

1. DEFINICIÓN

Teniendo en cuenta, el incremento de casos de alteración del estado Salud Mental en la población universitaria, principalmente en la sede central de la Universidad del Tolima, es importante, ante los potenciales casos de agitación psicomotriz que se puedan presentar, establecer un protocolo para la prevención, detección, intervención y manejo de situaciones en paciente agitado, con síndrome de abstinencia y/o conductas agresivas, así como contar con un grupo adecuadamente capacitado para su manejo técnico

Con este protocolo se podrá dar manejo, atención adecuada y oportuna a cualquier paciente que presente dicha problemática con el fin de que se minimice el riesgo para los colaboradores y se pueda dar un parte de tranquilidad al paciente y a su familia a partir del proceso de atención

2. ALCANCE

Brindar al personal de salud pautas a todos los colaboradores para la prevención, intervención y manejo de situaciones de comportamiento agresivo, que permita orientar el proceso de atención y evaluación de pacientes que presente un estado de Agitación Psicomotora, siendo una de las situaciones que se pueden llegar a presentar con mayor frecuencia en pacientes con consumo de SPA/ síndrome de abstinencia, o crisis psicóticas con presencia de reacciones emocionales desajustadas, propia de pacientes con trastorno mental de base que requieren un adecuado manejo, lo que es clave para evitar complicaciones a nivel físico, emocional en el paciente, colaboradores/ personal de salud, familia y comunidad.

3. ESTRUCTURA

3.1. GENERALIDADES

1.1 DEFINICIONES

Paciente y/o Funcionario agresivo: Es aquel que utiliza la agresividad, la culpabilización y/o la intimidación hacia otra persona.

Agresividad y/o Agitación: Es un estado de hiperactividad psicomotora repetitiva e incoherente, con movimientos automáticos o intencionados que, en muchas ocasiones, se asocia con una conducta violenta y/o agresiva. Se acompaña de una alteración del estado afectivo con: ansiedad, cólera, pánico, euforia o furor, que puede generar riesgo en el individuo mismo o hacia su entorno.

<p>ELABORÓ Equipo Psicosocial P.S.S-</p>	<p>REVISÓ ALVARO G. FLOREZ C. Coordinador Sección Asistencial</p>	<p>APROBÓ KELLY FERNANDA AGUILAR O. Directora Bienestar Universitario</p>
---	---	---

La impresión y copia magnética de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA**

“ Asegúrese de consultar la versión vigente en <http://www.ut.edu.co/sistema-de-gestion-de-calidad> ”

Es cualquier acción o reacción, sin importar su grado o intensidad, que implica provocación y ataque. No se limita a actos físicos, sino que puede ser de tipo verbal como los insultos e incluso no verbal como gestos y ademanes; con desinhibición verbal y falta de conexión ideativa.

Las crisis de agitación psicomotriz son un síndrome, cuya etiología puede ser de origen múltiple, razón por la cual establecer a la mayor prontitud posible su causa real, determina el manejo a ser instaurado.

“La agitación psicomotriz es una urgencia médica y/o psiquiátrica, y como tal, requiere de una intervención terapéutica inmediata y coordinada, siendo el objetivo primordial su control”.

Síndrome de abstinencia: Es un conjunto de síntomas que una persona puede sufrir ante una situación, en la cual no puede consumir o acceder a una sustancia psicoactiva de la cuál es adicto. No es considerada una enfermedad, sino más bien una condición conflictiva en la salud de la persona, que le genera ansiedad, depresión, agresión, irritación y/o euforia

1.1.1 Etiología

Las crisis de agitación psicomotriz son síndromes secundarios a múltiples factores etiológicos, como:

Situaciones Orgánicas :
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neurológicas:</i> accidentes cerebrovasculares (ACV), epilepsias, infecciones o tumores del sistema nervioso central, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tóxicas:</i> Consumo de drogas ilícitas, fármacos y alcohol.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Metabólicas:</i> Fiebre elevada, hipoglucemia, hipoxias, etc.
Situacionales :
<ul style="list-style-type: none"> • Reacción a grandes estresores como cambios medioambientales significativos
Psiquiátricas :
<ul style="list-style-type: none"> • Psicosis: Esquizofrenia y trastorno delirante.
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos afectivos: trastorno afectivo bipolar (TAB), depresión agitada.
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de Ansiedad: Crisis de pánico, Estrés postrauma.
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de personalidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos por consumo de sustancias. Respuesta a abstinencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Víctimas y agresores de violencia intrafamiliar

Tabla 1. Factores etiológicos

1.1.2 Diagnóstico

Es eminentemente clínico observacional, puede ser leve, moderado o severa, acorde con la evaluación de cuatro campos comportamentales: Agresión verbal, agresión física contra sí mismo, agresión física dirigida contra objetos y agresión física dirigida contra otras personas.

1.2 CONSIDERACIONES GENERALES

Hay que reconocer los cambios en el comportamiento que va presentando la persona afectada. Van desde la inquietud motora, que hace que la persona tenga evidente dificultad para quedarse quieta, hasta la agitación psicomotora, que es un estado de fuerte tensión con intensas manifestaciones motoras y emocionales que perturban gravemente el comportamiento del individuo.

1.2.1 Examen Visual Breve

Evaluación a distancia de la situación, buscando posibles riesgos antes de abordar al paciente.

- Priorizar la seguridad personal, evitando usar objetos que puedan ser usados como armas (collares, aretes, corbatas, etc.)
- Características de los pacientes que pueden indicar riesgo de violencia: Estigmas de trauma, ser traído inmovilizado por los acompañantes

1.2.2 Evaluación de Riesgos

- Entrevista inicial. Siempre hay que identificarse y tratar de iniciarla con un tema neutro, evitando acusaciones referentes al comportamiento inadecuado del otro
- Hablar de forma clara, calmada y repetitiva, con preguntas directas y cortas, asegurando constantemente el deseo de ayudar
- Buscar la cooperación del paciente, estableciendo límites claros y evitando enfrentarse al mismo o responder a provocaciones
- Hay que dejarlo hablar y prestar atención a lo que dice
- El factor predictor más confiable de un nuevo ataque por parte del paciente, es precisamente haber sido traído por una acción violenta reciente y si presenta alucinaciones visuales y las alucinaciones auditivas de comando, que ordenan agredir a otros o a sí mismo,

1.2.3 Evaluación del Paciente

La aplicación de escalas, como la de Agresividad Manifiesta (Anexo 1), permite hacer una aproximación a la severidad de la crisis de agitación psicomotriz, permitiendo la definición de tres rutas de tratamiento, una para crisis leves, otra para crisis moderadas y otra para las severas.

1.3 CLASIFICACIÓN

1.3.1 Crisis De Agitación Psicomotriz Leve

La posibilidad de agresividad es baja y la contención puede producirse incluso sin el uso de medicación. La determinación de la etiología puede abordarse desde el momento de la contención verbal, siendo la identificación de la causa de la CAPM parte de la contención misma.

1.3.2 Crisis De Agitación Psicomotriz Moderadas

La persona es capaz conservar la capacidad de contener su exaltación; no obstante, puede pasar con gran facilidad a la agresividad.

El objetivo es la contención acorde con la capacidad de autocontención presente en el / la paciente. Determinar la causa, puede ser postergada para cuando haya habido control de la situación

1.3.3 Crisis De Agitación Psicomotriz Severas

Se caracteriza por la **inminencia de conductas violentas**. Un paciente violento es aquel que con su comportamiento puede hacer daño a otros, a sí mismo o a su entorno físico. En muchos de los casos, este comportamiento es escalonado y aparecen señales a medida que se va haciendo más grave. Si estos signos se tienen en cuenta, es muy probable que se pueda tranquilizar al individuo a tiempo,

antes de que se produzca la agresión.

El objetivo es la contención física y química del paciente para evitar lesiones auto y/o heterodirigidas. Determinar la causa, puede ser postergada para cuando haya habido control de la situación

Signos De INDICIO De Violencia	Signos de INMINENCIA de Violencia
Hablar muy rápido	Cerrar los puños y mostrarlos
Elevar el tono de voz	Agitar el puño cerrado
Ser sarcástico	Golpear la palma de la mano con el puño
Deambular continuamente	Elevar el puño por encima del hombro
Negarse a tomar asiento	Asumir posición de ataque
Apretar la mandíbula	Expandir el tórax y ensanchar los hombros
Señalar con el dedo índice	Buscar objetos utilizables como armas

Tabla 2. Signos de Indicio e Inminencia de Violencia

Si se encuentran estos signos, es mejor diferir la entrevista y no intentar una intervención verbal en ausencia del equipo terapéutico de apoyo.

3.4 INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO:

3.4.1 CONSULTANTE EXTERNO AGITADO, EN SINDROME DE ABSTINENCIA O AGRESIVO: COMO ATENDERLO

Con el fin de mantener a través de la convivencia una comunicación permanente que conduzca a una relación armónica entre los colaboradores de la P.S.S y usuarios, se han adoptado las siguientes recomendaciones para instruir a los colaboradores para el momento en que se presente dicho evento.

Cuando un colaborador atiende a un paciente agresivo, debe seguir las siguientes recomendaciones:

Cuando se acerque un usuario inconforme, en primer lugar, mantenga la calma no lo tome como algo personal, podría haber llegado a la Institución disgustado por alguna razón ajena a nosotros. Escúchelo, no lo interrumpa, al dejarlo hablar generalmente se calmará. Procure un contacto visual y evite tocar al paciente. Concéntrese en entender cuál fue la causa que provocó el disgusto.

No culpe al usuario independiente si tiene o no algo de culpa, intente calmarlo sin provocar sentimientos de culpa en él. No intente hacer razonar al paciente, ya que algunas emociones fuertes limitan la capacidad de asimilar información. Muestre que está comprendiendo la situación. Use frases como: “lo comprendo, que pena, claro que si” demostrando que está consciente del malestar que está manifestando.

Ponga más atención en lo que puede y no en lo que no es posible responder “permítame ver que puedo hacer”

Trate de ayudarlo, no traslade el problema a otra estancia cuando está en sus manos solucionarlo. Cuando el caso tiene que pasar a otro compañero o al jefe, evite que la persona tenga que explicar nuevamente la situación. Autocontrol emocional (permanezca en su propia sintonía emocional, independientemente de las emociones negativas que en determinado momento pueda traernos el paciente).

Cuide el tono de voz. Recuerde que muchas veces no cuenta tanto lo que decimos sino cómo lo decimos. Si el usuario eleva la voz, baje la suya. No responder con “amenazas” “tomaduras de pelo” o “ridiculizándole” No utilizar restricciones Como sujetar, atar. Ponernos delante, provoca indefensión.

Aceptar el derecho del usuario a mostrarse airado, y refugiarnos en una escucha activa, muy posiblemente cuando haya exteriorizado sus emociones negativas irá recobrando el control, dándonos la oportunidad de actuar.

Reconozca si el error fue suyo, esto puede desactivar de inmediato a un paciente y/o usuario agresivo. Infórmele lo que piensa hacer, paso a paso; con frecuencia, basta con que la persona agresiva vea que quieren ayudarlo sinceramente, para que se convierta en uno de nuestros usuarios más incondicionales. No prometa algo que no pueda cumplir.

Una vez logrado el clima de sosiego necesario (es solo cuestión de tiempo), podemos actuar como lo haríamos en cualquier otra consulta.

Si no se produce la normalización, evite riesgos, retirando objetos peligrosos de la vista con los que se pueda hacer daño alguna de las personas presentes.

Trate de controlar la situación pidiendo ayuda a una persona idónea en el tema.

Nunca deje hablando solo al usuario, retírese únicamente cuando la persona esté siendo atendida por otro colaborador idóneo.

Si el usuario se encuentra en síndrome de abstinencia, el personal de urgencias capacitado para manejar este evento, debe trabajar en equipo para lograr controlar la conducta del paciente y cuidar la integridad de los presentes. Es necesario solicitar valoración o remisión por psiquiatría, según la condición clínica del paciente (síndrome de abstinencia y/o trastorno mental) Si el médico tratante considera que el usuario es colaborador y dentro de los parámetros presentados, se encuentra en disposición de ser orientado, deberá solicitar acompañamiento por psicología clínica.

En todos los casos de usuario con síndrome de abstinencia o trastorno mental, el medico de turno debe solicitar valoración y/o remisión por psiquiatría de manera inmediata.

EN CONCLUSIÓN:

Póngase en el lugar del usuario Identifique qué lo molestó Escuche con empatía. Discúlpese, aunque usted no sea el responsable Resuelva Agradezca la oportunidad de servir y póngase a su disposición.

Cuando un Profesional de la Salud, y/o cualquier otro colaborador de la P.S.S observe que uno de nuestros usuarios manifiesta una conducta de abuso o un comportamiento agresivo y se considere que este usuario requiere apoyo psicológico, puede reportar al Psicólogo/a Clínica, quien contactará al usuario si éste se encuentra dentro de las Instalaciones y procederá con la intervención a que diere lugar.

1.4 PLAN DE MANEJO

1.4.1 Intervención No Verbal

- Nunca dar la espalda
- Mantener las manos a la vista del paciente
- Evitar movimientos bruscos o súbitos
- No intentar tocar al paciente
- Mantener distancia prudente (lejos del alcance de un golpe)
- Utilizar tono de voz tranquilo

1.4.2 Contención Verbal

Siempre que sea posible se debe comenzar con un abordaje o contención verbal cuya finalidad sea la de enfriar la situación que ha provocado la agitación y/o desorientación del paciente, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad, y prevenir posibles ataques violentos.

La intervención verbal se hace siempre y cuando no haya signos de indicio o inminencia de agresividad

- Aplicable a las crisis de agitación psicomotriz **moderada y leve**.
- Objetivo: Propiciar un espacio de escucha a la persona, lo cual permite la catarsis como mecanismo de contención por sí misma.
- Abordaje: se debe hacer de una manera serena, tranquilizadora y comprensiva.

3.4.2.1 Procedimiento y técnicas:

- Se invita al paciente a un espacio que proporcione privacidad, pero que por su acceso y disposición ofrezca un mínimo de seguridad para quien adelante dicho proceso. (en la medida de las posibilidades este procedimiento se debe llevar a cabo por personal entrenado en técnicas psicoterapéuticas de intervención en crisis.), de no contar con este tipo de personal, quien haga la entrevista debe ser alguien con quien la persona se sienta seguro, tranquilo y la inspire confianza.
- Disponerse de tiempo suficiente para una escucha atenta (aproximadamente 40 minutos).
- Buscar información sobre los antecedentes, situación actual y si recibe algún tratamiento, antes de entrar en contacto con él.
- Vigilar signos de alerta: tono de voz, tensión muscular, hiperactividad motora, agitación creciente, alucinaciones auditivas, amenazas paranoides.
- Mantener una actitud terapéutica en todo momento
- Mostrarse firme y con seguridad.
- Mantener una distancia de seguridad y asegurar una vía de salida
- Evitar contacto visual fijo durante mucho tiempo ya que el paciente la puede percibir como amenaza.
- Ser respetuoso en todo momento. Tono de voz calmado y neutral.
- Dejar que hable el paciente para que se sienta escuchado.
- Evitar discutir, responder hostilmente o mostrarnos desafiantes o agresivos hacia sus argumentos para evitar aumentar el riesgo de violencia.
- Mostrar empatía, pero no conformidad aclarando cuáles son los límites y normas de la institución y del personal.

- Evitar juicios de valor.
- No buscar confrontación, sino alianzas sencillas que le tranquilicen.
- Valorar la causa de la pérdida de control y de su ira.
- Si el paciente está confuso o desorientado, orientar en tiempo- espacio.
- Comprobar la efectividad de la contención verbal a través de las respuestas del paciente, si no se puede controlar la situación proceder a otro tipo de intervención y pedir ayuda.

1.4.3 Medidas Ambientales Y/O Conductuales

- Objetivo: Se busca favorecer un ambiente y entorno adecuados. Para ello se debe tener en cuenta:
 - Reducir o limitar aquellos estímulos que puedan ser provocadores de conductas agresivas o violentas.
 - Introducir una figura que represente autoridad o que le de confianza.
 - Alejar aquellas personas que puedan producir respuestas negativas.
 - Posibilitar en la medida de lo posible actividades que puedan hacer que disminuya la respuesta agresiva (pasear, una llamada telefónica, etc.)
 - Promover la realización de respuestas desactivadoras como son técnicas de relajación, muscular, respiratorias, etc...

1.4.4 Contención Mecánica

La contención Mecánica es el uso de maniobras físicas o mecánicas dirigidas a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente en estado de agitación psicomotriz, con el fin de protegerlo de las lesiones que pudiera ocasionarse a sí mismo o a otros. Debe realizarse por un equipo entrenado en la ejecución coordinada de la maniobra y contar con los elementos requeridos para su ejecución.

Está sujeta a consecuencias médico-legales y debe ser aplicada como un último recurso, debido a sus efectos deletéreos sobre la salud del paciente o del personal de salud, ya sean físicos o psicológicos

3.4.4.1 Indicaciones

- Prevenir conductas que puedan significar algún daño para el propio paciente, terceras personas o elementos del entorno.
- Riesgos de autolesiones y suicidio.
- Alto riesgo de daño al entorno (planta física, familia, personal asistencial)
- Situaciones que representan una amenaza para su integridad física debido a la negación del paciente a beber, comer, dormir.

3.4.4.2 Materiales Requeridos

- Inmovilizadores acolchados en número de 4 (Muñecas y tobillos)
- Inmovilizador acolchado de tórax (opcional).
- Equipo de inmovilización (5 personas).

3.4.4.3 Procedimiento

- Retirar del lugar objetos que puedan ser lanzados o utilizados como armas por parte del paciente (cuchillos, floreros, objetos móviles).
- Propiciar una ubicación estratégica del equipo la cual garantice ubicar al paciente contra una pared, mientras que los cinco miembros del equipo se ubican en medialuna con relación a la posición del paciente. (gráfico 1)

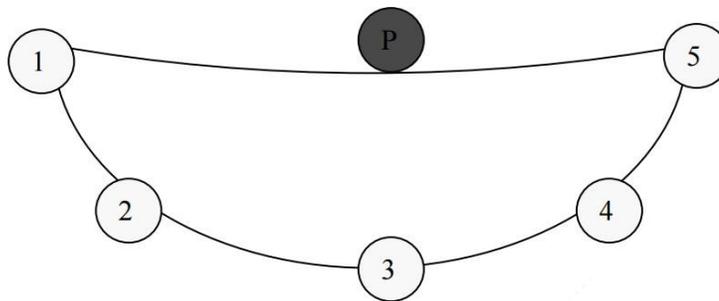


Gráfico No. 1

3.4.4.3.1 Distribución Ideal Para La Inmovilización Física De Pacientes En Crisis De Agitación Psicomotriz

- El líder del equipo que va a adelantar la maniobra de inmovilización, debe identificarse frente al paciente, e idealmente debe ocupar la posición identificada con el número 3
- El líder explica al paciente de manera tranquila pero resuelta, que, dada la condición de agitación, que representa riesgo para el paciente y para las demás personas, deben proceder a inmovilizarlo, que en la medida en la que él o ella colabore con el procedimiento las cosas serán mucho más sencillas y menos dolorosas para todos y que esto será una medida transitoria en la medida en la que él o ella pueden volver a recuperar el control de sí y de sus actos.
- Bajo ningún motivo se deben usar expresiones que puedan ser interpretadas como desafiantes o agresivas “fíjese que somos más y con usted podemos”, “usted no nos queda grande”. En igual sentido, todo el tiempo la actitud debe ser resuelta pero respetuosa y nunca agresiva.
- Una vez se haya comunicado al paciente la decisión de inmovilizar se

procede de manera conjunta y coordinada, los miembros del equipo

- correspondientes a los números 1 y 5 inmovilizan miembros superiores, mientras que el 2 y el 4 los miembros inferiores y el número 3 debe proteger la cabeza para evitar lesiones del paciente o a las personas del equipo.
- La inmovilización inicial debe buscar bloquear los puntos articulares de cada uno de los miembros.



- No se deben aplicar llaves u otro tipo de maniobras agresivas. Una vez contenido el paciente se traslada a una cama, a la cual se hará la sujeción utilizando los inmovilizadores. Se recomienda que la sujeción se haga en forma cruzada (Brazo derecho-pierna izquierda y brazo izquierdo-pierna derecha).
- Al ajustar los inmovilizadores se debe verificar que se mantenga la perfusión (llegada de sangre) a la mano y al pie. En igual sentido que no se generen abrasiones en el sitio de sujeción
- Una vez se logre la contención física se debe, en la medida de las posibilidades garantizar sedación del paciente y así evitar la ansiedad propia de la inmovilización. (Ver contención química).

3.4.4.3.2 Competencias Profesionales

La reducción de un paciente y su inmediata contención mecánica implica la disponibilidad de todo el personal de la Sección Asistencial, que pueda ser requerido de modo inmediato, (Médico, Psicóloga, Aux. de Enfermería, Trabajo Social) y el personal de seguridad.

- **Médico:** -Es el máximo responsable de la Contención Mecánica.
 - Indica la medida
 - Informa al paciente y allegados de los motivos y objetivos de la medida.
 - Dirige la contención y coordina su ejecución.

-Decide su finalización tras la valoración conjunta con el resto del equipo.

- **Equipo Psicosocial:** -Indica la contención física y toma el rol de médico, en caso de ausencia del mismo.

-Colabora en la instauración de la contención y eventual transporte del paciente e instrumental.

-Participa en los cuidados, el control y observación de los pacientes, bajo el principio de acompañamiento permanente.

-Realiza contacto con la familia, brindando información de la situación y acompañamiento

- **Auxiliar de enfermería:** -Es responsable del instrumental de la contención mecánica.

-Coopera en la ejecución y supresión de la contención mecánica.

-Participa en los cuidados, el control y observación de los pacientes, bajo el principio de acompañamiento permanente.

-Se ocupa de la custodia y mantenimiento de los instrumentos de la contención.

- **Personal de Seguridad:**

Son requeridos para colaborar en el procedimiento, con su presencia y/o intervención manual en la reducción del paciente.

3.4.4.3.3 Duración De La Contención:

“El tiempo que el paciente permanezca contenido debe ser el menor posible

“Lo ideal es lograr que la inmovilización no se prolongue más allá de una hora

Se debe hacer entrega del paciente a la IPS encargada de realizar el traslado (TAM/TAB), a la I.P.S. La decisión de retirarla será tomada por el médico

1.4.5 Contención Química – Sedación Farmacológica

La contención química debe ser un procedimiento que se lleve a cabo bajo la estricta supervisión médica. Por ello se aconseja su aplicación siempre y cuando la institución cuente con personal médico, en caso de no tener este recurso, el paciente debe inmovilizarse físicamente y ser trasladado a la mayor brevedad posible al servicio de urgencias más cercano.

El procedimiento a seguir para implementar la contención química es:

1. Contar con la presencia de médico general para la administración de la medicación.
2. Si la agitación psicomotriz es de carácter moderado o leve, sin respuesta a la contención verbal y física, debe optarse por la vía oral, teniendo en cuenta las siguientes sugerencias farmacológicas.

MEDICAMENTO	PRESENTACION	DOSIS	VIGILAR
Lorazepam	Tab. x 1 mg Tab. x 2 mgs	0.5 mgs – 2 mg	Función respiratoria. Precauciónsi hay función hepática alterada
Alprazolam	Tab. x 0.25 mgs Tab. x 0.5 mgs	0.25 mgs – 1 mg	Función respiratoria
Levomepromazina	Tab. x 100 mgs Tab. x 25 mgs	25 mgs – 100mgs	

Si la agitación psicomotriz es de carácter severo se debe hacer manejo por vía parenteral, y será bajo la responsabilidad del médico de la ambulancia Musicalizada

1.5 REMISIÓN

Si los resultados de evaluación realizada mediante la observación y la entrevista, arrojan como resultado CRISIS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ SEVERA, se debe solicitar el traslado del paciente en una ambulancia Medicalizada (TAM), a una institución que preste servicios y atención de urgencias psiquiátricas (Hospital Federico Lleras Acosta)

Si el paciente se encuentra en una Crisis de Agitación Psicomotriz Moderada y no responde a las intervenciones realizadas, se debe solicitar el traslado del paciente en una ambulancia Medicalizada (TAM), a una institución que preste servicios y atención de urgencias psiquiátricas (Hospital Federico Lleras Acosta)

Si el paciente se encuentra en una Crisis de Agitación Psicomotriz Moderada y responde a las intervenciones realizadas o se encuentra en una Crisis de Agitación Psicomotriz Leve, se debe solicitar el traslado del paciente en una ambulancia Básica (TAB), o en carro administrativo, según criterio médico, a una institución que preste servicios y atención de urgencias psiquiátricas (Hospital Federico Lleras Acosta)

3. Bibliografía

- Franklin Escobar-Córdoba¹ , María Fernanda Suárez-Beltrán², Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria, Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 52 (4): 421-430, octubre-diciembre, 2011, [http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v52n4/7Abordaje%20c linico.pdf](http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v52n4/7Abordaje%20c%20linico.pdf)

- Mantilla C, Rodríguez M, Paz A. Guías básicas de atención médica prehospitalaria. Urgencia psiquiátrica. Centro Regulador de Urgencias.Secretaría Distrital de Salud de Bogotá [Internet]. [Citado 2011, nov. 28]
<http://www.encolombia.com/medicina/Libroquiabasicaprehospitalaria/Urgenciaspsiquiatricas.htm>.
- República de Colombia, decreto 412 de 1992. *Diario Oficial* No. 40.368, 6de marzo de 1992.
- HOSPITAL NAZARETH I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADOPROTOCOLO DE AGITACION PSICOMOTRIZ,Elaboró:EquipoTerapéutico Ecoterapia Vigente Desde: 17-09/12,
[http://www.esenazareth.gov.co/hnintranet/Ejecucion/OPMASCP0041%20Protocolo%20de%20Agitacion%20Psicomotriz%20P.T.CH.%20%20V2.p df](http://www.esenazareth.gov.co/hnintranet/Ejecucion/OPMASCP0041%20Protocolo%20de%20Agitacion%20Psicomotriz%20P.T.CH.%20%20V2.pdf)
- INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y SUJECIÓN MECÁNICA,ProtocoloConsensuado. Revisión 2012., Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).Mª Luisa Rodríguez de Vera Selva. DUE especialista en Salud Mental, Natividad Alarcón Tobarra, DUE Especialista en SaludMental, Juana Ruiz García, DUE Salud Mental, Mª Dolores Pérez Mascuñán, DUE,
<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf>

4. ANEXOS

- Anexo 1. Valoración Intensidad Agitación Psicomotora

ANEXO 1

VALORACIÓN INTENSIDAD AGITACIÓN PSICOMOTORA

Agresión verbal Puntos	
1. Habla en voz muy alta, grita con enfado	1
2. Insultos personales sin gran importancia (p. ej., «¡Eres tonto!»)	1

3. Juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a si mismo 1	
4. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo («te voy a matar»), o precisa ayuda para controlarse así mismo 1	
Agresión física contra uno mismo	
5. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo(en ausencia de daño o cuando éste es mínimo) 2	
6. Golpea objetos romos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos (se produce heridas pero sin un daño grave) 2	
7. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves 2	
8. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes 2	
Agresión física contra objetos	
9. Da portazos, desparrama la ropa, lo desordena todo 3	
10. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos, hace marcas en las paredes 3	
11. Rompe objetos, como las ventanas y cristales 3	
12. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente 3	
Agresión física contra otras personas	
13. Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarra de la ropa 4	
14. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas (sin daño para ellas) 4	
15. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones) 4	
16. Ataca a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas) 4	
Puntaje total	

VALORACIÓN INTENSIDAD AGITACIÓN PSICOMOTORA

Agitación (Nivel Bajo)	Igual o menor a 10 puntos Cualquiera de los ítem 1,2,3,4 ó 5
Agresividad (Nivel Medio)	Entre 10 y 20 puntos Cualquiera de los ítem 6 , 7, 8, 9 , 10, 11 ó 12
Violencia (Nivel Alto)	Más de 20 puntos Cualquiera de los ítem 13, 14, 15 ó 16

5. REGISTRO DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	FECHA	ÍTEM MODIFICADO	DESCRIPCIÓN
02	27-10-2023	Actualización	