

LA SENSIBLE LÍNEA DEL DESBORDAMIENTO PSICOEMOCIONAL DE LOS FAMILIARES ANTE EL 1^{er}. INGRESO INVOLUNTARIO: VALORACIÓN FORENSE Y PERICIAL.

Autores:

Dr. Bernat-N. Tiffon.

Profesor de Psicología Jurídica en la Universitat Abat Oliba CEU.

Miembro del Consejo Europeo Superior de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC).

Membre de la Associació Catalana de Pèrits Judicials i Forenses de la Administració de Justícia.

1. Resumen:

El proceder a un ingreso involuntario siempre supone un proceso desestructurante en la unidad familiar y se suceden un sinnúmero de emociones negativas en el seno de los familiares que han de proceder a una privación de libertad por razón de salud mental. En el presente artículo se revisa el proceso legal de ingreso involuntario (urgente y ordinario) pero se aborda una cuestión poco abordada: las reacciones psicoemocionales de los familiares ante una situación afectivamente desagradable. De por sí, el convivir con un familiar que adolece de una disfunción mental ya es experimentado como una situación adversa (y ya no tan solo por el propio paciente que lo vive y lo adolece). No obstante, cuando se trata de cruzar la fina delgada línea de tener que asumir la arriesgada decisión de verse obligado a ingresar en un centro psiquiátrico en contra de la voluntad del ser querido, siempre surge la parte afectivo-emocional y la confusión que se deriva del *cocktail de sentimientos* que se manifiestan de manera virulenta, pudiendo tener riesgo de afectar en las relaciones interpersonales en el resto de los familiares. Es en estos momentos, en los que los familiares han de otorgar el beneficio de la confianza total en los profesionales sanitarios públicos (y consiguientemente, en los operadores jurídicos), quienes salvaguardarán los intereses del ingresado en contra de su voluntad y protegerán, tanto su propia integridad como la del resto de personas de su entorno.

2. Hospitalización psiquiátrica involuntaria.

Antes de abordar el objeto del motivo del título, se hace necesario ahondar sobre aspectos relacionados con la hospitalización psiquiátrica involuntaria.

El trastorno psíquico-mental grave puede producir, en ocasiones, limitaciones más o menos temporales e importantes en la capacidad para tomar decisiones de manera autónoma e independiente.

Este es el argumento y la condición desde donde pensar la eventualidad de proceder a realizar un ingreso involuntario: es decir, cuando la persona, por la afectación a cualquier nivel del proceso de toma de decisiones y/o con

pérdida total de contacto con la realidad que le envuelve (con presencia de delirios y/o alucinaciones propias de las fenomenologías de gravedad sintomatológica de base psicótica-esquizofrénica), no es capaz de tomar la que resulte más favorable a sus intereses y valores, por lo que le coloca en una situación de vulnerabilidad, fragilidad social y riesgo. Se trata pues, de un sistema de garantías en la que el juez asegura la pertinencia de las decisiones de los profesionales y las condiciones jurídico-legales en las que se produce el ingreso (Moreno y Desviat, 2012)¹. La posibilidad de proceder a un ingreso involuntario por razones de pérdida de la salud mental está recogida en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil:

Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

- 1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.
En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.*
- 2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.*
- 3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.*
- 4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.
Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.*

De este modo, dicho ingreso hospitalario presenta 2 modalidades: la urgente y la ordinaria (no urgente)²:

¹ Moreno, A. y Desviat, M. (2012). "4.7. Unidades de hospitalización en hospital general". En Moreno, A. y Desviat, M. (2012). "Acciones de Salud Mental en la Comunidad". Ponencia al XXV Congreso de Salud Mental AEN. Tenerife, 6-9 Junio 2012 Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2012.

² "Criterios de actuación en intervenciones médico-legales en psiquiatría" (2002), criterios de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús — Benito Menni. Complejo Asistencia en Salud Mental (Sant Boi de Llobregat, Barcelona).

A. **Urgente:** El ingreso urgente se efectúa bajo la responsabilidad del médico, que es el que valora la situación y no precisa autorización judicial previa. El centro tiene que comunicar el ingreso en el plazo de 24 horas al Juzgado correspondiente del domicilio de este Centro Psiquiátrico, Juzgado que autorizará o denegará el internamiento en el plazo de 72 horas (según Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

A estos efectos, la unidad debe tener protocolizado el ingreso y disponer del registro escrito de:

A.1. Consentimiento voluntario de ingreso. El registro de alta voluntaria suele ser común al resto del hospital.

A.2. Comunicación al juzgado de ingreso involuntario urgente. Según la organización de cada zona, la comunicación se hace al juzgado de instrucción que se ocupa de los internamientos o al juzgado de guardia y, en cualquier caso, siempre será dentro de las 24 horas siguientes al ingreso.

A.3. En ocasiones se produce la ruptura de un internamiento no voluntario cuando el paciente con este tipo de ingreso abandona el recinto hospitalario de forma unilateral. En esta situación se da cuenta a los Cuerpos de Seguridad del Estado y al Juzgado. Estas comunicaciones también suelen estar protocolizadas y quedar registro escrito de las mismas.

B. **Ordinaria (no urgente):** Ordinario es el que se efectúa con una autorización judicial previa, fundamentada de un informe de médico forense y en una exploración judicial. En este caso no existe la obligación de comunicar al Juzgado el ingreso pues este ya ha dado su autorización.

Hay que señalar que, quien decide en última instancia el ingreso, es siempre el Médico Psiquiatra —incluso en casos de Autorización Judicial—, ya sea o no el ingreso urgente.

Asimismo, y derivado del Código Penal, existen sistemas dualistas y medidas de seguridad postdelictuales con relación a conductas delictivo-criminológicas. No obstante, en el presente artículo nos centraremos a la hospitalización psiquiátrica involuntaria perteneciente a población normalizada y dejando las del ámbito criminal para otro artículo más específico para la ocasión.

3. Actuación profesional de la restricción del paciente agitado.

Habitualmente, son los primeros episodios de fenomenología psicótica los que aparecen en los servicios de salud mental y que requieren —de manera forzosa y traumática— de un ingreso involuntario, y del que requiere altas dosis de medicación sedativa para su tratamiento y, si es necesario, el uso de

medidas de contención mecánica de las que no son deseables de aplicar en 1ª instancia (Vallina, O.; Lemos, S.; Fernández, P., 2012)³.

Aunque a fechas de hoy nos pudiera originar una amarga sensación de extrañeza el aplicar el uso de la fuerza humana para reducir al paciente agitado y, posterior aplicación del uso de contención mecánica; no obstante, las primeras referencias al uso de la restricción física nos llevan hasta la Grecia Clásica, donde algunos textos, como el *Corpus Hippocraticum*, hablan de "oediversas terapias que incluían la contención mediante cadenas de aquellos que podían representar un peligro para sí mismos o para los demás" (Haw, 2009)⁴.

Tras muchos siglos de (costosa) evolución médica y psiquiátrica, se usa el término de *restricción* como "el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar sus actividades físicas y de protegerlos de las lesiones que pudiera infligirse a sí mismo o a otros" (Ramos, 1999)⁵. En esta definición de restricción no contempla los procedimientos de sujeción terapéuticos, tales como la sujeción del cuerpo (o partes de él) en intervenciones quirúrgicas o en algunos métodos diagnósticos, la inmovilización del miembro superior para facilitar el acceso a una vía venosa, etc.

Asimismo, hay que señalar que la aplicación de las técnicas de restricción (sujeción) están extendidas por prácticamente en todo el mundo (Huf et al., 2011)⁶. Y, lo que queda meridianamente claro, patente y evidente es que la restricción física es una medida terapéutica utilizada para controlar pacientes agitados que presentan un riesgo de lesión para ellos mismos o para terceras personas Y será el Médico Psiquiatra el profesional que ostenta la máxima responsabilidad de la restricción, y el que tiene la capacidad de decidir en caso de disparidad de criterios. El facultativo deberá plasmar por escrito la orden médica, ya sea previa o posteriormente a la realización de esta. Y en

³ Vallina, O.; Lemos, S.; Fernández, P. (2012). "La atención al primer episodio psicótico (1). Detección temprana". En Desviat, M.; Moreno, A. (2012). "Acciones de Salud Mental en la Comunidad". Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios / 47. Madrid. (fuente extraída el 12.10.2018: <file:///C:/Users/bntif/Downloads/Laatencionalprimerepisodiopsicotico12.pdf>).

⁴ Haw C. Historical perspectives on restraint. En: Hughes R, editor. Reducing restraints in health and social care: practice and policy perspectives. Londres: Quay Books; 2009, pp. 5-19. En Fernández Rodríguez, Ángela, & Zabala Blanco, Jaime. (2014). "Restricción física: revisión y reflexión ética". *Gerokomos*, 25(2), 63-67. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003> (fuente extraída el 12.10.2018).

⁵ Ramos Brieva JA. Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento. Barcelona: Masson; 1999. En Fernández Rodríguez, Ángela, & Zabala Blanco, Jaime. (2014). "Restricción física: revisión y reflexión ética". *Gerokomos*, 25(2), 63-67. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003> (fuente extraída el 12.10.2018).

⁶ Huf G, Coutinho ES, Ferreira MA, Ferreira S, Mello F, Adams CE; TREC-SAVE Collaborative group. TREC-SAVE: a randomised trial comparing mechanical restraints with use of seclusion for aggressive or violent seriously mentally ill people: study protocol for a randomised control trial. *Trials* 2011; 12: 180. En Fernández Rodríguez, Ángela, & Zabala Blanco, Jaime. (2014). "Restricción física: revisión y reflexión ética". *Gerokomos*, 25(2), 63-67. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003> (fuente extraída el 12.10.2018).

caso de estar presente durante el acto propio de la reducción física y la restricción del paciente, será él quien la coordine (Fernández y Zabala, 2014)⁷.

Para proceder a la actuación restrictiva del paciente agitado, los profesionales han de tener suficientes conocimientos como para poder saber (y apreciar) el manejo del enfermo mental en dicho estado conductual potencialmente hostil (autoagresivo y/o heteroagresivo). De este modo, los servicios sanitarios han de saber reducir al paciente agitado aplicando restricciones físicas a las mínimas e inevitables (Fernández y Zabala, 2014)⁸.

En este sentido, se entiende por agitación psicomotriz un síndrome donde se engloban los trastornos de la conducta motora y se caracteriza por una hiperactividad que conduce a la realización de conductas improductivas, no finalistas y repetitivas en respuesta a una tensión interna (Balanzá, Tabarés y Leal, 1999; Day, 1999; DSM-IV, 1997; Hales, Yudofsky y Talbott, 1996; Santiago, Torralba, Campillos, Peregrina, Merodio, 2008; Megías-Lizancos, y cols., 2016)^{9,10,11,12,13,14}.

Es importante distinguir que la agitación es un síntoma psiquiátrico que se expresa en forma de inquietud, nerviosismo e hiperactividad; mientras que la violencia se circunscribe en el campo de la conducta humana y denota una planificación y/o una intencionalidad de la conducta agresiva. La agitación psicomotriz no es una enfermedad (o trastorno en sí mismo), sino una

⁷ Fernández Rodríguez, Ángela, & Zabala Blanco, Jaime. (2014). "Restricción física: revisión y reflexión ética". *Gerokomos*, 25(2), 63-67. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003> (fuente extraída el 12.10.2018).

⁸ Fernández Rodríguez, Ángela, & Zabala Blanco, Jaime. (2014). "Restricción física: revisión y reflexión ética". *Gerokomos*, 25(2), 63-67. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003> (fuente extraída el 12.10.2018).

⁹ Balanzá V, Tabarés R, Leal C. Protocolo terapéutico de los estados de agitación. *Medicine* 1999;7(109):5106-8.

¹⁰ Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *Journal of Affective Disorders* 1999; 55:89-98.

¹¹ Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1997. Cap. 779.

¹² Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de Psiquiatría. 2.ª ed. Barcelona: Ancora; 1996. Cap. 37: p. 1335-1358, 1552.

¹³ Santiago Barragán A, Torralba Ortega J, Campillos Fernández H, Peregrina Montfort D, Merodio Ruiz I. Agitación Psicomotriz en la UHPA de la CSPT: resultados, discusión y conclusiones. En: Veinticinco años cuidando contigo. Madrid: ANESM; 2008.

¹⁴ Megías-Lizancos, F.; Vila, C.; Carretero, J.; Rodríguez, M.A.; Salas, J.Mª.; Sánchez Alfonso, J.; Silva, Mª.C. (2016). "Abordaje y cuidados del paciente agitado Documento de Consenso". *Ciber Revista*. 2016. V Época. Suplemento I. - *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*. 2016. Año 1. Vol. 1 Nº.1. Pps. 2-20. Fuente extraída el 12.10.2018: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Documento-de-consenso-de-ANESMySEEUEpara-el-abordaje-y-cuidados-del-paciente-agitado-7.pdf>.

conducta, y como tal puede ser manifestación de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos (Belart, 2009; Cervera y cols., 1997; Secker y cols., 2003; Téllez y cols., 2009; Megías-Lizancos, y cols., 2016)^{15,16,17,18,19}

A la luz de lo anteriormente descrito —y a parte de los trastornos de base psicótico-esquizofrénico anteriormente reseñados—, complementando la etiología y las causas orgánicas de episodios de agitación psicomotriz del paciente, se pueden manifestar también en los siguientes cuadros psicopatológicos y orgánicos (Fernández, V.; Murcia, E.; Sinisterra, J.; Casal, C.; Gómez, M.C., 2009; Tiffon, 2008)^{20,21}:

1. Demencia (Alzheimer, Demencia vascular, secundarias a otras enfermedades como la enfermedad de Pick, VIH, etc.
2. Epilepsia, especialmente la del lóbulo temporal.
3. Consumo de drogas: cocaína, fenciclidina o polvo de ángel (“popers”), opioides, alcohol, hipnóticos, ...
4. Síndrome de abstinencia de drogas.
5. Abstinencia de alcohol, cuadro de Delirium tremens.
6. Alteraciones metabólicas y endocrinas como, hipertiroidismo, síndrome carcinoide, trastornos iónicos, Porfiria aguda intermitente.
7. Fiebre/hipertermia.
8. Hipo/Hiperglucemia.
9. Encefalopatías: anóxica, urémica, hepática, hipertensiva, ...

En todo caso y siempre que suponga un riesgo de autoagresividad, un riesgo de heteroagresividad, una pérdida o grave disminución de la autonomía personal (con incapacidad para resolver las tareas de cuidado personal más

¹⁵ Belart Bravo MJ. Urgencias psiquiátricas. Cursos de Bienestar y Salud. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-urgenciaspsiquiatricas2004>. Última consulta: 15 de diciembre de 2009.

¹⁶ Cervera S, Conde L, Espino A, Giner J, Leal C, Torres F (eds.). Manual del residente de psiquiatría. Madrid: SmithKline Beecham; 1997. Cap. 47, p. 453-9.

¹⁷ Secker J, Benson A, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S, Walker J. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003;11(2):172-83.

¹⁸ Téllez Lapeira JM, Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Pascual Pascual P, López García C. El paciente agitado. Guías Clínicas 2005;5(34). Disponible en: <http://www.fisterra.com>. Última consulta: 5 de Julio de 2009.

¹⁹ Megías-Lizancos, F.; Vila, C.; Carretero, J.; Rodríguez, M.A.; Salas, J.M^a.; Sánchez Alfonso, J.; Silva, M^a.C. (2016). “Abordaje y cuidados del paciente agitado Documento de Consenso”. Ciber Revista. 2016. V Época. Suplemento I. - Revista Española de Enfermería de Salud Mental. 2016. Año 1. Vol. 1 N^o.1. Pps. 2-20. Fuente extraída el 12.10.2018: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Documento-de-consenso-de-ANESMySEEUEpara-el-abordaje-y-cuidados-del-paciente-agitado-7.pdf>.

²⁰ Fernández, V.; Murcia, E.; Sinisterra, J.; Casal, C.; Gómez, M.C. (2009). Emergencias 2009; 21: 121-132. (Fuente extraída el 12.10.2018: https://www.researchgate.net/profile/Carmen_Angulo2/publication/28264007_Manejo_inicial_del_paciente_agitado/links/02e7e52d3b33dcfd7b000000/Manejo-inicial-del-paciente-agitado.pdf).

²¹ Tiffon, B.-N. (2008). “Manual de Consultoría en Psicología y Psicopatología Clínica, Legal, Jurídica, Criminal y Forense”. Editorial J.M. Bosch Editor. Colección Bosch Penal. Barcelona. Pág. 298.

necesarias) o una grave enfermedad mental que suponga un riesgo de agravación en caso de no ser adecuadamente tratada. En otras ocasiones, también puede ser que suponga la inviabilidad del tratamiento ambulatorio o el uso/abuso de sustancias (Planchat y Tiffon, 2009)²².

4. Fenomenología psicoemocional y reacción psicológica de los profesionales ante el ingreso involuntario de un paciente:

Las impresiones experimentadas, tanto en pacientes como en profesionales que intervienen, relatan mayoritariamente sensaciones negativas en algún momento del proceso. Si bien es imposible eliminar por completo las sensaciones negativas asociadas a estas técnicas que pueden ser consideradas *a ojos ajenos* de la profesión como *hostiles y/o agresivas*; no obstante, se tratan de reacciones conductuales de agitación (auto y/o heterolesivas) que precisan radicalmente técnicas extremas y que, a la finalidad única y exclusiva, son favorecedoras y positivas para el propio paciente (como para los demás).

Algunos autores han explorado incluso las sensaciones de los profesionales antes de la intervención: *“frustración”, “miedo, ira y angustia”, “un abrumador sentimiento de terror”, “sensación física de incremento de adrenalina”,* así como después de esta: *“físicamente exhausta”, “agotado” y “secuelas físicas y emocionales”* (Hawkins, S.; Allen, D.; Jenkins, R. (2005)²³. Es decir, los propios profesionales se sienten especial y emocionalmente incómodos ante esta situación por las que se ven *forzados* a realizar.

5. Fenomenología psicoemocional y reacción psicológica de los familiares ante el ingreso involuntario de su ser querido:

El desarrollo de un primer episodio de psicosis es un momento tremendamente turbulento que se suele acompañar de una elevada dosis de sufrimiento psicológico, tanto para quien lo padece como para su familiares o seres queridos (Vallina, O.; Lemos, S.; Fernández, P., 2012)²⁴.

²² Planchat, L.M^a. y Tiffon, B.-N. (2009). “Capítulo 8. Internamiento Psiquiátrico”. En Tiffon, B.-N. (2009). “Manual de actuación profesional en Psicopatología Clínica, Criminal y Forense: una dimensión jurídico-legal”. Editorial J.M. Bosch Editor. Colección Bosch Penal. Barcelona.

²³ Hawkins S, Allen D, Jenkins R. The use of physical interventions with people with intellectual disabilities and challenging behavior-the experiences of service users and staff members. J Appl Res Intellect Disabil 2005; 18: 19-34.

²⁴ Vallina, O.; Lemos, S.; Fernández, P. (2012). “La atención al primer episodio psicótico (1). Detección temprana”. En Desviat, M.; Moreno, A. (2012). “Acciones de Salud Mental en la Comunidad”. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios / 47. Madrid. (fuente extraída el 12.10.2018: <file:///C:/Users/bntif/Downloads/Laatencionalprimerepisodiopsicotico12.pdf>).

Cuando los familiares se encuentran ante un ser querido que presenta un cuadro de agitación o de grave trastorno del contenido de pensamiento del que requiere intervención profesional sanitaria de salud mental, en muchas de las ocasiones “*se sienten perdidos*” y desorientados sin saber qué hacer configurando una sensible línea psicoemocional que, en algunas ocasiones, alcanza el desbordamiento afectivo.

No son pocas las ocasiones de familiares que vienen al despacho clínico privado o a consultorías clínicas solicitando asesoramiento relacionado con un ingreso involuntario de su ser querido adolecido por alguna disfunción mental. Al tratarse de la 1ª ocasión *en tener que dar el paso* hacia el ingreso involuntario, es cuando se sucede un confuso y desorganizado *cocktail de emociones* y del que los familiares desean liberarse con la máxima rapidez que les sea posible: es en estos momentos en los que existen muchas incertezas hacia lo desconocido y por *el no saber si han hecho bien o mal* con su familiar, incomodidades por la reacción emocional del paciente, sentimientos de vergüenza social por la estigmatización de la enfermedad mental, sentimientos de culpa por privar de libertad a su ser querido, sentimientos de impotencia cuando se ha procedido al ingreso. Los familiares del sujeto ingresado involuntariamente impregnan de emociones lo que de manera objetiva se aprecia y se considera como un método de protección (garantista) con relación a la integridad e indemnidad físico, psíquico y social del paciente.

Que los familiares traspasen de lo subjetivo-afectivo y sensitivo-emocional al objetivo-racional del proceso de ingreso involuntario supone un proceso de aprendizaje que, con mayor o menor tiempo, al final lo agradecen de manera encarecida cuando ven los resultados positivos que supone la intervención profesional de los sanitarios de la Salud Mental.

6. Bibliografía.

1. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1997. Cap. 779.
2. Balanzá V, Tabarés R, Leal C. Protocolo terapéutico de los estados de agitación. *Medicine* 1999;7(109):5106-8.
3. Belart Bravo MJ. Urgencias psiquiátricas. Cursos de Bienestar y Salud. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-urgenciaspsiquiatricas2004>. Última consulta: 15 de diciembre de 2009.
4. Cervera S, Conde L, Espino A, Giner J, Leal C, Torres F (eds.). Manual del residente de psiquiatría. Madrid: SmithKline Beecham; 1997. Cap. 47, p. 453-9.
5. “*Criterios de actuación en intervenciones médico-legales en psiquiatría*” (2002), criterios de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús — Benito Menni. Complejo Asistencia en Salud Mental (Sant Boi de Llobregat, Barcelona).
6. Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *Journal of Affective Disorders* 1999; 55:89-98.

7. Fernández, V.; Murcia, E.; Sinisterra, J.; Casal, C.; Gómez, M.C. (2009). Emergencias 2009; 21: 121-132. (Fuente extraída el 12.10.2018: https://www.researchgate.net/profile/Carmen_Angulo2/publication/28264007_Manejo_inicial_del_paciente_agitado/links/02e7e52d3b33dcfd7b000000/Manejo-inicial-del-paciente-agitado.pdf).
8. Fernández Rodríguez, Ángela, & Zabala Blanco, Jaime. (2014). "Restricción física: revisión y reflexión ética". *Gerokomos*, 25(2), 63-67. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003> (fuente extraída el 12.10.2018).
9. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de Psiquiatría. 2.^a ed. Barcelona: Ancora; 1996. Cap. 37: p. 1335-1358, 1552.
10. Haw C. Historical perspectives on restraint. En: Hughes R, editor. Reducing restraints in health and social care: practice and policy perspectives. Londres: Quay Books; 2009, pp. 5-19. En Fernández Rodríguez, Ángela, & Zabala Blanco, Jaime. (2014). "Restricción física: revisión y reflexión ética". *Gerokomos*, 25(2), 63-67. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003> (fuente extraída el 12.10.2018).
11. Hawkins S, Allen D, Jenkins R. The use of physical interventions with people with intellectual disabilities and challenging behavior-the experiences of service users and staff members. *J Appl Res Intellect Disabil* 2005; 18: 19-34.
12. Huf G, Coutinho ES, Ferreira MA, Ferreira S, Mello F, Adams CE; TREC-SAVE Collaborative group. TREC-SAVE: a randomised trial comparing mechanical restraints with use of seclusion for aggressive or violent seriously mentally ill people: study protocol for a randomised control trial. *Trials* 2011; 12: 180. En Fernández Rodríguez, Ángela, & Zabala Blanco, Jaime. (2014). "Restricción física: revisión y reflexión ética". *Gerokomos*, 25(2), 63-67. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003> (fuente extraída el 12.10.2018).
13. Megías-Lizancos, F.; Vila, C.; Carretero, J.; Rodríguez, M.A.; Salas, J.M^a.; Sánchez Alfonso, J.; Silva, M^a.C. (2016). "Abordaje y cuidados del paciente agitado Documento de Consenso". *Ciber Revista*. 2016. V Época. Suplemento I. - *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*. 2016. Año 1. Vol. 1 N^o.1. Pps. 2-20. Fuente extraída el 12.10.2018: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Documento-de-consenso-de-ANESMySEEUEpara-el-abordaje-y-cuidados-del-paciente-agitado-7.pdf>).
14. Moreno, A. y Desviat, M. (2012). "4.7. Unidades de hospitalización en hospital general". En Moreno, A. y Desviat, M. (2012). "Acciones de Salud Mental en la Comunidad". Ponencia al XXV Congreso de Salud Mental AEN. Tenerife, 6-9 Junio 2012 Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2012.
15. Planchat, L.M^a. y Tiffon, B.-N. (2009). "Capítulo 8. Internamiento Psiquiátrico". En Tiffon, B.-N. (2009). "Manual de actuación profesional en Psicopatología Clínica, Criminal y Forense: una dimensión jurídico-legal". Editorial J.M. Bosch Editor. Colección Bosch Penal. Barcelona. Pps.: 305-328.

16. Ramos Brieua JA. Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento. Barcelona: Masson; 1999. En Fernández Rodríguez, Ángela, & Zabala Blanco, Jaime. (2014). "Restricción física: revisión y reflexión ética". *Gerokomos*, 25(2), 63-67. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003> (fuente extraída el 12.10.2018).
17. Santiago Barragán A, Torralba Ortega J, Campillos Fernández H, Peregrina Montfort D, Merodio Ruiz I. Agitación Psicomotriz en la UHPA de la CSPT: resultados, discusión y conclusiones. En: Veinticinco años cuidando contigo. Madrid: ANESM; 2008.
18. Secker J, Benson A, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S, Walker J. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;11(2):172-83.
19. Téllez Lapeira JM, Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Pascual Pascual P, López García C. El paciente agitado. *Guías Clínicas* 2005;5(34). Disponible en: <http://www.fisterra.com>. Última consulta: 5 de Julio de 2009.
20. Tiffon, B.-N. (2008). *Manual de Consultoría en Psicología y Psicopatología Clínica, Legal, Jurídica, Criminal y Forense*. Editorial J.M. Bosch Editor. Colección Bosch Penal. Barcelona.
21. Vallina, O.; Lemos, S.; Fernández, P. (2012). "La atención al primer episodio psicótico (1). Detección temprana". En Desviat, M.; Moreno, A. (2012). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios / 47. Madrid. (fuente extraída el 12.10.2018: <file:///C:/Users/bntif/Downloads/Laatencionalprimerepisodiopsicotico12.pdf>).