

TITULO. Prevención de la Contención Mecánica: Desescalada verbal desde la perspectiva enfermera.

AUTORES. Marín Rodríguez Javier; Román Rodríguez de Tudanca Nerea; García Sastre Montserrat; Gonzalez Alegre Patricia

INTRODUCCIÓN.

La contención mecánica (también denominada “inmovilización terapéutica”) es una medida considerada coercitiva, empleada de forma habitual en la práctica clínica, en aquellas situaciones en las que existe un riesgo objetivo para el propio usuario, el entorno y otras personas que puedan verse perjudicadas (profesionales, familiares, otros usuarios...), con el fin de salvaguardar la seguridad. (1)

Históricamente se ha descrito como un método muy seguro y eficiente para calmar a una persona agitada en el entorno clínico. Las últimas evidencias sugieren que el uso de este procedimiento se relaciona con riesgos físicos y psicológicos para la persona y los profesionales implicados y que sólo se encuentra indicado en situaciones que vulneran de forma extrema la integridad de los implicados, nunca como castigo ni para el descanso de los profesionales. Previamente a la realización de este procedimiento hay que agotar todas las posibles vías de contención: ambiental, verbal y farmacológica. (2)

En este contexto, en el que la evidencia afirma de forma fehaciente que la “inmovilización terapéutica” no goza de fines terapéuticos, mientras conserva los riesgos asociados a su puesta en práctica y mantenimiento, parece axiomática la necesidad de explorar alternativas para prevenir, al extremo, la realización de contenciones mecánicas en cualquier ámbito de la salud. (3)

El paradigma actual está derivando hacia la supresión de las contenciones mecánicas en pos de un abordaje verbal a través de técnicas de desescalada y relación de ayuda, con el objetivo de ayudar a la persona a calmarse y así formar una sólida alianza terapéutica y un sistema de colaboración para el tratamiento de la agitación. De esta forma se intentan evitar, en lo posible, aquellas prácticas que puedan suponer un riesgo para los usuarios de los servicios de salud.(3)

Partiendo de la premisa de que hay situaciones clínicas en las cuales las técnicas verbales, ambientales y farmacológicas no son suficientemente eficaces y siendo conscientes de que el uso del aislamiento y/o contención puede ser necesario para evitar daños, tanto al paciente como al entorno inmediato, se plantea la presente comunicación con el fin de reflexionar sobre la necesidad de prevenir, al máximo posible, la contención mecánica, por considerarse una técnica aversiva, con alto coste económico y humano.

La atención a la salud mental ha derivado hacia un modelo comunitario, en el cual la adherencia terapéutica y la relación de ayuda, entre la persona y sistema de salud mental, son un pilar básico, garante del éxito en cualquier tratamiento de salud mental. Este hecho hace que el cuidado de la relación terapéutica sea vital para la recuperación y rehabilitación de la persona, por lo que, ante una desestabilización de su enfermedad, se debe evitar, en lo posible, tomar medidas involuntarias y aversivas, buscando medidas de consenso y que favorezcan una experiencia positiva en los servicios de urgencias y UHB.

OBJETIVOS.

General

- Disminuir la prevalencia de contenciones mecánicas en el entorno hospitalario.

Específicos.

- Actualizar conocimientos en cuanto al abordaje en agitación psicomotriz.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los profesionales de enfermería a las crisis.
- Introducir en nuestro entorno la desescalada verbal estandarizada como tratamiento principal en agitación psicomotriz.

METODOLOGÍA.

Se realiza un estudio descriptivo teórico tipo revisión bibliográfica, realizado en las principales bases de datos, en lengua castellana e inglesa, recuperando aquellos artículos relevantes por su respaldo en la evidencia científica y su mayor relevancia.

La presente comunicación versa sobre la técnica de desescalada verbal, estandarizada según las pautas del grupo de trabajo para la desescalada verbal, *Proyecto BETA* de la *American Association for Emergency Psychiatry*, como útil herramienta para la prevención de la agitación psicomotriz y la contención mecánica. No se desarrollarán en profundidad, por tanto, otras medidas de tratamiento, como: medidas ambientales, psicofarmacología, aislamiento y contención mecánica.

DESARROLLO.

La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica que pone en riesgo a la persona y su entorno inmediato, que requiere una respuesta rápida y coordinada por parte de los profesionales sanitarios. Se caracteriza por ser un estado de tensión emocional y extrema inquietud física y mental, con pérdida de control y aumento incontenible de la movilidad física. Una actuación correcta evita la escalada del descontrol y disminuye los riesgos asociados al aumento en el nivel de activación. Una intervención efectiva requiere la presencia de un personal suficiente, adecuadamente formado y entrenado y con experiencia en el abordaje de situaciones de crisis; así pues, la existencia de protocolos estandarizados de actuación facilita que las medidas de contención sean eficaces. (1,4)

En este cuadro clínico, la persona puede moverse de forma acelerada e imparable, con gesticulaciones exacerbadas, realizar acciones para buscar seguridad, como empujar aquello que se le pone por delante o tratar de huir. En este estado emocional intenso, en el que puede aparecer ansiedad, irritabilidad, hostilidad o euforia, la persona presentará desinhibición verbal, discurso inconexo con múltiples descarrilamientos y tangencialidad. La aparición de agresividad física o verbal, autodirigida o dirigida a otros, es excepcional. El concepto de agitación psicomotriz, es a menudo confundido con otros cuadros que aparecen en la experiencia clínica y que también pueden precisar una intervención rápida y coordinada, como son: la auto y heteroagresividad, relacionada o no con factores psicopatológicos; el eretismo y desafío de las normas.

Las causas de aparición de una agitación psicomotriz son diversas y es algo que precisa estar muy en mente de la enfermera de cara al tratamiento de la agitación y de su causa(1).

- Causas orgánicas: son especialmente importantes los trastornos metabólicos, especialmente en personas de edad avanzada, como todos aquellos trastornos susceptibles de producir delirium, trastornos neurológicos y por abuso de tóxicos o abstinencia a los mismos.
- Causas psíquicas: los trastornos paranoides o delirantes y las descompensaciones maniformes en trastorno bipolar son especialmente susceptibles a presentar agitación psicomotriz, así como aquellos trastornos del espectro de la ansiedad que causan gran malestar emocional (crisis de pánico/angustia, trastorno de estrés postraumático y trastornos disociativos). Son especialmente vulnerables las personas con trastorno de la personalidad del cluster B, deterioro cognitivo, trastorno cognitivo del desarrollo o trastorno por déficit de atención.
- Causas reactivas: aquellas situaciones que puedan producir un aumento del estrés/ansiedad vital, la desorientación y la vivencia del entorno como irritante u hostil.

La evidencia actual respalda la formación en desescalada verbal a los profesionales partícipes del tratamiento del usuario con agitación psicomotriz, pues se ha demostrado eficaz disminuyendo el nivel de activación del usuario y, realizado junto a un adecuado tratamiento farmacológico, disminuyendo la necesidad de contenciones mecánicas. Las pautas del Proyecto BETA (Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation) buscan estandarizar la desescalada verbal para realizarse con las mejores garantías de éxito. (4)

Los profesionales de enfermería, tienen el conocimiento, habilidad y experiencia necesarios que sirven de base para, con el adecuado entrenamiento, poder realizar la desescalada verbal con una alta tasa de éxito. Las enfermeras son el personal idóneo para su realización en la mayoría de los entornos en los que puede aparecer la agitación, por su mayor cercanía a los pacientes y capacidad resolutoria. El abordaje de la agitación psicomotriz requiere empatía, asertividad, habilidades de comunicación y relación de ayuda y capacidad de autoexploración/autoconocimiento.

La última edición de NANDA (2015–2017), contempla el diagnóstico de enfermería Confusión aguda [00128], a través del cual se puede dar nomenclatura enfermera a la agitación psicomotriz y realizar un plan de cuidados enfocado en la desescalada verbal. Cabe reseñar que, a pesar de poder realizar la desescalada verbal de forma autónoma, es vital tener un enfoque multidisciplinar, dado que, la mayoría de las veces, la persona agitada va a precisar psicofármacos para reducir su nivel de activación. No por ello se ha de perder el protagonismo de la enfermera en el proceso de desescalada, pues la realizará persona mejor entrenada y con mayor enganche con el paciente.(5)

NANDA	NIC	NOC
[00128] Confusión aguda	[4820] Orientación en la realidad.	[1403] Autocontrol del pensamiento distorsionado
	[5820] Disminución de la ansiedad	[1214] Nivel de agitación
	[6440] Manejo del delirio	[0916] Nivel de delirio
	[6510] Manejo de las alucinaciones.	[0901] Orientación cognitiva

Tabla 1. Elaboración propia(5-7).

La desescalada verbal es una estrategia de aproximación al paciente agitado a través de la cual se busca reducir progresivamente el nivel de activación. Para ello, se busca establecer contacto verbal, algo que no siempre surgirá desde la demanda expresada y que puede precisar un contacto más trivial. Posteriormente se crea una relación colaborativa desde la seguridad y la confianza, gracias a la cual se podrá realizar una desescalada verbal de la agitación(8).

Se trata del primer nivel de actuación con un paciente agitado, a través del cual se busca acompañar las emociones y demandas que realiza el paciente para posteriormente reconducir la situación y evitar la pérdida de control. De esta forma se pasa de un estímulo potencialmente amenazante para el paciente a otro más inocuo en el que se sienta seguro para disminuir su nivel de activación. Para ello, la enfermera tiene que fomentar la creación de una narrativa, por parte del paciente, a través de la cual canalice sus preocupaciones y demandas. (1)

Los objetivos que la enfermera se debe plantear con una persona agitada, tras establecer una relación de colaboración son los siguientes: garantizar la seguridad de los implicados, ayudar al paciente a manejar sus emociones y angustias y recuperar el control sobre su comportamiento y evitar las medidas coercitivas que puedan aumentar el nivel de agitación del paciente. (4)

Para la realización de una contención verbal se debe establecer un entorno terapéutico que pueda proporcionar tranquilidad a la persona activada, libre de factores estresores (luz, ruido, corrientes de aire, otras personas...). El emplazamiento de la entrevista se debe hacer de forma estratégica para favorecer la seguridad y evitar las interrupciones, nunca haciendo intervenciones en solitario.

Se disminuirán los tiempos de espera y la aproximación se realizará de forma tranquila y respetuosa, transmitiendo sensación de calma y serenidad y favoreciendo ambiente de interés mutuo. Es importante que la persona que realiza la desescalada verbal tenga buena capacidad de suspensión del juicio, de forma que el paciente se sienta comprendido y desarrolle una relación de confianza(1,9).

Pautas para la desescalada verbal según el proyecto BETA

Respetar el espacio personal. La invasión del espacio personal de una persona con agitación psicomotriz puede ser visto como una amenaza y desencadenar una reacción que ponga en riesgo al profesional que realiza la desescalada. Por ello, se debe respetar un espacio mínimo de dos brazos de distancia entre el personal y el paciente, pudiéndose

ver incrementado si el paciente así lo demanda o la enfermera lo considera necesario. Por otra parte, con el fin de mantener la seguridad, tanto el paciente como el personal tienen que poder abandonar la sala sin que el otro bloquee su camino, evitándose así las posibles situaciones agresivas. (1,8,9)

No ser provocativo. Una respuesta provocativa o retadora por parte del personal puede desembocar en una activación iatrogénica, por lo que evitará al extremo la confrontación directa de las provocaciones por parte de cualquier miembro del personal. La presentación del personal será en actitud de escucha y seguridad, atendiendo al propio lenguaje corporal para transmitir sensación de calma. (4)

Las manos se mantendrán abiertas y visibles (sin objetos que puedan considerarse una amenaza), las rodillas se mantendrán semiflexionadas (lo que posibilita una postura de seguridad y una reacción rápida) la espalda se encontrará erguida y la expresión facial calmada. Hay que evitar el contacto ocular excesivo, pues puede considerarse amenazante, como también un contacto huidizo, que transmite inseguridad (1).

Establecer contacto verbal. Con el fin de asegurar un buen contacto verbal con el paciente, únicamente una persona interactuará con él y se evitarán las interrupciones por parte del resto del personal. Únicamente si el primer profesional fracasa en la desescalada, este se retirará y será sustituido por otro.

La persona que realiza la desescalada verbal debe ser aquella que mejor relación tenga con el paciente y más entrenada esté. En caso de que la persona fuera desconocida el personal se presentará al paciente, proporcionando orientación y seguridad, siempre desde una actitud calmada, amable y cordialmente natural(4).

Ser conciso.

La persona agitada suele presentar fluctuaciones en la atención y puede presentar dificultad en asimilar los conceptos que se le transmiten, por ello, se utilizarán frases cortas y vocabulario simple, que sea fácilmente entendible por cualquier persona. Después de decir algo a la persona, se dejará el tiempo suficiente para que el paciente pueda procesar la información recibida y responder. (1,4)

La repetición de los conceptos clave es esencial para realizar la desactivación verbal con éxito, lo que será especialmente importante cuando: se pide al paciente que haga algo, se establecen límites y consecuencias y al dar a elegir o proponer alternativas. El profesional debe mostrarse paciente y repetir, tantas veces como sea necesario, lo que se desea del paciente, desde una posición de respeto y ayuda, sin mostrar hastío por la repetición múltiple de conceptos(4,9).

Identificar las demandas y sentimientos.

Con el fin de ayudar a la persona a identificar su demanda, el personal debe preguntar y tratar de identificarla, pudiendo esta surgir de forma explícita o implícita. La demanda puede cambiar durante el transcurso de la desescalada y el personal debe estar atento para adaptarse a la nueva demanda y evitar la escalada. Es importante atender a las cosas aparentemente triviales que dice el paciente, su lenguaje no verbal e incluso las situaciones pasadas, para poder identificar las demandas implícitas. La atención al plano

emocional y el uso del reflejo empático pueden ayudar a forjar una relación de colaboración y confianza más estable(1,4).

Escuchar atentamente al paciente.

El paciente agitado necesita esencialmente ser escuchado y transmitir su demanda, para poder sentirse atendido y seguro. Por tanto, el personal tendrá que realizar una escucha activa, respetando los tiempos de palabra de la persona y silencio y utilizando técnicas de clarificación y acompasamiento. En la escucha a la persona con agitación psicomotriz, se hace importante que la escucha se realice transmitiendo credibilidad a su argumento, empleando la "ley de Miller" que estima que: hay que devolver al paciente que se cree que lo que te está diciendo es verdad y posteriormente discernir qué parte de lo que te ha dicho podría ser cierta(4).

Mostrar acuerdo o acuerdo en el desacuerdo.

No es posible establecer una relación de ayuda desde la confrontación inicial, por lo que buscar puntos de acuerdo con el paciente, sobre todo en los momentos iniciales de la desescalada, es especialmente importante. Se buscará el acuerdo con el paciente para fortalecer la relación de ayuda, siempre de forma honesta y respetando los propios principios del profesional. Se puede mostrar acuerdo con una persona de tres formas(4):

- Mostrar acuerdo a través de un hecho en sí: con un paciente que se enfada tras realizarle tres punciones fallidas para la extracción sanguínea, una forma de mostrar acuerdo sería: "Si, ha intentado pincharte tres veces y ha fallado ¿Le importaría que lo hiciera yo?"
- Mostrar acuerdo a través de defender un mismo principio: para un paciente que está quejándose de haber sido tratado de manera irrespetuosa por la policía, se le podría decir: "Yo también pienso que todas las personas deberían ser tratadas con respeto".
- Mostrar acuerdo a través de otros puntos de vista: para una persona agitada por la espera para ver al médico y exclama que cualquiera en su lugar estaría enfadado, una buena forma de abordarlo sería "Probablemente haya otros pacientes que también estén enfadados"

En caso de que cualesquiera de las formas de establecer un acuerdo hayan fracasado, se puede mostrar que existe la posibilidad de tener diferentes opiniones y ambas pueden ser igualmente respetables.

Establecer de forma clara los límites.

Se informará al paciente de las conductas que puede y que no puede realizar, diciendo, de forma clara, qué conductas son inaceptables y no se van a permitir y cuáles serán las consecuencias. El establecimiento de límites debe ser razonable y hacerse de manera respetuosa. Traspasar los límites marcados tiene una consecuencia, informada previamente. Si el paciente pone en riesgo su propia integridad, la del personal o la de otras personas, se procederá de manera inmediata a realizar la contención física. Algunos comportamientos intermedios, como dar un puñetazo a la pared, no tienen por qué conducir a la contención física, sino que son susceptibles a desescalada, marcando de forma más firme los límites(4).

Si cuando se transgrede un límite, este comportamiento no presenta una consecuencia inmediata, el paciente interpretará que los límites son laxos, por lo que no sentirá la necesidad de respetarlos.

También se entrenará al paciente a mantenerse bajo control a través de la confrontación de forma cortés y amable. En el caso de que el paciente esté elevando de forma excesiva el tono de voz, la confrontación se podrá realizar desde la propia emoción: "Cuando hablas con un tono tan elevado me asustas y no soy capaz de prestar atención plena a lo que me estás diciendo, me gustaría que pudieras bajar el tono de voz para poder entender lo que me quieres decir". Este tipo de confrontación no estará indicado en pacientes que buscan una posición de dominación sobre el personal, ante lo cual se podría hacer de la siguiente manera: "Cuando hablas con un tono de voz tan alto, soy incapaz de entenderte"(3,4,10)

Ofrecer alternativas optimistas.

En la contención verbal de la persona agitada, es imprescindible ofrecer una alternativa asertiva que permita su empoderamiento y posibilite opciones diferentes a mantenerse con el nivel presente de activación. Como punto intermedio a ofrecer una alternativa que la persona puede no aceptar, puede ser útil ofrecer cosas que puedan ser percibidas como actos de amabilidad (entretenimiento y comodidad), siempre desde el marco de la seguridad.

Las alternativas que se le ofrezcan a la persona tienen que ser realistas y hacerse de forma honesta. Nunca se ofrecerá una alternativa que posteriormente no se podrá cumplir, pues ello aumentará la desconfianza y el nivel de activación, deteriorando la relación terapéutica.

En cuanto a la oferta de la toma de medicación, se debe hacer de forma paulatina y estratégica, reduciendo las alternativas a la toma de medicación conforme aparezcan negativas por parte del paciente. Las técnicas de persuasión que se pueden emplear en estas situaciones son las siguientes(4):

- Enfoque colaborativo: "¿Qué le puede ayudar en este momento?" "¿Qué le ha ayudado en momentos como este?"
- Enfoque realista: "Pienso que realmente le ayudaría tomar algo de medicación" "En situaciones como esta, tomar algo de medicación le ayudara a encontrarse mejor"
- Enfoque persuasivo: "Pienso que necesita tomar algo de medicación, se encontrará más tranquilo y podremos ayudarle mejor"
- Enfoque inductivo: "Está usted muy nervioso y nada está funcionando para ayudarle a calmarse, le voy a dar esta medicación, es segura y funciona muy bien"
- Enfoque coercitivo: "Voy a tener que insistir en que se tome la medicación"

Reconciliar.

Una vez la persona ha vuelto a un estado basal de activación, se ha de reconciliar con el personal para evitar la futura activación, especialmente si se ha necesitado contención física, estableciendo la necesidad que existía para realizar la intervención y explorando alternativas ante una situación de agitación futura.

Es imprescindible, después de cada actuación en agitación, realizar un análisis en equipo de la situación para detectar errores y posibles mejoras que se puedan implementar en ocasiones futuras.

Las técnicas de desescalada verbal tienen capacidad para reducir los estados de agitación y los riesgos asociados, disminuyendo la necesidad de utilizar el aislamiento y la contención mecánica en estos pacientes. Este procedimiento no coercitivo puede presentar múltiples beneficios sobre las medidas tomadas tradicionalmente. Un paciente que comienza a agitarse, puede llegar a calmarse sin necesidad de medicación o contención física, empoderándole para mantener bajo control sus emociones y creando una relación de confianza con el personal. Esto ayuda a que, en el futuro, esta persona pueda pedir ayuda de forma precoz y evitar nuevos episodios de agitación (2-4)

La realización de aislamiento y/o contención mecánica debe limitarse a las situaciones en las que han fracasado todas las medidas menos restrictivas. Todo paciente tiene derecho de mantenerse libre de sujeción o aislamiento de cualquier tipo, cuando es impuesto como medida de coerción, disciplinaria, de conveniencia o para desahogo del personal. La contención mecánica sólo se realizará cuando sea necesario asegurar la seguridad física del paciente o su entorno.(3)

Diversos estudios demuestran que la formación de los profesionales de enfermería en desescalada verbal, reduce el número de pacientes que requieren contenciones o aislamiento, así como las horas que estos pacientes pasan contenidos. Cuando se resuelve la agitación de manera no violenta es un éxito tanto para el paciente como para el personal sanitario. Además, esta forma de resolución no repercute física ni psicológicamente en la persona, favoreciendo así la alianza terapéutica y por consiguiente el proceso de cuidados. (2,3)

CONCLUSIONES.

Las nuevas líneas de investigación en agitación psicomotriz se enfocan en la importancia de realizar una adecuada desescalada verbal para disminuir las contenciones mecánicas. Se demuestra que un abordaje verbal de la situación de agitación presenta una menor cantidad de riesgos, tanto para el paciente como para el personal, por lo que debe ser el pilar básico de tratamiento de la agitación.

Las enfermeras tienen una formación excelente desde las ciencias psicosociales que posibilita que puedan llevar a cabo las pautas de desescalada verbal con éxito para el tratamiento de la agitación psicomotriz. Son el personal idóneo para ello por su amplia experiencia en el trato con personas desde la relación de ayuda, empatía y asertividad. Este nuevo paradigma abre una nueva puerta a la disciplina enfermera para empoderarse y adquirir un rol protagonista en los dispositivos de urgencias y UHB, en el trato con personas con agitación psicomotriz.

La realización de la desescalada verbal de forma estandarizada, por profesionales con experiencia y formación, es capaz de disminuir de forma importante la necesidad del uso de aislamiento y contención en el entorno hospitalario. Esto posibilita que la persona que ha sufrido un episodio de agitación psicomotriz, presente una mayor alianza terapéutica y confianza en los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Mejias-Lizancos F, Vila Gimeno C, Sánchez Alfonso J, del Carmen Silva García M, Rodríguez Monge MA, Salas Rubio JM, et al. Abordaje y cuidados del paciente agitado Documento de Consenso. Rev Española Enfermería Salud Ment [Internet]. 2016;1(1). Available from: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2016/01/Documento-de-consenso-ANESM_SEEUE-paciente-agitado.pdf
2. Cole R. Reducing restraint use in a trauma center emergency room. Nurs Clin North Am [Internet]. 2014;49(3):371–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.010>
3. Knox D, Holloman G. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. West J Emerg Med [Internet]. 2012 Feb 1;13(1):35–40. Available from: <http://www.escholarship.org/uc/item/0pr571m3>
4. Richmond J, Berlin J, Fishkind A, Holloman G, Zeller S, Wilson M, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med [Internet]. 2012 Feb 1;13(1):17–25. Available from: <http://www.escholarship.org/uc/item/9t41z4rb>
5. Herdman T. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2015.
6. Bulechek G, Butcher H, Doctemann J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
8. Holloman G, Zeller S. Overview of Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation. West J Emerg Med [Internet]. 2012 Feb 1;13(1):1–2. Available from: <http://www.escholarship.org/uc/item/4kz5387b>
9. Jacob T, Sahu G, Frankel V, Homel P, Berman B, McAfee S. Patterns of Restraint Utilization in a Community Hospital's Psychiatric Inpatient Units. Psychiatr Q [Internet]. 2016 Mar 22;87(1):31–48. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11126-015-9353-7>
10. Sutton D, Wilson M, Van Kessel K, Vanderpyl J. Optimizing arousal to manage aggression: A pilot study of sensory modulation. Int J Ment Health Nurs [Internet]. 2013 Feb;22(6):n/a-n/a. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/inm.12010>