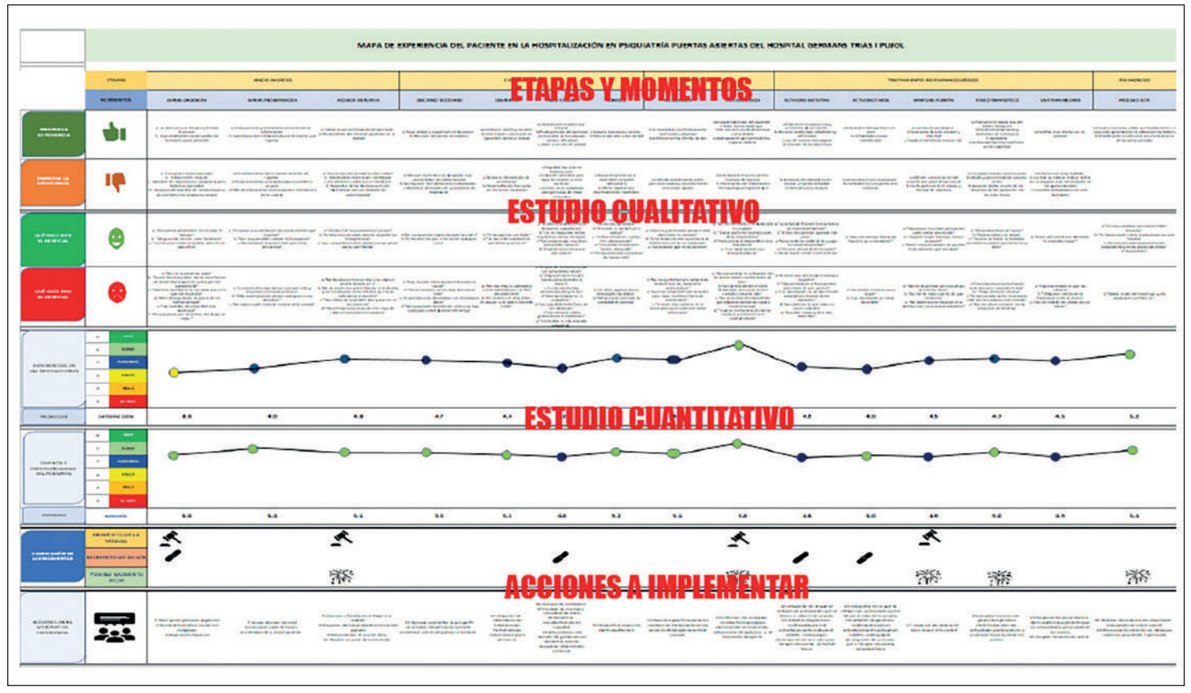
Mapa de experiencia del paciente

Como estamos viendo, la atención en urgencias psiquiátricas y el manejo de estas situaciones representa un alto nivel de complicación para los profesionales, suponiendo asimismo un desafío para el sistema sanitario. ¿Cómo poder ofrecer una atención humana, de calidad y que ponga a la persona en el centro en circunstancias tan complejas y de tan difícil abordaje? ¿Cuáles son los puntos clave para mejorar la experiencia del paciente y, paralelamente, reducir el uso de medidas coercitivas en las intervenciones urgentes de salud mental?

De entrada, necesitamos saber cómo se siente el paciente, cómo vive su paso por unas urgencias, cuál ha sido su recorrido y experiencia. En esencia, si queremos humanizar la experiencia de una estancia hospitalaria o de una intervención urgente, es fundamental contar con la opinión de las personas que pasan por dicha situación. Cuanta más información tengamos, más podremos disponer de una base sólida para realizar acciones que nos acerquen a mejorar el funcionamiento del servicio.

Una herramienta sólida y eficaz para alcanzar estos objetivos es el "Mapa de experiencia del paciente", una iniciativa que, por ejemplo, se desarrolla en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona). Se trata de una herramienta de gestión que procede del *design thinking* y que representa de manera visual cómo son las interacciones de un paciente con el medio sanitario en un proceso concreto. Este mapa permite recoger y almacenar de manera sistematizada información sobre la opinión y las experiencias de los pacientes. Es una herramienta que no se utiliza única y exclusivamente en salud mental, sino que puede ser desarrollada en cualquier procedimiento sanitario y en cualquier entorno médico.

El "Mapa de experiencia del paciente" es un sistema de monitorización del recorrido de una persona en su relación con la institución sanitaria, detallando todos los pasos y cómo se siente en cada uno de esos momentos. Podríamos decir que es un relato del camino del usuario desde su experiencia. A través de su opinión, podemos saber cómo es la interacción con los profesionales y con la institución, las emociones que se generan en el paciente, cómo ha vivido ciertas decisiones que se han tomado para su cuidado y recuperación… Todas ellas son informaciones importantes y que pueden pasar desapercibidas para el profesional en su día a día. A su vez, permiten dilucidar qué estrategias y qué acciones se pueden implementar para aprender y poder ofrecer una atención más humana y eficaz.



Mapa de experiencia del paciente en la hospitalización en el Servicio de Psiquiatría (Puertas abiertas) del Hospital Germans Trias i Pujol.

Asimismo, esta herramienta permite también poder estudiar la experiencia de los pacientes en su paso por unas urgencias de psiquiatría, dado que el "Mapa de experiencia del paciente" registra todo el recorrido de la persona, desde el momento en que se presenta en urgencias, su ingreso y su estancia en la unidad hasta que recibe el alta hospitalaria.

> El "Mapa de experiencia del paciente" es un sistema de monitorización del recorrido de una persona en su relación con la institución sanitaria, detallando todos los pasos y cómo se siente en cada uno de esos momentos.

La vivencia de los usuarios

El "Mapa de experiencia del paciente" contempla algunos objetivos específicos secundarios como definir los momentos implicados en una hospitalización de puertas abiertas, las etapas por las que transita el paciente desde urgencias hasta el alta o la identificación de los profesionales sanitarios implicados en cada uno de los momentos.

Otro objetivo se centra en registrar las opiniones de los usuarios de una manera categorizada en una escala del 1 al 6. Es decir, esta herramienta valora la experiencia del paciente no solo desde lo cualitativo, sino también desde lo cuantitativo. Se trata de documentar aquellas acciones que no aportan valor y que son prescindibles para mejorar la dinámica de la unidad. Así, no solo se enfoca a establecer nuevas iniciativas, sino también a prescindir de aquello que no es útil. Por último, esta herramienta plasma de manera visual los diferentes momentos de la experiencia del paciente para así poder facilitar su comprensión y su difusión.

En el Hospital Germans Trias i Pujol, en una primera fase del "Mapa de experiencia del paciente", se registran las opiniones de los pacientes en su paso por urgencias y al inicio de su ingreso. Para ello, se crean unos grupos focales con distintos usuarios en los que se pregunta qué hace "bien" el hospital y qué hace "mal" el hospital. Esta información se recoge de manera literal y, posteriormente, a medida que se van repitiendo las mismas ideas, se transcribe en un apartado referido a qué es lo que mejora la experiencia y en otro que indica qué es lo que empeora la experiencia.

A modo de ejemplo, y en datos facilitados por el Hospital Germans Trias i Pujol, entre las respuestas dadas sobre lo que hacía "bien" el hospital en el servicio de urgencias, los usuarios valoraron positivamente el hecho de que "estuvieron pendientes de mí todo el tiempo", "me permitieron ver a mis familiares, aunque poco tiempo" o "la estructura está muy bien, pero es un poco fría".



Imagen por cortesía de Medicare System.

Entre las opiniones más negativas, se destacó: "no se me informó dónde iba a ingresar; creía que me quedaría allí", "estuve esperando muchas horas", "sentí mucha incertidumbre, no sabía qué era lo que me esperaba", "me habría gustado disponer de mi teléfono móvil" o "había personas agresivas, recuerdo insultos". Otros aspectos que suelen registrarse como factores a mejorar son la falta de información sobre los profesionales que atienden al paciente o la falta de contacto con el exterior.

Todas estas opiniones son útiles para valorar, desde los centros hospitalarios, los servicios de urgencias, y desde los profesionales mismos, qué aspectos deben compensarse para mejorar la experiencia del paciente y poder ofrecer una atención de mayor calidad. La clave está, en este sentido, en informar al paciente, hacerlo conocedor en la medida de lo posible de lo que le está sucediendo y tener en cuenta de manera prioritaria sus opiniones y vivencias.

Prevenir el uso de medidas coercitivas

¿Qué detalles o iniciativas podrían, de manera concreta, mejorar la experiencia de los usuarios en un servicio de urgencias psiquiátricas y en una unidad de agudos?

Como decíamos, es fundamental mantener al paciente informado. Atender al usuario durante la espera en urgencias, explicarle de qué va a depender su hospitalización, los acontecimientos que pueden demorar su tiempo en el servicio (analíticas, tiempo de observación…), informarle sobre los diferentes profesionales que van a atenderlo (psicólogos, trabajadores sociales, enfermería…), mostrarle espacios o imágenes de las habitaciones, ofrecer una propuesta de actividades, explicar cómo es el régimen de visitas, tranquilizarlo sobre el contacto con el exterior o el uso del teléfono móvil…

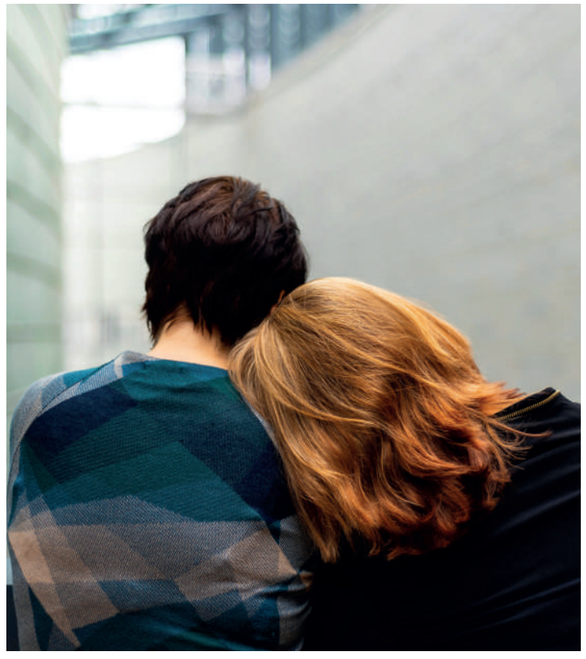


Foto de Transly Translation Agency en Unspash.

De esta manera, la persona puede enfrentar la incertidumbre de estar en unas urgencias psiquiátricas con una mayor tranquilidad y teniendo algo más de información sobre lo que puede sobrevenir en caso de ser ingresada, pudiéndose hacer una idea más real de lo que significa una hospitalización en una unidad de psiquiatría.

> Para los centros hospitalarios, es complejo poder prever qué va a suceder en este tipo de servicios, por lo que el personal y los equipos de urgencias trabajan sobre la incertidumbre. Esto implica una alta capacidad de adaptación y de toma de decisiones en muy poco margen de tiempo.

Este tipo de atención centrada en la experiencia del paciente conlleva una mejora sustancial en el ambiente terapéutico y en la relación con los profesionales. Indefectiblemente, esto influye de manera positiva en el uso de medidas coercitivas, ya que se están promoviendo unos cuidados basados en los derechos de las personas, en el respeto y en la toma de decisiones compartidas.

Asimismo, herramientas como el "Mapa de experiencia del paciente" implican poder disponer de informaciones que serán útiles a la hora de tratar al usuario desde una perspectiva más humana, pudiendo de esta manera evitar el uso de contenciones mecánicas, farmacológicas o ambientales.

Planificar para prevenir. Saber qué quiere y cuáles son las sensaciones de un paciente permite establecer un plan de decisiones anticipadas y compartidas. Es decir, desarrollar un programa de prevención con la participación de los usuarios, estableciendo una hoja de ruta para manejar adecuadamente situaciones de crisis e intervenciones urgentes.

Hablamos de desarrollar más herramientas para incluir a los pacientes en la toma de decisiones en relación con la aceptación del ingreso o de acuerdos sobre de su tratamiento. Si bien es cierto que no siempre es posible en situaciones de crisis, en la medida de lo posible es fundamental implicar al paciente en todo el proceso, así como a sus familiares o a su entorno más cercano.

Por otro lado, en la planificación de un servicio de urgencias psiquiátricas debemos tener en cuenta el hecho de disponer de espacios adecuados y, en general, más amables. Espacios que se adapten a los biorritmos de los pacientes y que permitan manejar situaciones de crisis a nivel individual y según su gravedad. Puede haber personas que necesiten más intimidad o salas más acogedoras. Un entorno bien diseñado en este sentido puede ayudar a reducir las contenciones ambientales o los aislamientos, priorizando las necesidades de cada usuario y pudiendo individualizar la atención.

Otra iniciativa que, como ya hemos apuntado, puede mejorar la experiencia es poder ofrecer propuestas terapéuticas, ya sean ocupacionales, psicológicas, psicoeducativas, físicas o actividades grupales. Contemplar propuestas de este tipo adaptadas a las urgencias puede favorecer una estancia y una espera más amable para los usuarios.

Capacitación y dotación de profesionales

Es evidente que, ante todos los retos que estamos planteando a lo largo de este artículo, se necesita un personal preparado y formado para acompañar a las personas en urgencias y en psiquiatría en general. Debemos capacitar a los profesionales en técnicas de comunicación, de desescalada y de escucha activa.

Sin embargo, no solo es una cuestión de capacitación, sino también de dotación. En múltiples ocasiones, una atención de calidad requiere, además de un personal bien formado, de la presencia de mayor número de profesionales en los servicios.

Para reducir las medidas coercitivas en situaciones de crisis debemos tener equipos terapéuticos formados y preparados para intervenir en dichas circunstancias.

Escuchar a las personas para reforzar un nuevo modelo

Para concluir, cabe mencionar la necesidad de convicción por parte de todos los actores implicados en la atención en salud mental, desde lo político y las instituciones, pasando por los centros hospitalarios y los propios profesionales, que debemos ser creativos y proactivos para pensar en nuevas formas y nuevos modelos de atención a pesar de las estructuras existentes, rompiendo inercias y buscando soluciones que centren la mirada en el paciente.

Actualmente existe ya una concienciación sobre la necesidad de ofrecer una atención más humana en salud mental. Es un tema que está a la orden del día y cada vez existen más formaciones para los profesionales, desarrollo de nuevos protocolos y más herramientas y recursos para alcanzar el objetivo de unos cuidados centrados en la persona y en la toma de decisiones compartida.

Es clave escuchar a los usuarios, conocer su opinión y recabar información para identificar acciones de mejora que provengan de la complicidad que se establece con los pacientes al hacerlos partícipes del desarrollo de un nuevo modelo. En este sentido, es necesario dar mayor protagonismo a la figura del paciente que ha pasado por unas urgencias psiquiátricas o por una estancia en una unidad de hospitalización. La experiencia de estas personas y de asociaciones de pacientes puede ayudar en mucho a transformar los servicios y su funcionamiento en salud mental, así como fortalecer un cambio de paradigma centrado en la mejora del clima terapéutico y la reducción las medidas restrictivas.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com
Para contactar directamente con la autora:
Encarnación Romero Díaz
eromerodi.germanstrias@gencat.cat


WE
MIND
Cluster


dendrite
Knowledge Multiplied