



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

ESPECIALIDAD MÉDICA EN PSIQUIATRÍA

"NIVEL DE GRAVEDAD DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN PACIENTES QUE REQUIRIERON SUJECIÓN TERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ DE ACUERDO A LA SUBESCALA EC-PANSS"

Tesis que para obtener el diploma de especialidad médica en Psiquiatría
presenta:

Christian Daniel López Martínez

Asesor Metodológico: M. en C. Janet Jiménez Genchi

Aseso Teórico: Dr. Horacio Reza Garduño Treviño

Ciudad de México, México

Ciudad de México, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

En agradecimiento a mis padres Cristino y Araceli, que con su ejemplo de perseverancia lograron superar las adversidades, que con su amor y enseñanzas fortalecieron mi camino y que sin ellos no hubiera logrado éste y muchos otros sueños.

En agradecimiento a mis maestros, que sin ellos la culminación de esta profesión no hubiera llegado, que con sus enseñanzas y su cobijo construyeron al psiquiatra que quiero ser.

Y a mis pacientes, que sin saberlo han madurado mi conocimiento y han aportado el pilar más importante de esta profesión, la empatía.

Gracias.

ÍNDICE

PORTADA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	

MARCO CONCEPTUAL

1. Agitación psicomotriz	4
1.1. Nombre y código	4
1.2. Definición	4
1.3. Etiología	6
<u>1.3.1 Trastornos orgánicos / delirium</u>	6
<u>1.3.2 Trastornos psiquiátricos</u>	6
<u>1.3.3 Uso de medicamentos / sustancias psicoactivas</u>	7
1.4 Fisiopatología	7
<u>1.4.1 Circuito cortico-estriado-talámico-cortical 'normal'.</u>	8
1.4.1.1 <i>Vía directa</i>	8
1.4.1.2 <i>Vía indirecta</i>	8
<u>1.4.2. Circuito cortico-estriado-talámico-cortical en la agitación psicomotriz.</u>	9
1.4.2.1. <i>Efecto del ácido gama-aminobutírico y la dopamina en el circuito cortico-estriado-talámico-cortical.</i>	10
1.5 Epidemiología	11
1.6 Factores de riesgo asociados	11
1.7 Cuadro clínico	12
1.8 Escalas utilizadas en la valoración de la gravedad de la agitación psicomotriz	13
<u>1.8.1 Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)</u>	13
1.8.1.1. <i>Corrección e interpretación</i>	14
1.8.1.2. <i>Evaluación y Validez de la prueba</i>	15
<u>1.8.2 Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Aggression Scale, OAS)</u>	15
1.8.2.1. <i>Corrección e interpretación</i>	16
1.8.2.2. <i>Evaluación y Validez de la prueba</i>	16
<u>1.8.3 Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Agitated Behavior Scale, ABS)</u>	17
1.8.3.1. <i>Corrección e interpretación</i>	18
1.8.3.2. <i>Evaluación y Validez de la prueba</i>	18
<u>1.8.4 Subescala de excitación de la escala PANSS (PANSS EC)</u>	19
1.8.4.1. <i>Evaluación y Validez de la prueba</i>	20
<u>1.8.5. Escala de Valoración de la Actividad Conductual (Behavioural Activity Rating Scale BARS)</u>	20
1.8.5.1. <i>Evaluación y Validez de la prueba</i>	21
1.9 Análisis de los instrumentos utilizados en la valoración de la gravedad de la agitación psicomotriz	22
2. Sujeción Terapéutica como manejo del paciente agitado	23
2.1 Evolución histórica de la contención física en los pacientes psiquiátricos	23

2.1.2 <u>Asclepiades (124-40 a.C.)</u>	23
2.1.3 <u>Sorano de Éfeso (98-138 d.C.)</u>	24
2.1.4 <u>Europa medieval</u>	24
2.1.5 <u>Cultura islámica en el medievo</u>	24
2.1.6 <u>Europa del Siglo XV y XVI</u>	24
2.1.7 <u>Europa del siglo XVI y XVII</u>	25
2.1.8 <u>Europa, siglo XVIII</u>	25
2.1.9 <u>Siglo XIX</u>	27
2.1.10 <u>América en el siglo XIX</u>	29
2.1.11 <u>Siglo XX</u>	29
2.1.12 <u>México, época precolombina</u>	30
2.1.13 <u>La época virreinal y el siglo XIX en México</u>	31
2.1.14 <u>México en el siglo XX</u>	32
2.2 Recomendaciones internacionales para el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes	33
2.2.1 <u>Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes</u>	33
2.2.2. <u>Estrategias para disminuir el uso y riesgo de las Inmovilizaciones</u>	35
2.2.2.1 <i>Estrategias para reducir el riesgo de las inmovilizaciones sugeridas por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>	37
2.2.3. <u>Evaluación inicial del paciente agitado</u>	38
2.3 Protocolo de Sujeción terapéutica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez	40
2.3.1 <u>Requerimientos de aplicación de la sujeción terapéutica</u>	40
2.3.1.1 <i>Observaciones especiales</i>	41
2.3.1.2 <i>Duración</i>	41
2.3.2 <u>Procedimiento de sujeción terapéutica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez</u>	42
2.3.2.1 <i>Pacientes con agitación psicomotriz severa</i>	44
2.3.3 <u>Cuidados durante la sujeción terapéutica</u>	44
2.3.4 <u>Complicaciones y lesiones potenciales en la sujeción Terapéutica</u>	46
2.3.5 <u>Normas, políticas y aspectos éticos aplicados a la sujeción terapéutica</u>	46

MÉTODO

Justificación	48
Planteamiento del problema	48
Preguntas de investigación	49
Objetivos	49
<u>Objetivos secundarios</u>	50
Operacionalización de variables	50
Muestra y muestreo	51
Criterios de selección	52
<u>Criterios de inclusión</u>	
<u>Criterios de exclusión</u>	
Instrumento	52
Diseño del estudio	55
Procedimiento	55
Consideraciones éticas	56
Plan de análisis estadístico	58

CRONOGRAMA	58
RESULTADOS	58
Características sociodemográficas	58
Características clínicas. Nivel de gravedad de agitación psicomotriz	60
Características clínicas. Análisis comparativo	62
DISCUSIÓN	68
CONCLUSIONES	70

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

- Anexo 1. Subescala de excitación de la escala PANSS (PANSS EC)
- Anexo 2. Consentimiento informado
- Anexo 3. Carta de información al jefe de servicio

Índice de cuadros y figuras

Figura 1. El circuito cortico-estriado-tálamo- cortical (vía motora)	10
Cuadro 1. Frecuencia y porcentaje de pacientes por sexo	59
Figura 2. Gráfico de barras: Frecuencia por edad de pacientes evaluados.	59
Figura 3. Gráfica de pastel: lugar de procedencia de pacientes evaluados por frecuencia	60
Cuadro 2. Consulta de primera vez o subsecuente en pacientes evaluados en el servicio de urgencias por frecuencia y porcentaje	60
Figura 4. Grafica de barras: nivel de gravedad de agitación psicomotriz en pacientes que requirieron sujeción terapéutica en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez	61
Cuadro 3. Media de los subcomponentes PANSS-EC evaluados en los pacientes Agitados	62
Figura 5. Gráfico de barras: Nivel de gravedad de agitación psicomotriz respecto al Sexo	63
Figura 6. Gráfico de barras que compara el nivel de gravedad de agitación psicomotriz y la edad por número de pacientes	63
Figura 7. Gráfico de barras que compara la frecuencia de casos por procedencia y el nivel de gravedad de agitación psicomotriz según el PANSS-EC	64
Cuadro 4. Nivel de agitación psicomotriz respecto a primera vez y subsecuencia en la consulta	65
Figura 8. Gráfico de barras que muestra la correlación entre el nivel de gravedad de agitación y la elevación en el nivel de Excitación como subcomponente	65
Figura 9. Gráfico de barras que muestra la correlación entre el nivel de gravedad de agitación y la elevación en el nivel de Hostilidad como subcomponente	66
Figura 10. Gráfico de barras que muestra la correlación entre el nivel de gravedad de agitación y la elevación en el nivel de Hostilidad como subcomponente	66
Figura 11. Gráfico de barras que muestra la correlación entre el nivel de gravedad de agitación y la elevación en el nivel de Falta de cooperación como subcomponente	67
Figura 12. Gráfico de barras que muestra la correlación entre el nivel de gravedad de agitación y la elevación en el nivel de Falta de cooperación como subcomponente	67

Abreviaturas

APA. Asociación Psiquiátrica Americana

FDA. Administración de alimentos y medicamentos (Food and Drug Administration)

HPFBA. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición

CIE-10. Clasificación internacional de Enfermedades 10ª edición.

BPRS. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale)

OAS. Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Aggression Scale)

ABS. Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Agitated Behavior Scale)

PANSS EC. Subescala de excitación de la escala del Síndrome de Síntomas Positivos y Negativos.

BARS. Escala de Valoración de la Actividad Conductual (Behavioural Activity Rating Scale)

GPI. Segmento interno del globo pálido.

SNr. Porción reticular de la sustancia negra.

GPe. Segmento externo del globo pálido.

STN. Núcleo subtalámico.

TVA. Área tegmental ventral.

ICG. Escala de impresión clínica global.

EAE. Escala de Agresividad Explícita

Resumen. *Introducción:* La agitación psicomotriz como fenómeno clínico patológico en el servicio de Urgencias del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez representa una de las urgencias psiquiátricas con potenciales complicaciones tanto para el personal de salud como para el paciente y sus acompañantes. La sujeción terapéutica como medida se considera parte del manejo inicial en pacientes con agitación psicomotriz, aunque los momentos de acción óptimos de esta indicación difieren entre los distintos protocolos institucionales y de acuerdo a distintos autores. *Objetivos:* Describir el nivel de gravedad de agitación psicomotriz de los pacientes que requirieron contención física en el servicio de urgencias y sugerir mediante el análisis de esta información el nivel de gravedad en la que el clínico tratante deberá indicar esta medida terapéutica y prevenir objetivamente sus complicaciones. *Material y métodos:* En el presente estudio se clasificó el nivel de gravedad de la agitación psicomotriz en 50 pacientes que requirieron manejo con contención física a través de la escala clinimétrica conocida como Escala del Síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS) denominado Componente de Agitación (Positive and Negative Syndrome Scale–Excited Component [PANSS-EC]), mediante un estudio observacional y su análisis estadístico se estableció el nivel promedio de gravedad. *Resultados:* De acuerdo al nivel de gravedad de agitación psicomotriz determinado por la sub escala PANSS-EC, se encontró que 16% (8) de los pacientes que requirieron sujeción terapéutica en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez evaluados en el presente estudio se encontraban en nivel de gravedad de agitación psicomotriz severa, 58% (29) en agitación moderada, 22%(11) en agitación leve y 4%(2) sin presencia de agitación psicomotriz. *Conclusiones:* El nivel de gravedad de agitación psicomotriz que con mayor frecuencia presentaron los pacientes que requirieron sujeción terapéutica en el servicio de urgencias del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, es Agitación moderada según la Escala de Síntomas Positivos y Negativos para la Esquizofrenia en su componente de

Agitación (PANSS-EC). La escala PANSS en su componente de Agitación es una herramienta útil como escala clinimétrica para evaluar el nivel de gravedad de agitación psicomotriz en los pacientes que acuden a atención médico psiquiátrica del servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y se recomienda su aplicación sistematizada en todos los pacientes con síntomas clínicos de Agitación psicomotriz

Palabras clave: Agitación psicomotriz, nivel de gravedad de agitación, contención física, urgencia psiquiátrica, PANSS-EC.

Introducción.

La agitación psicomotriz en pacientes con trastornos psiquiátricos representa un fenómeno frecuente y un problema clínicamente relevante en psiquiatría, no sólo en situaciones de emergencia, sino también durante la hospitalización o en ambientes psiquiátricos ambulatorios. Lindenmayer describió las características clave generalmente presentes en pacientes con agitación, incluyendo inquietud con actividad motora excesiva o semi intencionada, irritabilidad, mayor capacidad de respuesta a estímulos internos y externos y un curso clínico inestable¹. La Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) señaló que en la literatura científica se proponen varias definiciones bastante consistentes para este comportamiento². El DSM-5 (APA 2013)³ define la agitación como una actividad motora excesiva asociada con un sentimiento de tensión interior. La actividad es generalmente no productiva y repetitiva y consiste en comportamientos tales como excitación, movimientos repetitivos, temblor de las manos, jalones de la ropa, y la incapacidad de sentarse inmóvil. Incluso si la agresividad y la violencia no son rasgos fundamentales de la agitación, una progresión de la gravedad de la agitación puede conducir a comportamientos agresivos y violentos^{4,5}. A pesar de estos intentos de definir la agitación, sigue siendo un síndrome amplio y multifactorial y todavía hay una falta de consenso específico. La agitación se asocia con muchas condiciones psiquiátricas, incluyendo esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad (principalmente trastornos de personalidad antisociales y borderline), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y depresión mayor^{4,6}, así como con el consumo de sustancias (abstinencia o intoxicación)^{6,7}. Además, la agitación puede ser la principal manifestación clínica de varias enfermedades "orgánicas" tales como enfermedades del sistema nervioso central, incluyendo Enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer,

otros tipos de demencia, encefalitis y meningitis^{6,8} y de una amplia gama de condiciones médicas generales (por ejemplo, tirotoxicosis, hipoglucemia) y en aquellos con traumatismos cerebrales^{6,9}.

Dada la relevancia clínica y el impacto global de la agitación en psiquiatría, es esencial una pronta evaluación de los factores causales y la atención inmediata, ya que esto puede permitir el control de una conducta potencialmente peligrosa que podría progresar a la violencia. Además, la agitación psicomotriz también se ha descrito como un posible predictor del comportamiento suicida^{10,11}. Un manejo ineficaz de la agitación puede resultar en un uso innecesario de medidas coercitivas (medicación involuntaria, restricción y reclusión), escalada a la violencia, resultados adversos para el personal y los pacientes y costos económicos sustanciales para el sistema de salud¹². Por estas razones, la agitación sigue siendo un objetivo terapéutico importante, no sólo en el contexto agudo y/o de emergencia, sino también en el cuidado a largo plazo del paciente psiquiátrico⁶. En este contexto, es crucial referirse y seguir las mejores prácticas actuales derivadas empíricamente para evaluar y manejar la agitación¹³.

El presente estudio evaluó el nivel de gravedad de agitación psicomotriz en pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, como institución pública de atención en salud mental que otorga este servicio. Se evaluó de forma rápida y oportuna el nivel de gravedad de agitación en pacientes que requirieron manejo con sujeción terapéutica, justificando así esta medida que ha sido estigmatizada por la sociedad e inclusive por otras especialidades médicas, y se emitieron recomendaciones que proponen la evaluación clinimétrica previa a la sujeción terapéutica en todos los

pacientes con agitación psicomotriz, como herramienta clínica para la toma de decisiones respecto al momento óptimo de indicación de esta medida.

MARCO TEORICO

1 AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

1.1 Nombre y código

La agitación psicomotriz y la conducta agresiva no constituyen condiciones que correspondan a entidades nosológicas específicas, sino que pueden estar presentes en múltiples trastornos o enfermedades, por lo cual no cuentan con códigos específicos en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)¹²⁻¹⁵.

1.2 Definición

La agitación psicomotriz se define como un estado de hiperactividad física y mental descontrolada e improductiva, asociada a tensión interna.^{16,17}

El uso actual del término incluye la descripción de un estado subjetivo o de un comportamiento objetivo. La agitación psicomotora es una perturbación del movimiento y el comportamiento asociados con condiciones psiquiátricas o físicas.¹⁸

Los comportamientos agitados se describieron en los textos psiquiátricos desde principios del siglo XIX, pero han recibido poca atención en los textos más contemporáneos.

La agitación se describe en una amplia gama de síndromes psiquiátricos y la investigación de estas asociaciones, e incluso las publicaciones sobre ésta, se ven obstaculizadas por definiciones vagas y contradictorias.

Etimológicamente, 'Psicomotriz' es una palabra compuesta de la palabra griega 'psique' – que define al alma (o mente)-; y la palabra latina 'motor o motoris' - para poner en movimiento, para moverse – ¹⁹. De acuerdo a esto, se puede describir de distintas maneras como:

- La actividad mental que precede a la actividad motora,²⁰
- Los efectos motores de la actividad mental; particularmente el movimiento que es voluntario y consciente;²¹
- La combinación de los eventos mentales y motores implicados en el movimiento.²¹

El término "psicomotriz" o "psicomotor" se utiliza en formas específicas, pero contradictorias, para describir el movimiento voluntario y consciente²², la expresión motora voluntaria, involuntaria y emocional²³ y también los movimientos que se encuentran entre el nivel de integridad neuromotora básica (por ejemplo, reflejos, marcha, postura) y el de la organización perceptual y cognitiva de la conducta. La tasa de proceso del pensamiento, la comunicación verbal y no verbal, así como los aspectos más obvios de la postura, la velocidad del movimiento y la motilidad de todo el cuerpo también son considerados por otros autores²⁴.

La palabra 'agitación' se deriva de la raíz latina 'agere' que significa 'conducir'¹⁹ y se expresa en las palabras latinas 'agitatio', 'Agitatus' y 'agitare' que conllevan la idea de moverse o moverse de un lado a otro.

El uso médico del término "agitación psicomotora" refleja las ambigüedades inherentes a ambas palabras. Algunos lo definen como la excitación física y la inquietud que, por lo

general, pero no necesariamente, están asociadas con la angustia o la perturbación mental.⁴³ Otros destacan la perturbación mental que causa la inquietud motora.²⁵ La agitación psicomotora también se define con frecuencia refiriéndose a un estado de tensión o inquietud como un todo, que incluye componentes tanto mentales como físicos.²⁶

1.3 Etiología

La etiología de la agitación psicomotriz puede considerarse en tres grupos de trastornos:

1.3.1 Trastornos orgánicos / *delirium*

Suelen presentarse con compromiso del estado de conciencia, desorientación, cambios afectivos, fluctuaciones a lo largo del día, alucinaciones visuales y signos de la enfermedad subyacente; debe sospecharse en todo cuadro de inicio agudo o de aparición en adultos mayores; incluyen:^{15,18,27}

- Traumatismos cerebrales (principalmente del lóbulo frontal).
- Epilepsia del lóbulo temporal.
- Infección del sistema nervioso central.
- Encefalopatía (hepática, anóxica, urémica, hipertensiva).
- Accidente cerebro-vascular.
- Trastornos del equilibrio hidroelectrolítico.
- Neoplasias cerebrales.
- Hipoglicemia/hiperglicemia
- Hipertiroidismo.
- Porfiria aguda intermitente.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Infecciones sistémicas

1.3.2 Trastornos psiquiátricos

- Trastornos psicóticos (esquizofrenia, psicosis aguda).
- Trastornos afectivos (trastorno bipolar, depresión mayor).
- Trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo).
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos de la personalidad (principalmente limítrofe y disocial).
- Trastornos generalizados del desarrollo (autismo, síndrome de Asperger).
- Trastornos de inicio en la infancia (trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad).
- Retraso mental.
- Demencia.

1.3.3 Uso de medicamentos / sustancias psicoactivas

- Intoxicación / abstinencia alcohólica.
- Intoxicación por cocaína, anfetaminas o alucinógenos.
- Psicosis inducida por sustancias psicoactivas.
- Uso de corticosteroides, anticolinérgicos o levodopa.

1.4 Fisiopatología

No se conoce la fisiopatología exacta de la agitación psicomotriz y la conducta agresiva, aunque las hipótesis más aceptadas en la actualidad mencionan un incremento en la actividad dopaminérgica y noradrenérgica, así como una mengua en la actividad gabaérgica

y serotoninérgica. Así mismo se asume que el control cortical prefrontal puede ser superado por los impulsos emotivos o agresivos de niveles encefálicos inferiores, ya sea que el estímulo externo desencadenante de la agitación haya sido un estímulo muy intenso o que, sin serlo, falle la coordinación entre los niveles corticales y subcorticales.⁷

1.4.1 Circuito cortico-estriado-talámico-cortical 'normal'.

A nivel cerebral hay varios circuitos neuronales paralelos que intervienen en la integración de la actividad motora, sensorial, emocional y cognitiva; uno de ellos, el circuito cortico-estriado-tálamo-cortical, ha sido ampliamente estudiado en relación a su participación en la fisiopatología de la agitación psicomotriz.^{1,18,29,30}

Las proyecciones aferentes corticales hacia el circuito son excitatorias y parten predominantemente desde las cortezas prefrontal y sensorio-motora, hacia el cuerpo estriado (vía principal de entrada a los ganglios de la base), permitiendo la “expresión” del movimiento generado en la corteza. El cuerpo estriado tiene dos vías diferentes para enviar la información hacia el tálamo, sitio que filtra los estímulos que retornarán a la corteza para ser ejecutados.

1.4.1.1 *Vía directa*: las proyecciones inhibitorias que parten desde las neuronas de los núcleos caudado y putamen, llegan hasta las neuronas tónicamente inhibitorias del segmento interno del globo pálido (GPi) y la porción reticular de la sustancia negra (SNr), las cuales proyectan sinapsis inhibitorias a los núcleos ventral anterior y lateral del tálamo, sirviendo para disminuir el tono inhibitorio talámico sobre las neuronas motoras superiores. En resumen, la vía directa del circuito cortico-estriado-talámico cortical “libera el movimiento” en condiciones normales.

1.4.1.2 *Vía indirecta*: las proyecciones inhibitorias de las neuronas de los núcleos caudado y putamen se proyectan hacia las neuronas tónicamente inhibitorias del segmento externo del globo pálido (GPe), las cuales se proyectan hacia el núcleo subtalámico (STN). Por su parte el núcleo subtalámico (STN) proyecta conexiones hacia el segmento interno del globo pálido (GPi) y la porción reticular de la sustancia negra (SNr), donde su impulso transitoriamente excitador subtalámico sirve para modular los efectos desinhibidores de la vía directa. En resumen, la vía indirecta del circuito cortico-estriado-talámico-cortical sirve como “freno sobre la función normal de la vía directa” en los núcleos ventral anterior y lateral del tálamo.

1.4.2. Circuito cortico-estriado-talámico-cortical en la agitación psicomotriz.

Ante la pérdida de la función reguladora del cuerpo GPi/SNr sobre el tálamo, éste pierde su capacidad de filtrar los estímulos hacia la corteza motora (primaria y secundaria) alterando el control motriz con la consecuente hiperactividad motora, observable en la agitación psicomotriz. Aunque se ha propuesto un mecanismo general de la agitación, también se han descrito los mecanismos fisiopatológicos subyacentes en diversos cuadros clínicos psiquiátricos, en los cuales la transmisión dopaminérgica y gabaérgica, son las constantes predominantes, aunque también la transmisión serotoninérgica y glutamatérgica están involucradas.^{1,29}

La dopamina, serotonina y noradrenalina, liberadas desde estos niveles subcorticales hacia el circuito, favorecen la sobre-estimulación de la vía directa del circuito, con la consecuente hiperactividad motora (esto puede explicarse por qué los antipsicóticos se han aprobado para el control farmacológico)^{1,29}.

1.5 Epidemiología

Entre el 20% y el 50% (incluso hasta un 60%) de los pacientes psiquiátricos, independientemente del diagnóstico, que acuden a un servicio de urgencias, tiene riesgo de agitación, en tanto que del 4.3% al 10% (incluso hasta 25%) llegan a presentar un cuadro de agitación psicomotriz. De forma general, se acepta que la incidencia de la agitación psicomotriz ocurre en el 10% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias.^{5,18,28,29,31,32}

En 2005, en Estados Unidos, los investigadores Marco y Vaughan estimaron, que de 3.4 millones de consultas que se otorgaron en los servicios de urgencias psiquiátricas de ese país, el 21% de los casos de agitación psicomotriz ocurrieron en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, el 13% en pacientes con trastorno bipolar y el 5% en pacientes con demencia, en los servicios de urgencias psiquiátricas.³³

1.6 Factores de riesgo asociados

El principal factor de riesgo para presentar agitación psicomotriz o conducta agresiva es la existencia previa de alguno de los trastornos o condiciones mencionados previamente. Los siguientes factores predicen un mayor riesgo de agresividad^{18,34}:

- Sexo masculino.

- Edad joven.
- Antecedentes de agresividad.
- Violencia en la familia de origen.
- Número de hospitalizaciones previas.
- Desempleo reciente.
- Personalidad disocial.
- Alucinaciones auditivas imperativas.
- Delirios de persecución o daño.
- Consumo de sustancias adictivas.

1.7 Cuadro clínico

Las manifestaciones de la agitación psicomotriz son las siguientes:

- Actividad verbal o motora incrementada, repetitiva y sin propósito.
- Hiperexcitabilidad (respuesta exagerada ante estímulos, irritabilidad).
- Síntomas de activación simpática (taquicardia, sudoración, boca seca).
- Sensación subjetiva de pérdida del control.
- Agresividad contra otros o contra sí mismo.

Deben considerarse, sin embargo, los siguientes signos de alarma, que por lo general preceden a la agitación franca ^{12,16,27,34}:

- Discurso hostil o suspicaz, volumen progresivamente alto.
- Invasión del espacio personal del entrevistador.
- Cambio súbito de conducta.
- Intranquilidad.

- Labilidad emocional.
- Ceño fruncido, labios apretados, manos en puño, brazos en jarra.
- Hiperventilación.
- Contacto visual fijo, prolongado o impertinente.
- Palidez / rubicundez.

1.8 Escalas utilizadas en la valoración de la gravedad de la agitación psicomotriz

Para una intervención oportuna se precisa de una buena valoración del episodio de agitación psicomotriz. Existen escalas de valoración donde a través de una serie de ítems se valora el grado de agitación del paciente.

Existen pocas escalas que valoren la agitación psicomotriz como tal, pero si escalas que valoran los signos y síntomas de esta. El evaluar la presencia y gravedad de estos signos y síntomas, permite objetivar el estado clínico de los pacientes, y de esta manera, disminuir la posibilidad de darle prioridad a la impresión subjetiva del clínico, la cual es de difícil medición e impide contar con parámetros adecuados de comparación y de comunicación con otros clínicos.³⁵

1.8.1 Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

La BPRS fue desarrollada para realizar evaluaciones rápidas y altamente eficientes de los cambios producidos en los síntomas de los pacientes psiquiátricos.

Es un instrumento de fácil comprensión y aplicación, diseñado para ser administrado por clínicos expertos con base en la información obtenida durante la entrevista clínica y la observación del paciente. Se estima que la escala se debe aplicar en 20 a 30 minutos mediante un modelo de entrevista semiestructurada.

La versión más utilizada en la actualidad consta de 18 ítems (la versión original tenía 16), aunque existe una versión ampliada con 24 ítems.

En la versión de 18 ítems se utiliza una escala Likert de 4 valores que oscila entre 0 (ausencia del síntoma) y 4 (muy grave). Para cada ítem existe una definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación.

1.8.1.1. *Corrección e interpretación:*

La versión de 18 ítems proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas negativos y síntomas positivos.³⁶

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems, por lo que puede oscilar entre 0 y 72.

La puntuación en el clúster de síntomas negativos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 3 (retramiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación). Esta puntuación oscila entre 0 y 16.

La puntuación en el clúster de síntomas positivos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (susplicacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenidos de los pensamientos inusuales). Su puntuación también oscila entre 0 y 16.

Para la versión de 18 ítems puntuados con una escala Likert de 4 valores, de 0 a 4, se recomiendan los siguientes puntos de corte:

- 0-9: ausencia del trastorno
- 10-20: trastorno leve o “caso probable”
- > o igual a 21: trastorno grave o “caso cierto”.³⁶

1.8.1.2 *Evaluación y Validez de la prueba*

Sánchez, Ibáñez y Pinzón, evaluaron la confiabilidad prueba-reprueba e inter evaluador y se analizó en una submuestra de 30 pacientes. La validez concurrente se evaluó comparando los puntajes de la escala BPRS con los de la escala de impresión clínica global (ICG). La sensibilidad al cambio se evaluó comparando las puntuaciones en dos momentos clínicamente diferentes. El análisis de los componentes principales indica una estructura conformada por tres dominios: esquizofreniforme, bipolaridad y depresión. El instrumento mostró una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79). Los coeficientes correspondientes a la confiabilidad inter evaluador y prueba-reprueba fueron de 0,94 y 0,82, respectivamente. La correlación entre la escala BPRS y la ICG fue de 0,7 (r de Spearman). Un análisis de Anova de los sujetos mostró que la escala es un instrumento con buena sensibilidad para detectar cambios de las condiciones clínicas. A partir de este estudio se concluyó que la versión en lengua española es un instrumento de registro por parte del médico que es válido y tiene adecuadas propiedades clinimétricas.³⁷

1.8.2 Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Aggression Scale, OAS)

La OAS fue diseñada para medir objetivamente la agresividad de los pacientes. Evalúa 4 modalidades de agresividad: verbal, física contra uno mismo, física contra objetos y física contra otras personas.

Cada ítem es valorado desde una doble perspectiva: gravedad y frecuencia. La puntuación de gravedad se realiza mediante una escala tipo Likert de 5 valores de intensidad, desde 1 (no presenta ese tipo de agresividad) hasta 5 (la gravedad es extrema).

La valoración de la frecuencia se realiza de forma abierta, indicando el número de veces que el paciente ha presentado en el mes previo las conductas correspondientes al nivel de gravedad. El marco de referencia temporal queda a elección del evaluador, dependiendo de la frecuencia de actos violentos.

1.8.2.1 *Corrección e interpretación:*

Proporciona una puntuación global que se obtiene de la suma de las puntuaciones de los diferentes ítems. No hay punto de corte establecido; a mayor puntuación, mayor gravedad.³⁶

1.8.2.2 *Evaluación y Validez de la prueba*

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” en 39 pacientes del servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que fueron referidos por presentar conductas agresivas; se evaluó la severidad clínica al inicio y al final del estudio por medio de la Escala para Síndrome Positivo y Negativo en Esquizofrenia (PANSS). Para la evaluación de la agresividad se utilizó la Escala de

Agresividad Explícita (EAE) u OAS por sus siglas en inglés. Las evaluaciones clínicas con la EAE se aplicaron semanalmente durante 4 semanas con la finalidad de obtener su validez predictiva.³⁸

Se encontró en dicho estudio un coeficiente de correlación intraclase de 0.96 para la EAE total. Los pacientes mostraron menor intensidad en la severidad de los síntomas psicóticos y reducción en el número de episodios agresivos a lo largo de su hospitalización. Asimismo, hubo una disminución gradual en la puntuación total de la EAE. No se encontraron diferencias significativas en la severidad de los síntomas psicóticos, el número de episodios de agresividad ni el promedio total de la EAE, entre los diferentes diagnósticos. No se hallaron tampoco asociaciones significativas entre la agresividad y las características sociodemográficas de la muestra. Se encontró una correlación positiva entre la puntuación de la subescala positiva de la PANSS con la severidad total de la EAE.³⁸

En el mencionado estudio, el coeficiente de correlación intraclase de la evaluación global de la agresividad con la EAE fue similar al que se indicó en el estudio original. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia mostraron una severidad similar en la agresividad al compararse con los que recibieron otros diagnósticos, lo que sustenta los hallazgos documentados en otros estudios en los que se establece que la severidad de la agresividad es independiente del diagnóstico. Al inicio del citado estudio se observó una correlación entre los síntomas positivos y la evaluación global de agresividad con la EAE, lo que sugiere una validez concurrente. En conclusión, la versión en castellano de la Escala de Agresividad Explícita (EAE) o Overt Aggression Scale (OAS) mostró ser un instrumento confiable y válido

para la evaluación de la agresividad y su utilización puede contribuir al desarrollo de líneas de investigación clínica en países de habla hispana.³⁸

1.8.3 Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Agitated Behavior Scale, ABS).

Es una escala que fue diseñada para evaluar la agitación en el contexto de pacientes en el periodo post traumatismo encefálico, pero también se ha utilizado ampliamente en psiquiatría. Es claramente más compleja pero facilita información concreta sobre los diversos aspectos de la excitación y de agitación.³⁹

Evalúa la agitación de forma objetiva y es un instrumento de administración heteroaplicada.

Mide de forma objetiva el grado de agitación de los pacientes en 14 variables, agrupadas en 3 factores: desinhibición, agresividad y labilidad.

La escala incluye 14 ítems que se agrupan en tres factores:

- Desinhibición: ítems 1-2,6-10
- Agresividad: ítems 3-5,14
- Labilidad: ítems 11-13-6

Estos son los 14 ítems: Atención, Impulsividad e intolerancia, Falta de cooperación, Violencia o amenazas, Enfado explosivo o impredecible, Conductas autoestimuladoras, como tirar de los mecanismos de contención, etc., intentar deshacerse de catéteres, sondas, etc., abandono del área asistencial, Inquietud, Conductas repetitivas motoras o verbales, Tono elevado, taquifemia, Cambios bruscos de humor, Llanto excesivo o risa fácil, Abuso autoinflingido físico o verbal, insultos, etc.³⁹

El entrevistador debe puntuar de acuerdo con una escala tipo Likert de 4 grados de intensidad, desde 1 (ausencia) hasta 4 (presente en grado extremo).

1.8.3.1 *Corrección e interpretación:*

Proporciona una puntuación total, suma de las puntuaciones en los 14 ítems, y puntuación en cada uno de los tres factores. No existen puntos de corte propuestos, a mayor puntuación, mayor gravedad de la agitación³⁶.

1.8.3.2 *Evaluación y Validez de la prueba*

La escala se encuentra validada, en su idioma original, realizando 900 observaciones en 100 pacientes con lesión traumática cerebral, 102 pacientes con demencia y 6 con anoxia.⁴⁰

1.8.4 Subescala de excitación de la escala PANSS (PANSS EC)

Es la subescala fundamentalmente utilizada en los ensayos clínicos para valorar los efectos de la restricción farmacológica en el paciente agitado, es un subconjunto de ítems derivados de la Escala del síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS) denominado Componente de Agitación (Positive and Negative Syndrome Scale–Excited Component [PANSS-EC]).⁴¹

Consta de 5 ítems, los cuales poseen un código de identificación con un número ascendente y una letra que representa el componente general de procedencia (P = positivo; G=psicopatología general y N= negativo):⁴¹

- Excitación (ítem P4). Hiperactividad reflejada en una actividad motora acelerada, respuesta exagerada a estímulos, hipervigilancia o labilidad afectiva excesiva.

- Hostilidad (ítem P7). Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, incluyendo el sarcasmo, comportamiento pasivo-agresivo, abuso verbal y agresividad.

- Tensión motora (ítem PG4). Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud.

- Falta de cooperación (ítem PG8). Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia.

- Control deficiente de impulsos (ítem PG14). Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias.

Los ítems se miden desde 1 (no presente) al 7 (muy grave). La puntuación total va de 5 a 35 puntos. Dependiendo de la puntuación se interpreta:⁴¹

- Presencia de agitación = A partir de 14 puntos.

- Agitación leve =14 y =19 puntos

- Agitación moderada =20 y =29 puntos

- Agitación severa =30 puntos

1.8.4.1 *Evaluación y Validez de la prueba*

El grado en que la subescala de EC-PANSS, produce resultados consistentes y coherentes, es decir en que su aplicación repetida al mismo sujeto produce resultados iguales, se traduce en una confiabilidad con el alfa de Cronbach de 0,86.¹²

1.8.5 Escala de Valoración de la Actividad Conductual (Behavioural Activity Rating Scale BARS)

La escala de Valoración de la Actividad Conductual, quizás sea la escala más sencilla y útil. Fue desarrollada para la investigación clínica de un nuevo antipsicótico para el tratamiento de la esquizofrenia.

Distingue siete niveles de activación:

- Difícil o incapaz de despertar
- Dormido, pero responde normalmente
- Somnoliento, parece sedado
- Despierto y tranquilo (normal)
- Signos de franca actividad física o verbal, se puede calmar
- Actividad extrema o continua, pero no precisa contención
- Violento, requiere contención

Se valora de 1 a 7 dependiendo del nivel de activación que mejor se corresponde con el estado del paciente.³⁹

1.8.5.1 *Evaluación y Validez de la prueba*

Los resultados clinimétricos de la escala de evaluación de la actividad conductual (BARS) utilizando los datos de tres ensayos clínicos de fase III en pacientes agitados con psicosis aguda y en pacientes psicóticos estables demostraron la validez convergente y la validez divergente. Se evaluaron los datos en sujetos con agitación aguda. Para investigar la validez convergente, se buscó la correlación de Pearson y Spearman de las puntuaciones de BARS con puntuaciones en la Escala de Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S) y un grupo predefinido de agitación relacionados con los elementos de la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS). Para la validez divergente, se buscó correlación de Pearson y

Spearman entre las puntuaciones BARS y un grupo predefinido de artículos PANSS para medir los síntomas negativos. También se evaluó la capacidad de respuesta al efecto del tratamiento y la fiabilidad del evaluador. En el estudio, los coeficientes de correlación de Pearson de las puntuaciones de BARS con elementos de agitación de PANSS y CGI-S fueron moderados (validez convergente) y estadísticamente significativos ($P < 0,005$). La correlación entre las puntuaciones de BARS y las puntuaciones de componentes negativos de PANSS fue baja (validez divergente). El tamaño del efecto de tratamiento fue mayor para BARS que para los elementos de agitación de PANSS y CGI-S (sensible a diferencias de tratamiento). Se consiguió una confiabilidad prácticamente perfecta entre los examinadores y entre los evaluadores. El estudio produjo resultados similares. BARS mostró propiedades clinimétricamente válidas para la medición de la actividad conductual en pacientes agitados con psicosis aguda.⁴²

1.9 Análisis de los instrumentos utilizados en la valoración de la gravedad de la agitación psicomotriz

La agitación y el comportamiento agresivo debido a trastornos psiquiátricos primarios son particularmente prevalentes en los servicios psiquiátricos de urgencias y unidades psiquiátricas especializadas. Durante estas situaciones de emergencia, pueden ocurrir lesiones tanto para los pacientes como para el personal, y se requiere una acción rápida y efectiva para minimizar los riesgos. Una serie de instrumentos se utilizan en entornos clínicos y de investigación, lo que permite la evaluación rápida de los niveles de agresión y ansiedad en los pacientes como ya se ha mencionado.⁴¹

La medida preferida en los ensayos modernos es un subconjunto de ítems derivados de la Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS), los cuales evalúan específicamente tanto los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia como la psicopatología general. Para desentrañar la estructura de los ítems PANSS, se ha realizado un número considerable de análisis factoriales y la mayoría de los estudios publicados favorecen una solución de cinco factores: factores negativos, positivos, desorganizados (o cognitivos), excitados y depresión / ansiedad.⁴¹

Desde la perspectiva del clínico, el componente PANSS Excited (PANSS-EC) es una de las escalas más simples e intuitivas utilizadas para evaluar a los pacientes agitados.⁴¹

Los análisis factoriales confirman la estructura unifactorial de la subescala PANSS-EC. El PANSS-EC mostró una fuerte correlación lineal con escalas de calificación como CGI-S y ACES. PANSS-EC también ha demostrado una excelente capacidad para detectar cambios reales en pacientes agitados.⁴¹

2 . SUJECCIÓN TERAPEUTICA COMO MANEJO DEL PACIENTE AGITADO

2.1 Evolución histórica de la contención física en los pacientes psiquiátricos

Desde la antigüedad el enfermo mental fue considerado un problema para la sociedad y solía resolverse con la represión de los mismos en lugares semejantes a cárceles. Se consideraba habitual y sistemático el uso de la inmovilización física con cadenas, frecuentemente asociado a torturas como azotes o inmersiones en agua helada. Pocos personajes intentaron humanizar el cuidado de estos pacientes, proponiendo medidas que suavizaran la sujeción.⁴³

2.1.2 Asclepíades (124-40 a.C.)

Promocionaba la terapia mediante alimentos, higiene, masajes y ejercicio en contra del castigo físico y del aislamiento.⁴⁴

2.1.3 Sorano de Éfeso (98-138 d.C.)

Sustituyó las cadenas por ataduras de lana y textiles que redujesen las complicaciones.⁴⁴

2.1.4 Europa medieval

La religión ejercía un gran poder sobre la sociedad e influía mediante sus creencias sobre la locura relacionándola con el pecado, el castigo divino o la brujería. Las personas acudían antes al sacerdote que al médico y eran recluidas en edificios religiosos donde las condiciones en las que vivían eran lamentables, siendo el castigo físico junto a la inmovilización las medidas “benévolas” que se practicaban.⁴⁴

2.1.5 Cultura islámica en el medievo

La cultura islámica creció de forma cualitativa y cuantitativa, una prueba de esto fueron las construcciones de los primeros centros para dementes, donde los enfermos mentales eran tratados dignamente. También se desmintieron las falsas creencias sobre la enfermedad mental, pues se negó que los pacientes fueran poseídos por demonios y que debieran ser castigados o encadenados y defendieron la eliminación de las sujeciones físicas.⁴⁴

2.1.6 Europa del Siglo XV y XVI

En España se produjeron importantes avances, instituyendo un tratamiento moral y más humanitario a los pacientes con enfermedades mentales. En 1409, retiraron las cadenas y utilizaron el ejercicio, la higiene, la dieta, el trabajo y el ocio como medidas terapéuticas. Los

principales referentes los compusieron el manicomio de Valencia “Hospital de los Santos Inocentes” (inaugurado a principios del siglo XV) y el manicomio de Zaragoza “Hospital de Nuestra Señora de Gracia” (1425). Sin embargo, aunque estos centros fueron reconocidos por una asistencia caritativa, disponían de instrumentos de sujeción de hierro que se usaban para los pacientes más violentos.⁴⁴

2.1.7 Europa del siglo XVI y XVII

Se produjo un gran abandono de los enfermos mentales. Los recursos asistenciales eran muy escasos, por ello comenzarían a ocuparse del cuidado las comunidades religiosas, aunque estas últimas también comenzaron a desaparecer. Muchas familias tendrían que encerrar a los enfermos en sus propias casas. Los pacientes más violentos eran encerrados en mazmorras y los más tranquilos solían abandonarse. Los psiquiatras de esta época seguían recomendando las ataduras como medida básica para el control de la conducta en los manicomios, no obstante, se oponían a la severidad de su utilización.⁴⁴

2.1.8 Europa, siglo XVIII

Las ideas ilustradas propiciaron el trato humanitario hacia los pacientes psiquiátricos. Estos principios se originaron en Gran Bretaña, pero se extendieron hasta Alemania, Italia y Francia.⁴³ En este último país surgieron las prácticas de Jean-Baptiste Pussin (1746-1811), que propugnaba el tratamiento moral de “los locos”, recurriendo con fines terapéuticos a la parte de su razón que no estuviese perturbada. Pussin era una persona caritativa y benévola para con los enfermos, de voluntad enérgica y un excelente observador, quien fue el maestro de otro importante personaje para este siglo, Philippe Pinel, quien con poco tiempo en el manicomio de Bicêtre, decidió reformar la manera de tratar a los internos, pidiendo

autorización para suprimir el uso de cadenas, los celadores se mostraron reticentes y la autorización no le fue concedida inicialmente, pero terminó por conseguirla y difundir sus propuestas. En 1795 Pinel fue nombrado médico jefe del hospital de la Salpêtrière, donde aplicó las mismas reformas que en Bicêtre, contando siempre con el apoyo de Pussin, mejorando la organización y las condiciones de este hospital.⁴⁵

En 1798, Pinel escribió *Nosographie philosophique (o Méthode appliquée à la médecine)*, una clasificación de las enfermedades mentales, llamadas por entonces vesanías. Pinel estableció con ella los fundamentos del diagnóstico psiquiátrico moderno, al vincular el método analítico con la tradición hipocrática, ésta basada sobre los principios clasificatorios de las ciencias naturales y la impronta conceptual de Locke y Condillac y de ella obtuvieron provecho muchas generaciones posteriores de psiquiatras o "alienistas", entre los cuales encontrará consenso, con pequeñas modificaciones, durante unos 20 años. Pinel redactó en 1801 un *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale*⁴⁵.

Pinel consideraba a las enfermedades mentales como un desarreglo de las facultades cerebrales causado por cierto número de causas: Causas físicas (directamente cerebrales o simpáticas), Herencia, Causas morales (a las que le atribuye más de la mitad de los casos) y que se pueden separar en Pasiones intensas y fuertemente contrariadas o prolongadas, y excesos de todo tipo. Pinel suprimió las sangrías y los tratamientos inútiles, que no servían más que para debilitar a los enfermos. Pensaba que se podía curar a los locos con palabras de estímulo y que, en el caso de los delirantes, podía atenuarse la opresión de la idea dominante mediante un razonamiento hábil, para lo que la figura del médico ocupaba un lugar crucial. A pesar de aquello, algunos de sus tratamientos (como la sofocación en

pilones de agua, con el paciente atado a una silla basculante, o la "cura de hambre") han de considerarse actualmente como bastante brutales.⁴⁵

Las ideas de Pinel, continuadas por Esquirol, originaron la legislación psiquiátrica francesa de 1838, que permaneció vigente hasta 1900. Tuvieron gran influencia en la psiquiatría y en el tratamiento de los "enajenados mentales", no solo de su época, sino también de las generaciones siguientes, tanto en Europa como en Norteamérica.⁴⁴ Estos avances destacaron la importancia de las ratios mínimos de personal, de su formación y de su vigilancia, con el objetivo de disminuir la inmovilización.⁴⁴

No obstante, a pesar de los nuevos avances con el tratamiento moral, la sujeción desmedida continuó aplicándose. Fue entonces cuando surgió la invención de la camisa de fuerza como respuesta y para la humanización de la asistencia, la cual permitía la deambulación y en algunos manicomios admitían el uso excepcional de castigos corporales como la "silla tranquilizadora", que consistía en una silla con ataduras en el abdomen, brazos y piernas.⁴⁴

2.1.9 Siglo XIX

En Gran Bretaña, un conjunto de psiquiatras se unió para reducir el uso de la contención de los pacientes, proponían que la sujeción debía aplicarse a partir de una orden médica, de forma intermitente y debía registrarse la causa y duración por escrito. Escribieron varias publicaciones basadas en modelos de no restricción, en donde establecieron otras medidas como aumentar los salarios y la formación de los cuidadores, incrementar el número de ellos por turno y asegurar unas instalaciones adecuadas. La principal premisa del método de no-contención era evitar cualquier agitación del paciente. Si bien suprimieron la contención,

para los enfermos más violentos recomendaron las habitaciones acolchonadas. Este modelo de no restricción permitió la promulgación de nuevas leyes y normas e influyó hacia un pensamiento más humanitario y de respeto hacia el enfermo mental.⁴⁶

A finales del siglo XIX las crisis económicas y la falta de recursos y centros estancaron los progresos conseguidos y en el resto de Europa esta ideología aparece más tarde. En Alemania existían pocos hospitales que atendieran enfermos mentales, éstos continuaban siendo encarcelados en edificios adecuados para ese fin y se diseñaron nuevas herramientas para controlar la conducta alienada como la Máscara de Autenrieh que reducía los gritos e impedía las mordeduras y esputos.⁴⁶

En España, la idea de no contención tampoco tuvo mucho eco, consecuente a las dificultades de acceder a las publicaciones extranjeras y a las dificultades para ingresar al país. Esto supuso una falta de normativas y reglamentos aunado a la insuficiencia de cuidadores, manteniéndose la práctica de la represión y contención de los enfermos. Durante el llamado Trienio Liberal (1820-1823) se promulgaron las primeras leyes para reducir la inmovilización, llamadas las Leyes de Beneficencia, que prohibían el uso de cadenas y se recomendaban alternativas como las habitaciones acolchonadas y las camisas de fuerza. Sin embargo, la crisis económica y política de la época no pudo detener la decadencia de los centros para dementes y es por ello por lo que durante este periodo histórico las órdenes religiosas se hicieron cargo del cuidado de estos pacientes.⁴⁶

Se crearon clínicas privadas como el manicomio de Nueva Belén, que sustituyeron las técnicas más duras como las cadenas y grilletes por otras más sutiles como correas, lazos, cinturones, camisas y sillas de fuerza.⁴⁶

En 1885 se elaboró un decreto real que regulaba la hospitalidad de los centros y el control judicial de los ingresos y recomendaba los métodos de contención más adecuados.⁴⁶

2.1.10 América en el siglo XIX

En América la idea de la restricción era similar a la europea. Compaginaron en la contención para aquellos enfermos más agresivos y el tratamiento humano. Y generalmente la atención psiquiátrica se basaba en la represión de los pacientes. Algunas corrientes se pronunciaron a favor de la contención y como negligencia no utilizarla en algunos casos. Otras corrientes opinaban que su uso no se podía evitar, cuando, por ejemplo, el enfermo mostraba intentos de autolesión ya que las familias podían demandar a la institución si no se aplicaban dichas medidas. Las herramientas que se utilizaban eran camisas de fuerza o cintas para las muñecas, aunque se llegaban a utilizar cadenas de hierro para los más violentos. Éstas últimas medidas de contención estaban apenas aprobadas en Europa, pero en E.U.A. se mantenía una opinión positiva hacia ellas, incluso se publicaron numerosos documentos donde justificaban dichos procedimientos. La filosofía de no-restricción nunca fue instaurada en comparación con Gran Bretaña. A pesar de esto, se publicaron algunos artículos que sugerían la disminución del uso de la sujeción, argumentando problemáticas e implementando instrucciones sobre los cuidados, resaltando la importancia de la supervisión y vigilancia de la persona contenida.⁴⁶

2.1.11 Siglo XX

A mediados del siglo XX, comienza el avance hacia una progresiva disminución del uso de inmovilización física debido a dos grandes progresos ideológicos:

La aparición de los nuevos fármacos antipsicóticos. Permitió llevar un mejor control de la conducta de los pacientes psiquiátricos que hasta el momento se les contenía por su estado de agitación. La mejoría del comportamiento redujo la utilización de sujeción y supuso un avance terapéutico para la asistencia psiquiátrica que comenzó a interesarse por la etiología de la enfermedad mental.⁴⁶

La publicación de declaraciones ético-legales propiciaron la humanización del cuidado. La Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas y en 1991, los Principios para la protección de los enfermos mentales. También el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la neurobiología y la medicina en 1997 y El Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre protección de los Derechos Humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental del año 2000.⁴⁶

Durante las últimas décadas varias instituciones sanitarias, colegios profesionales y sociedades científicas, realizaron numerosos manuales y recomendaciones basadas en una asistencia psiquiátrica segura, de calidad y humana.⁴⁶

Analizando la perspectiva de las ideologías de la contención física a través del tiempo y como el concepto del paciente psiquiátrico ha ido evolucionando a lo largo de los siglos se puede confirmar la controversia sobre la restricción física en la historia. Destaca la persistencia de ideologías y filosofías respecto a la no-restricción en los mismos países en que fueron impulsadas.⁴⁶

2.1.12 México, época prehispánica

Alfredo López Austin describe, que en la época prehispánica se creyó que el cuerpo humano tenía varias entidades anímicas, cada una con funciones específicas y complejas, y la salud era resultado de la armonía entre ellas. El *tonalli*, especialmente concentrado en la cabeza, era una fuerza que relacionaba al hombre con el cosmos. El *teyolia*, cuya sede era el corazón, estaba relacionado con un pensamiento vinculado a la emoción, a la voluntad y a la memoria, generaba vigor vital y era inseparable del ser humano. El *ihíyotl*, tenía su asiento en el hígado, generaba en el hombre fuerza pasional: el vigor, el arrojo, la apetencia, el deseo, la codicia, la envidia, la ira, el aborrecimiento, la alegría, el placer, el amor, la agudeza mental. En ciertas circunstancias, el cuerpo desprendía *ihíyotl* bajo la forma de emanaciones pestilentes y contaminantes capaces de enfermar a los seres humanos y a los animales, secar cultivos, manchar las ofrendas o perturbar el comercio. Éstas mismas, (para usar un termino europeo de esa época) eran expelidas en múltiples estados que hoy nos parecen muy heterogéneos presentes en las personas airadas, sexualmente excitadas, agitadas, fatigadas, embarazadas, menstruantes, parturientas, relacionado con los cadáveres y los fantasmas.⁴⁷

Según Francisco Flores, había etiquetas taxonómicas para algunos cuadros mentales precisos: los “Tlaueuilloc”, los excitados y los “Xolopiyoc”, los tranquilos.

En esta época, no se mencionan métodos de contención física en nuestras grandes culturas prehispánicas. Se describen métodos de contención con medicina herbolaria y rituales místicos de relajación.⁴⁸

2.1.13 La época virreinal y el siglo XIX en México

En el Hospital de San Hipólito, Juan de Dios Peza en 1881, constaba en sus textos que para nada habían variado las condiciones prepinelianas de estos pacientes: “Las celdas del segundo piso carecían de luz y ventilación... en ese hospital se habían utilizado grillos y cepos hasta que fueron prohibidos por el gobernador del Distrito, el señor Vieyra, quien hizo trasladar a la diputación aquellos instrumentos de horror...”. Los métodos de contención de la época se habían reducido en su totalidad por el aislamiento de los pacientes en centros manicomiales como éste. ⁴⁸

Los hospitales de San Hipólito y del Divido Salvador, obras de caridad de Bernardino Álvarez y de José Sáyago respectivamente persistieron como tales en medio de las vicisitudes políticas del siglo XIX mexicano de las que fueron reflejo. Se realizó una transición en las dependencias de centros como estos en donde las medidas de contención y tortura de la iglesia cambiaron a condiciones deplorables de las que el estado era responsable por omisión y falta de recursos económicos para sustentarlas.⁴⁸

2.1.14 México en el siglo XX

La psiquiatría del siglo XX tuvo su raíz en la fundación de una institución planeada de acuerdo con las normas hospitalarias más modernas del momento: el manicomio general de “La Castañeda”. Durante los 5 decenios en que funcionó fue la cuna de la psiquiatría mexicana y el lugar de trabajo de las principales figuras de ese periodo. Para 1950 la sobrepoblación y los bajos sueldos generaron la apatía de los trabajadores, se carecía de médicos psiquiatras suficientes, de enfermeros preparados, se conservaron las viejas nomenclaturas de los pabellones como método de contención interna, se dividieron en: tranquilos, furiosos, imbéciles, pensionistas, indigentes.⁴⁸

En el manicomio de General de La Castañeda se aplicaron por primera vez en México los tratamientos psiquiátricos que surgieron entre 1933 y 1952, el choque insulínico de Sakel y el choque por metrasol de Von Meduna, pocos años después se agregaron el electrochoque de Cerletti y Bini y la lobotomía prefrontal de Egas Moniz.⁴⁸

En los años 60, el manicomio general de “La Castañeda”, fue cerrado y se llevó a cabo el traslado de los enfermos aislados en el mismo, a nuevas estructuras. Se construyeron varios hospitales campestres y el Hospital Psiquiátrico Nacional “Fray Bernardino Álvarez”, destinados a sustituir al viejo manicomio, con lo que se modernizaron los métodos de contención a los internacionalmente sugeridos, hasta como los conocemos el día de hoy.⁴⁸

2.2 Recomendaciones internacionales para el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes

2.2.1 Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.

En las últimas décadas ha existido una considerable preocupación para lograr que en los centros sanitarios disminuya la utilización de contención física. Sin embargo, aunque sea una práctica común en dichos servicios, debiera considerarse como último recurso para controlar conductas que suponen un alto riesgo tanto para el propio paciente como para otros pacientes y profesionales sanitarios.

La inmovilización es una práctica utilizada diariamente en las organizaciones sanitarias. De acuerdo con Strumpf y cols. Las sujeciones son utilizadas en un 32% de los pacientes en

los hospitales terciarios, y el mayor porcentaje se sitúa en los pacientes mayores de 65 años. En residencias de ancianos se ha descrito un porcentaje de utilización entre 31% y 59% de los pacientes y de un 23% en las hospitalizaciones psiquiátricas infantiles.⁴⁹

Entre las causas más frecuentes descritas en la literatura para la utilización de la contención física, destacan la prevención de caídas y evitar la interrupción del tratamiento por parte del paciente.⁴⁹

Se puede definir inmovilización como el uso de una fuerza que tiene el propósito de controlar las acciones de una persona, limitando su libertad de movimiento. Algunos ejemplos de inmovilizaciones físicas son: Cinturones, muñequeras, barandillas de la cama para evitar que la persona caiga, manoplas para evitar que la persona se retire los catéteres etc.⁵⁰

Algunas referencias aseguran que las sujeciones podrían considerarse una falla terapéutica, ya que directa o indirectamente pueden tener consecuencias perjudiciales. Los daños severos o permanentes pueden implicar la compresión de nervios, contracturas e incluso estrangulación y muerte. También se ha descrito la aparición de úlceras por presión, hipertermia, incontinencia urinaria o intestinal y aumento en la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales. Su uso puede aumentar la ocurrencia de eventos adversos, aunque no sean una consecuencia directa de las sujeciones. La contención de los pacientes es una práctica controvertida que conlleva dilemas éticos, clínicos y sociales. A pesar de ello, existen algunos factores que contribuyen a que se continúe utilizando, como la creencia de que no puede ser eliminada si no existe suficiente dotación de personal, la falta de

conocimiento de otras alternativas por los profesionales, y el temor a que el paciente sufra algún evento adverso si no se encuentra inmovilizado.⁵⁰

En una revisión realizada por la Joint Commission, de eventos centinela relacionados con muertes de pacientes que fueron inmovilizados, la causa de muerte en un 40% fue por asfixia. El resto de los casos se produjeron por estrangulación, paro cardiorrespiratorio o fuego.⁵¹

- Las inmovilizaciones deberían utilizarse tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas posibles.
- Si se utilizan, deberían aplicarse de forma personalizada, involucrando tanto al paciente como a su familia.

Se han identificado los siguientes factores en los eventos ocurridos que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte:⁵¹

- Inmovilización de pacientes fumadores.
- Inmovilización en posición supina, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia.
- Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
- Inmovilización de pacientes con deformidades.

2.2.2. Estrategias para disminuir el uso y riesgo de las Inmovilizaciones

El abordaje para la disminución del uso de las sujeciones requiere que todo el personal se encuentre involucrado. Para lograr un uso limitado y justificado clínicamente es necesario

tener procedimientos y normativas claras, profesionales bien capacitados y apoyo de los líderes de la organización. Para lo que es necesario:⁵⁰

- Elaborar un protocolo que establezca:
- Pacientes susceptibles de sujeción
- Criterios explícitos de indicación
- Medidas preventivas.
- Profesionales responsables de la indicación.
- Tipos de contenciones que puedan ser utilizadas.
- Sistemas de control y medidas de seguridad del paciente.
- Evaluar las estrategias terapéuticas que pueden favorecer el uso de las inmovilizaciones y plantear alternativas de mejora (disminución de horas, de hidratación parenteral, acompañamiento del paciente, etc.)
- Asegurar que la técnica de fijación de catéteres sea segura y disminuya la necesidad de contención.

Para fomentar un entorno y una aplicación segura cuando un paciente tiene que ser inmovilizado:⁵⁰

- Identificar factores de riesgo del paciente.
- Verificar la existencia de la indicación médica de la sujeción que especifique duración y tipo de la sujeción.
- Utilizar un sistema de registro específico para la prescripción y seguimiento del paciente.
- Reevaluar la situación del paciente y el tiempo máximo que debe permanecer con la sujeción.

- Asegurar que las técnicas de inmovilización pueden ser retiradas fácilmente por los profesionales.
- Si se utilizan las barandillas laterales en las camas, comprobar que los espacios sean mínimos, para evitar que los pacientes queden atrapados.
- Si se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y puede levantarla de la cama, para minimizar el riesgo de aspiración.
- Si está en decúbito prono, asegurarse que las vías aéreas no se encuentran obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada (especial atención en niños, pacientes ancianos y pacientes obesos).
- Utilizar material de contención homologado
- No cubrir la cara del paciente como parte del proceso terapéutico.
- Cambiar de posición las inmovilizaciones cada 2 horas.
- Realizar evaluación de los sitios de contacto con la piel, para que se encuentren bien protegidas y evitar lesiones.
- Asegurar que los pacientes que son fumadores no tengan a su alcance mecheros o cerillas, ya que representan un alto riesgo de incendio.
- Revisar y actualizar periódicamente los protocolos basándose en los resultados clínicos.
- Monitorizar el número de casos que han precisado contención en el centro, e introducir propuestas de mejora.

2.2.2.1 Estrategias para reducir el riesgo de las inmovilizaciones sugeridas por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations⁵²

- Redoblar esfuerzos para evitar el uso de las inmovilizaciones, valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas.

- Estimular la formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de la sujeción.
- Observar continuamente a los pacientes que se encuentran inmovilizados, evaluando el posible retiro de la misma.

2.2.3. Evaluación inicial del paciente agitado

Es recomendable que la evaluación inicial incluya una anamnesis breve (generalmente indirecta), un examen mental y, si la condición mental del paciente lo permite, un examen físico dirigido, que incluya signos vitales. Debe obtenerse el dato de consumo reciente de alcohol, otra sustancia psicoactiva o ingesta de sobredosis de medicamentos. En pacientes que presentan una recaída del trastorno psiquiátrico es necesario averiguar acerca del tratamiento previo y, si fuera el caso, motivos de abandono del mismo (situación económica, efectos colaterales, desconocimiento o falta de conciencia de enfermedad). También deben buscarse otros factores que hayan contribuido con la recaída, tales como estresores ambientales, cumplimiento irregular del tratamiento o uso de sustancias psicoactivas^{15,18, 27,34}.

Considerar las siguientes recomendaciones:^{7,12,15,16,27,52}

- La atención de la persona en estado de agitación o con signos de alarma previos a la agitación, debe darse de inmediato.
- El entrevistador debe asumir una actitud respetuosa, tranquila y segura.
- La aproximación al paciente debe ser con cautela, pero sin manifestaciones de miedo; no debe darse la espalda a una persona potencialmente violenta.
- La distancia para la entrevista con el paciente potencialmente violento debe mantenerse entre 1,2 m y 3,6 m.

- Debe intentarse llevar al paciente a un lugar menos transitado, pero bajo la vigilancia del personal de apoyo.
- Debe evitarse la confrontación o las manifestaciones de ira, fastidio o burla hacia el paciente, actitudes que pueden desencadenar la agresividad de este.
- El entrevistador debe usar un lenguaje claro y sencillo.
- La postura del entrevistador debe ser no de frente al entrevistado (90°) sino en aproximadamente 45°, con las manos al frente y separadas hacia adelante, evitando gestos de confrontación.
- No debe engañarse al paciente ni prometerle cosas difíciles de cumplir.
- En caso de conflicto familiar o de pareja, debe separarse al usuario de los acompañantes que le generan rechazo.
- Debe alejarse todo objeto potencialmente peligroso.
- El acceso a la salida debe ser fácil para paciente y entrevistador.
- Se sugiere la instalación de alarmas en todo servicio de emergencias psiquiátricas.
- Las decisiones importantes referentes al tratamiento deben ser informadas a los familiares y al mismo usuario, si su condición psiquiátrica lo permite.
- Debe considerarse la contención verbal como la medida primaria de abordaje ante la clínica de un paciente con potencial agitación.
- Si a pesar de la medicación, el paciente persiste con alto riesgo de agredir a otros o a sí mismo, el médico puede indicar la sujeción terapéutica por el tiempo mínimo necesario; esta última no debe exceder de las dos horas sin una reevaluación médica que determine la suspensión de la misma o su continuación si fuese muy necesario.

- Los familiares suelen encontrarse bajo un gran estrés, lo cual puede generarles ansiedad o irritabilidad, manifestaciones que deben ser comprendidas y manejadas adecuadamente por el personal, para prevenir conflictos innecesarios.
- En caso de abandono o escaso soporte social, será necesaria la intervención del servicio social, tanto a nivel individual y familiar, como a través de la movilización de la red social comunal.

2.3 Protocolo de Sujeción terapéutica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino

Álvarez

La sujeción terapéutica es un procedimiento que permite limitar los movimientos de una parte o de todo el cuerpo de un paciente, mediante un sistema de inmovilización física ante el fracaso de una contención verbal o farmacológica y que tiene como objetivo el garantizar la seguridad del paciente (evitándole autolesiones, intento de autolisis, etc.); de quienes les rodean (profesionales que le atienden, otros pacientes), impedir en el caso de que tenga, la manipulación de otras medidas (vías, sondas, administración de medicación, monitoreo) que son necesarias en cuadros de agitación, otras situaciones médicas y potencial riesgo de caída; en todo caso, es un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica, especialmente en agitación psicomotriz de origen psiquiátrico. El método más utilizado y que parece más efectivo es la inmovilización mediante sujetadores de tela.⁵³

2.3.1 Requerimientos de aplicación de la sujeción terapéutica

La sujeción terapéutica implica a todo el personal presente y al que pueda ser requerido de modo inmediato.⁵³

- Médico. Es el máximo responsable de la sujeción terapéutica. Indica la medida en forma específica, o la autoriza (o no) si ha sido instaurada por personal de enfermería (solo en caso de extrema urgencia y en su ausencia). Informa al paciente y allegados de los motivos y objetivos de la medida. En forma invariable elabora nota en el expediente clínico y requisita el formato específico, justificando en ambos la utilización de la medida. Decide su finalización tras la valoración conjunta con el resto del equipo. Colabora en la contención verbal inicial y supervisa el procedimiento en todo momento.
- Enfermera/o. Realiza el procedimiento de sujeción. Es responsable del material y equipo que será utilizado durante el procedimiento. Participa en los cuidados, control y observación de los pacientes con sujeción terapéutica instalada. Es responsable de los registros de los cuidados y controles posteriores (en el formato específico).
- Camillero. Colabora en la instauración de la sujeción, reducción y eventual transporte del paciente y material necesario para el procedimiento.
- Personal de seguridad. Puede ser requerido para colaborar en el procedimiento, con su presencia y/o intervención manual en la reducción del paciente. Nunca y por ningún motivo realizará el procedimiento.

2.3.1.1 Observaciones especiales.⁵³

- Nunca será aplicado con ayuda de otros pacientes
- Se prohíbe utilizar sábanas, colchas y almohadas en el rostro del paciente.
- El personal de seguridad solo apoya y sigue indicaciones del personal Médico y de enfermería.

2.3.1.2 Duración:

Un principio básico es que la sujeción terapéutica debe instalarse siempre lo más brevemente posible. La duración prevista se especificará siempre, no debiendo exceder 2 horas, puede ser prorrogada por indicación médica durante un nuevo período y siempre considerando la valoración del personal de enfermería, en caso de que se requiera el retiro de la sujeción pasará de total a parcial o suspensión total de la misma previa valoración médica.⁵³

2.3.2 Procedimiento de sujeción terapéutica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

En una situación de emergencia es importante que el personal se muestre protector y firme, aunque no autoritario y evitando en todo momento actitudes de provocación, confrontación o agresión verbal y/o física hacia el paciente. El procedimiento debe llevarse a cabo bajo los principios de profesionalismo y respeto escrupuloso de los derechos del paciente. Una vez tomada la decisión de aplicación del procedimiento, este debe hacerse de la forma más rápida y coordinada posible.⁵³

- a) Se identifican los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente y se modifican éstos para minimizarlos.
- b) Se prepara la cama, colocando la sujeción de cintura en la misma previamente, asegurando que la cama esté frenada.
- c) El personal que va a asistir en la sujeción debe retirar de sus bolsillos todos aquellos objetos que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo o contra el personal.
- d) Se designa un miembro del personal de cuidados encargado de dirigir la contención.
- e) El médico responsable supervisa en todo momento la correcta aplicación del procedimiento.

El encargado de la sujeción mantiene la comunicación verbal con el paciente, además de explicar al mismo el propósito y duración del procedimiento en términos comprensibles, así como ser el encargado de seleccionar el material de sujeción que será utilizado. Cada miembro del equipo de sujeción se dirige a una extremidad preestablecida. Mientras se realiza la sujeción, se inmoviliza la cabeza y se sujeta en todo momento para evitar que el paciente se golpee o pueda agredir.⁵³

El paciente se coloca en decúbito dorsal en la cama y se procede a la aplicación de sujeción indicada (completa o parcial).⁵³

- a) La sujeción completa, implica inmovilización de cintura y las 4 extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las 4 extremidades en diagonal. Miembro superior derecho y Miembro inferior izquierdo – Miembro superior izquierdo y Miembro inferior derecho)
- b) La sujeción parcial, implica la inmovilización de cintura y 2 extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las 2 extremidades superiores Miembro superior derecho y Miembro superior izquierdo.
- c) La sujeción de cintura solo se aplica en caso de riesgo de caída.

Se sujeta con las piernas extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por los tobillos al travesero de la cama. Excepto casos especiales (mujeres embarazadas y pacientes adultos mayores con prolapso). Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por las muñecas, al travesero de la cama. La cintura se sujeta firmemente a la cama con el cinturón especial (más ancho) diseñado para tal efecto. Cuidando que no este flojo, porque el paciente podría deslizarse por él y estrangularse, ni

tampoco excesivamente fuerte, que pudiera dificultar la respiración. La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa por el antebrazo.⁵³

En caso de que el paciente esté poco colaborador, agresivo y negativista habrá que proceder a su reducción y su traslado hasta la cama previamente a su inmovilización. Para ello se procede a:⁵³

- *Reducción:* El paciente debe girarse de espaldas sobre el suelo y se inmoviliza a nivel de los hombros, antebrazos y por encima de las rodillas y tobillos. Cada persona sostiene una extremidad. Un quinto miembro inmoviliza la cabeza de manera que no pueda golpearse o pueda golpear a algún miembro del equipo.
- *Traslado:* Para trasladar al paciente se sujetará por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Hay que tener en cuenta que no deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.

2.3.2.1 Pacientes con agitación psicomotriz severa

Implica inmovilización de tronco (con chaleco torácico), cintura y las 4 extremidades en diagonal. Miembro superior derecho y Miembro inferior izquierdo – Miembro superior izquierdo y Miembro inferior derecho, sujeción de 6 puntos previa valoración médica y aplicación de tratamiento farmacológico.⁵³

2.3.3 Cuidados durante la sujeción terapéutica

Se procura crear un ambiente confortable en la habitación o lugar donde se ubique al paciente sujeto. De ser posible un paciente con sujeción debe estar en una cama cercana al control de enfermería. El médico valora al paciente lo antes posible tras realizarse la

sujeción siempre en la primera media hora. El personal responsable del paciente explica al mismo, que ellos se encargarán de sus cuidados y estarán pendientes de él y observándole. La sujeción del paciente no es una razón para la inobservancia, más bien incrementa la atención por parte del personal. Es necesario asear al paciente de acuerdo con sus necesidades. Se le proporciona alimentación en forma asistida como a cualquier otro paciente, previa valoración del estado de conciencia, y durante el tiempo que esté comiendo permanece un miembro del personal con la intención de valorar el grado de control del paciente sobre su conducta, riesgo de broncoaspiración o atragantamiento. ⁵³

El personal de enfermería a cargo valora aproximadamente cada 30 minutos el estado del paciente, observando: ⁵³

- Estado general
- Actitud del paciente ante la sujeción
- Supervisión de los miembros en sujeción, valorando la necesidad de rotación.
- Alteración del nivel de conciencia
- Alteración de la senso- percepción
- Alteración del contenido y curso del pensamiento
- Comunicación.

Se vigilan los signos vitales como mínimo cada 30 minutos (en el lapso que el paciente permanezca sujeto). Se controlan la ingesta y excretas durante el tiempo que el paciente permanezca sujeto. ⁵³

La indicación de sujeción permanece lo que tarde en hacer efecto el tratamiento farmacológico administrado, la misma puede prorrogarse a plazos que no son superiores a 2 horas. ⁵³

2.3.4 Complicaciones y lesiones potenciales en la sujeción Terapéutica.

La sujeción tiene una serie de complicaciones potenciales que necesitan supervisión y control, entre las cuales se encuentran:⁵³

- Lesiones en plexos nerviosos.
- Riesgo de tromboembolismo.
- Lesiones al forzar la inmovilización: Fracturas, luxaciones, etc.
- Broncoaspiración.
- Lesiones isquémicas. Contracturas isquémicas de los músculos de ambas manos después de tiempos prolongados de sujeción.
- Asfixia. Puede producirse porque se enrede el paciente en el sistema de sujeción generalmente cuando trata de levantarse.
- Muerte súbita: Algunos informes describen la muerte súbita tras un prolongado periodo de agitación y forcejeo con la sujeción.

2.3.5. Normas, políticas y aspectos éticos aplicados a la sujeción terapéutica

La utilización de medidas de contención puede vulnerar algunos derechos fundamentales de la persona; por eso es necesario que el personal aplique dicho procedimiento y reflexione acerca de este problema ético y jurídico, y se establezcan criterios de actuación respetando la autonomía, justicia, beneficencia, intimidad y vulnerabilidad de los pacientes, la NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral

hospitalaria médico-psiquiátrica en México, no considera el procedimiento, no obstante y en apego a la normatividad de la misma, el procedimiento se aplica en forma estricta de acuerdo a la valoración del estado clínico del paciente, informando a la persona usuaria a la familia o a su representante legal de las normas que rigen el funcionamiento de la unidad y se le da a conocer el nombre del personal médico y de enfermería encargado de su atención y proporcionando información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para las personas usuarias y para su representante legal con relación al diagnóstico médico, así como respecto sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.⁵³

La sujeción terapéutica nunca se aplicará como medida de castigo o control, cuando exista alguna contraindicación, por comodidad del equipo asistencial o como sustitución de algún tratamiento.⁵³

Hay que valorar siempre que puede existir la posibilidad de una alternativa como la contención verbal o la administración de medicación, entre otras. Siempre, el personal médico valora la necesidad de la sujeción y explicita en la nota de ingreso, nota de evolución, así como en las notas de interurrencia del paciente el riesgo, la planificación y la evaluación de la medida.⁵³

Aun cuando médicamente esté justificada la sujeción terapéutica se deben respetar los principios éticos que van desde la autonomía, la justicia, el principio de beneficencia (hay que asegurarse que los beneficios superan el perjuicio), el derecho a la intimidad y la

vulnerabilidad y el alto nivel de dependencia que presentan los pacientes con sujeción, lo que requiere atención por parte de los profesionales implicados en el procedimiento.⁵³

MÉTODO

Justificación

El campo de estudio de la agitación psicomotriz como entidad resultante de una Enfermedad mental se ha enfocado tradicionalmente en los aspectos farmacológicos sobre los que puede influir el tratante para el manejo de este fenómeno. Se ha mantenido dentro de las Guías internacionales de manejo de la agitación psicomotriz el uso de la llamada contención física, mecánica o sujeción terapéutica como parte del tratamiento en situaciones de potencial riesgo inminente hacia la integridad del paciente o del personal tratante, sin embargo, aunque se han diseñado protocolos de manejo que incluyan los procedimientos a seguir en la sujeción terapéutica, no se han incluido las escalas clinimétricas como método cuantitativo para determinar el momento en que debe hacerse uso de la sujeción terapéutica, determinando el nivel de gravedad de agitación psicomotriz y traducirlo en menor o mayor grado y así analizar y predecir metodológicamente el riesgo mencionado. Se justifica así el uso clínico de la sujeción terapéutica y se contribuyó con este estudio a reducir el estigma de esta medida terapéutica en la práctica médica y psiquiátrica. Se emitieron recomendaciones para lograr implementar la evaluación clinimétrica de los pacientes en agitación psicomotriz como herramienta auxiliar en la toma de decisiones del clínico.

Planteamiento del Problema

Entre el 20% y el 50% (incluso hasta un 60%) de los pacientes psiquiátricos, independientemente del diagnóstico, que acuden a un servicio de urgencias, tienen riesgo de agitación, en tanto que del 4.3% al 10% (incluso hasta 25%) llegan a presentar un cuadro de agitación psicomotriz. De forma general, se acepta que la incidencia de la agitación psicomotriz ocurre en el 10% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias.^{5,18,29,31,32}. Dentro de este marco internacional no se establece un criterio de gravedad necesario para el manejo de contención física o sujeción terapéutica.

A pesar de la alta incidencia de esta condición reportada en la literatura internacional y principalmente en la estadística norteamericana, la valoración clinimétrica de la gravedad de la agitación y su estandarización para el uso óptimo de la sujeción terapéutica no se han establecido ni se definen dentro de los algoritmos de manejo de la agitación psicomotriz.

Se aplicó la subescala EC-PANSS a 50 pacientes que requirieron sujeción terapéutica durante su valoración en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez como medida de tratamiento para un estado de agitación psicomotriz y con esto, se evaluó el nivel de gravedad de agitación psicomotriz, lo que refuerza la sujeción terapéutica como medida terapéutica dentro de un marco objetivo y clínicamente demostrable.

Pregunta de Investigación

- ¿Cuál es el nivel de gravedad de agitación psicomotriz según la subescala EC-PANSS de los usuarios que son manejados con sujeción terapéutica en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

Objetivo:

- Describir el nivel de gravedad de agitación psicomotriz de acuerdo a la subescala EC-PANSS de los pacientes manejados con sujeción terapéutica en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Objetivos secundarios:

- Describir el nivel de gravedad de cada componente de la agitación psicomotriz según la subescala EC-PANSS: excitación, hostilidad, tensión motora, falta de cooperación, control deficiente de impulsos.
- Comparar el nivel de gravedad de agitación psicomotriz entre los pacientes del sexo masculino y femenino.
- Describir en que intervalo de edad se presenta un nivel de gravedad de agitación psicomotriz más grave.
- Emitir recomendaciones que incluyan la sistematización del uso de escalas clinimétricas que valoren el nivel de gravedad de agitación psicomotriz en los pacientes que reciben atención en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Operacionalización de variables:

Variable	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable
Sexo	Característica biológica que distingue a los hombres y mujeres	Cualitativa nominal: Hombre	Interventora

		Mujer	
Edad	Tiempo de vida en sujeto, medida en años	Cuantitativa discontinua	Interventora
Procedencia	Entidad federativa de procedencia	Cualitativa nominal	Interventora
Primera vez o subsecuente	Consulta de primera vez en la institución o subsecuente en paciente con expediente en el hospital	Cualitativa nominal	Interventora
Gravedad de la agitación psicomotriz	Conjunto de signos y síntomas caracterizados por una hiperactividad motora que conduce a la realización de conductas improductivas, no finalistas y repetitivas en respuesta a una tensión interna.	Cualitativa ordinal: - Ausencia de agitación = 0. - Agitación leve =1 - Agitación moderada =2 - Agitación severa =3	Interventora

Muestra y muestreo:

Se evaluó a 50 pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que cursaban con un cuadro de agitación psicomotriz y que además requirieron sujeción terapéutica en su manejo.

La selección de la muestra se hizo a través de un muestreo no probabilístico intencional.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

1. Pacientes hombres y mujeres de entre 17 y 60 años de edad.
2. Pacientes en agitación psicomotriz que requirieron manejo con sujeción terapéutica durante su estancia en el servicio de urgencias clasificados en el formato Hoja Diaria como “agitado”.
3. Pacientes con cualquier diagnóstico médico psiquiátrico o no psiquiátrico en agitación psicomotriz.

Criterios de exclusión

1. Pacientes en agitación psicomotriz que no fueron manejados con sujeción terapéutica como parte de su atención en el servicio de urgencias.
2. Pacientes que a su llegada al servicio de urgencias ya se encuentren bajo algún tipo de contención física, no indicada por el personal del hospital.
3. Pacientes los cuales presenten crisis convulsiva clínicamente manifiesta.
4. Pacientes bajo contención física indicada por criterio médico de “Riesgo de caídas” en el formato de contención como única indicación de la misma.
5. Pacientes a quienes se les haya administrado medicación por cualquier vía indicada como tratamiento de la agitación psicomotriz.

Instrumento:

Se utilizará la escala clinimétrica EC-PANSS con una confiabilidad con el alfa de Cronbach de 0,86.

Es la subescala fundamentalmente utilizada en los ensayos clínicos para valorar los efectos de la restricción farmacológica en el paciente agitado, es un subconjunto de ítems derivados de la Escala del síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS) denominado Componente de Agitación (Positive and Negative Syndrome Scale–Excited Component [PANSS-EC]).⁴¹

Consta de 5 ítems, los cuales poseen un código de identificación con un número ascendente y una letra que representa el componente general de procedencia (P = positivo; G=psicopatología general y N= negativos):⁴¹

- Excitación (ítem P4). Hiperactividad reflejada en una actividad motora acelerada, respuesta exagerada a estímulos, hipervigilancia o labilidad afectiva excesiva.

- Hostilidad (ítem P7). Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, incluyendo el sarcasmo, comportamiento pasivo-agresivo, abuso verbal y agresividad.

- Tensión motora (ítem PG4). Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud.

- Falta de cooperación (ítem PG8). Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia.

- Control deficiente de impulsos (ítem PG14). Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias.

Los ítems se miden desde 1 (no presente) al 7 (muy grave). La puntuación total va de 5 a 35 puntos. Dependiendo de la puntuación se interpreta:⁴¹

- Presencia de agitación = A partir de 14 puntos.
- Agitación leve =14 y =19 puntos
- Agitación moderada =20 y =29 puntos
- Agitación severa =30 puntos

El grado en que la subescala de EC-PANSS, produce resultados consistentes y coherentes, es decir en que su aplicación repetida al mismo sujeto produce resultados iguales, se traduce en una confiabilidad con el alfa de Cronbach de 0,86. La subescala EC- PANSS se encuentra validada al idioma español desde 2011 en una muestra naturalista de 278 pacientes con psicosis aguda y agitación en una sala de emergencias psiquiátricas. Se utilizaron datos del estudio observacional NATURA. Esta investigación describe las tendencias en el uso de tratamientos en pacientes con episodios de agitación observada en las salas de emergencias. Se realizó un análisis factorial de componente principal exploratorio. Los análisis de correlación y regresión de Spearman (modelo de regresión lineal) así como la vinculación equipercantil de la Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S), Escala de Evaluación de Agitación y Calma (ACES) y elementos PANSS-EC se llevaron a cabo para examinar la validez diagnóstica de la escala.⁴¹

La Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) se encuentra validada en pacientes mexicanos a través de un análisis factorial forzado con último estudio concurrente por la División de Investigación Clínica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

en 2005. Para la validez concurrente del modelo pentagonal de la PANSS, se utilizaron BPRS, CDSS, OAS y MMSE.⁵⁴

Diseño del Estudio:

Se realizó un estudio de diseño no experimental de tipo transversal descriptivo.

Procedimiento:

Este protocolo fue presentado al comité de investigación para su revisión y aprobación. Previa aplicación del estudio se informó por escrito a la Jefatura del servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, obteniendo la autorización correspondiente. Para la aplicación de la escala y la obtención de datos de los pacientes se solicitó firma de consentimiento informado del paciente o su responsable acompañante. Se aplicó la escala EC-PANSS a 50 usuarios atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que cursaron con cuadro de agitación psicomotriz durante su detección y previo a la sujeción terapéutica y tratamiento farmacológico, recabando edad, sexo, procedencia, subsecuencia y nivel de agitación. Posteriormente se analizó estadísticamente y se describió el nivel de agitación más frecuente en los pacientes evaluados, contestando a las preguntas de investigación planteadas. Se describió el nivel de gravedad de agitación psicomotriz en que un paciente requirió sujeción terapéutica, se compararon las diferencias en el nivel de gravedad de agitación en pacientes de distinto sexo, edad, procedencia y subsecuencia y; finalmente, se emitieron recomendaciones basadas en los resultados que incluyen la sistematización del uso de escalas clinimétricas que valoren el nivel de gravedad de agitación psicomotriz.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se llevó a cabo de acuerdo con normas éticas universalmente reconocidas a fin de reducir al mínimo la posibilidad de causar daño. Se establecieron una serie de principios éticos: respeto de la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, reflejados en las guías y lineamientos nacionales e internacionales.⁵⁵

Estos principios, se complementaron con otros aspectos éticos, propios de la investigación, como son la integridad científica, la confidencialidad en el manejo de información sensible y el valor social de la investigación.⁵⁵ Los principios éticos por los que se rige esta investigación fueron:

1. Respeto a la autonomía. Reconoce la capacidad de las personas para la toma de decisiones. Este principio se materializa, a través del proceso del consentimiento informado. Es indispensable que el sujeto esté informado sobre la naturaleza de la investigación y, de manera libre, acepte su participación. Para asegurar las decisiones informadas, existirá una descripción comprensible de los procedimientos de investigación, propósito, riesgos y beneficios. El consentimiento libre e informado implica que no existen influencias o coerción. No se implicará de ningún modo influencia que condicione un riesgo inaceptable, como es el caso de un estímulo financiero o el condicionamiento del acceso a los servicios de salud, en función de la participación en el estudio. En nuestro caso puede tratarse con individuos incapaces de consentir por lo que se considerara al familiar responsable para esto.⁵⁵

2. Beneficencia y no maleficencia. Estos principios están contenidos en el imperativo ético de maximizar los posibles beneficios y minimizar los daños o riesgos

potenciales. El principio de beneficencia obliga a asegurar la pertinencia científica, la competencia de los investigadores y la protección de los participantes en la investigación.⁵⁵

3. Justicia. Comprende la equidad e igualdad. Implica que la distribución de cargas y beneficios sea equilibrada. La justicia tiene implicaciones en la selección de los participantes. Este tipo de investigación responde a las necesidades de una población específica como lo es la psiquiátrica y los beneficios se distribuirán equitativamente.⁵⁵

Sustentado en el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, el presente estudio se considera como:

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes residuales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los

que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.

La información obtenida en este estudio fue utilizada únicamente para fines de investigación, los datos de los familiares y controles no fueron de uso del dominio público.

Plan de análisis estadístico:

Se realizaron frecuencias y porcentajes y en el caso donde se realizaron correlaciones se utilizó χ^2 . Para el análisis de datos se utilizó el software SPSS 25.

CRONOGRAMA

Actividad/tiempo	Agosto 2016- junio 2018	Julio - agosto 2018	Septiembre 2018 – marzo 2019	Marzo – Mayo 2019
Elaboración de proyecto	XXXXX			
Presentación ante el comité y dictamen		XXXXX		
Selección de participantes			XXXX	
Colección de datos			XXXXX	
Redacción final de la tesis				XXXXX

RESULTADOS

Características sociodemográficas.

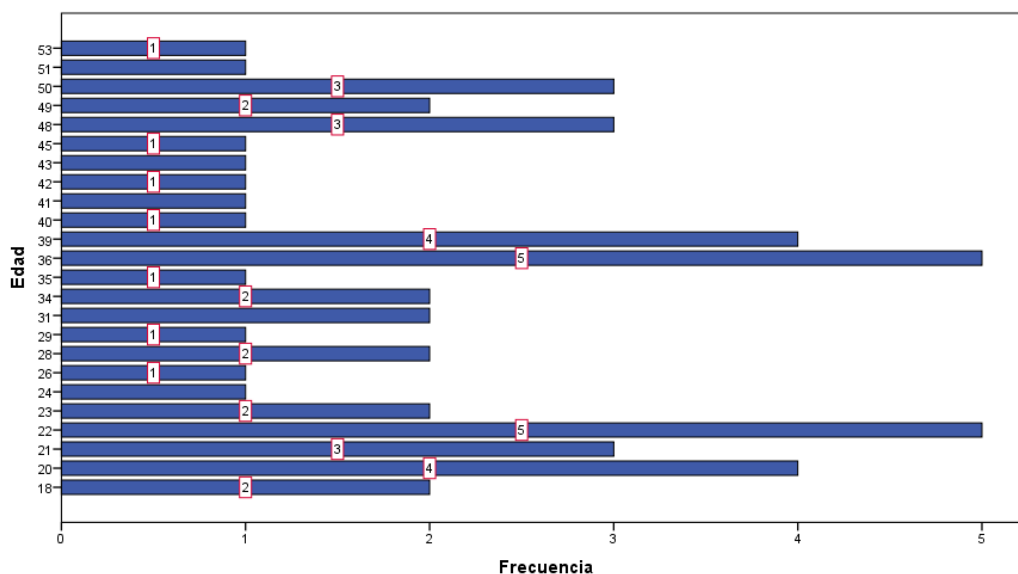
El presente estudio incluyó a 50 pacientes en agitación psicomotriz, 36% (18) hombres y 64% (32) mujeres, quienes fueron atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico fray Bernardino Álvarez en el periodo comprendido entre septiembre de 2018 y mayo de 2019. Ver cuadro 1.

Cuadro 1. Frecuencia y porcentaje de pacientes por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	18	36
Femenino	32	64

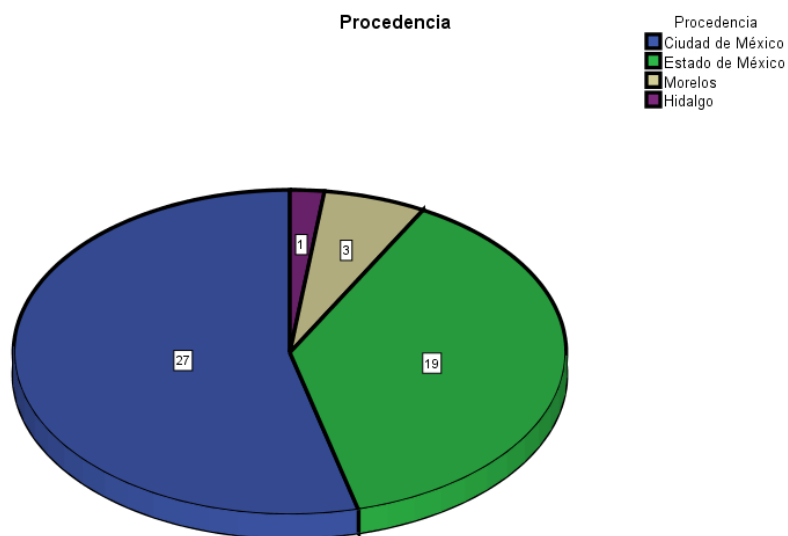
La edad promedio fue de 33.56 años, con rango de 18 a 53 años, una edad media de 33.56 y desviación estándar de ± 11.03 . Respecto a la frecuencia por edad de los pacientes evaluados, se describen en la figura 3.

Figura 2. Gráfica de barras: Frecuencia por edad de pacientes evaluados.



En cuanto al lugar de procedencia de los pacientes evaluados, 54% (27) provenían de la Ciudad de México, 38%(19) del Estado de México, 6%(3) de Morelos y 2%(1) de Hidalgo. Ver figura 3.

Figura 3. Gráfica de pastel: lugar de procedencia de pacientes evaluados por frecuencia.



De los pacientes evaluados, 58%(29) acudieron a consulta de Primera vez en la institución y 42%(21) acudieron de forma subsecuente a valoración. Ver cuadro 2.

Cuadro 2. Consulta de primera vez o subsecuente en pacientes evaluados en el servicio de urgencias por frecuencia y porcentaje.

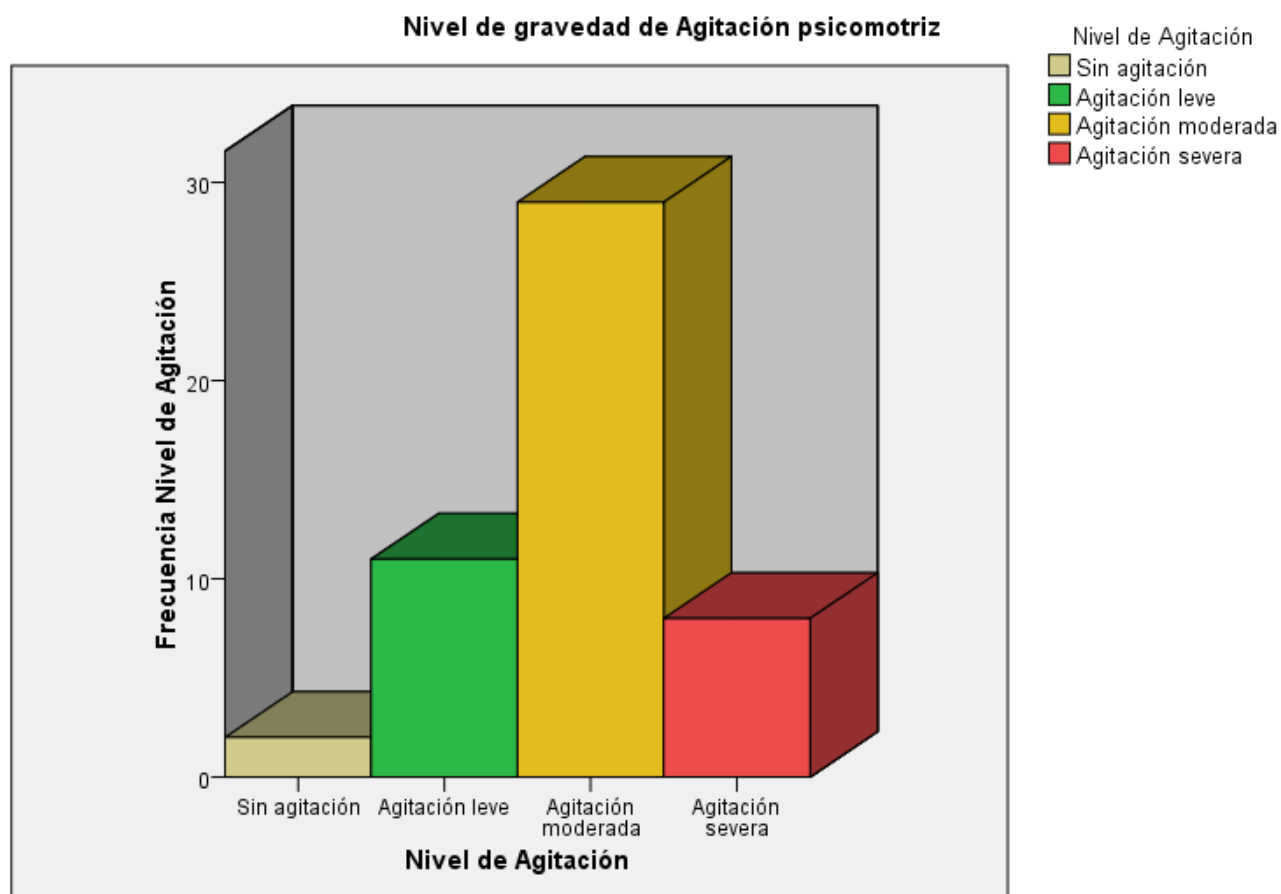
Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Primera vez	29	58
Subsecuente	21	42

Características clínicas. Nivel de gravedad de agitación psicomotriz.

De acuerdo al nivel de gravedad de agitación psicomotriz determinado por la sub escala PANSS-EC, se encontró que 16% (8) de los pacientes que requirieron sujeción terapéutica en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez evaluados en

el presente estudio se encontraban en nivel de gravedad de agitación psicomotriz severa, 58% (29) en agitación moderada, 22%(11) en agitación leve y 4%(2) sin presencia de agitación psicomotriz. Ver figura 4.

Figura 4. Gráfica de barras: nivel de gravedad de agitación psicomotriz en pacientes que requirieron sujeción terapéutica en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.



Dentro de los componentes de la escala PANSS-EC, se encontró que la variable elevada con mayor frecuencia en los pacientes evaluados fue la Tensión motora con una media de 4.94 y una desviación estándar ± 1.62 y la variable menos elevada fue el Control deficiente de impulsos con una media de 4.22 y desviación estándar de ± 1.75 . Ver cuadro 3.

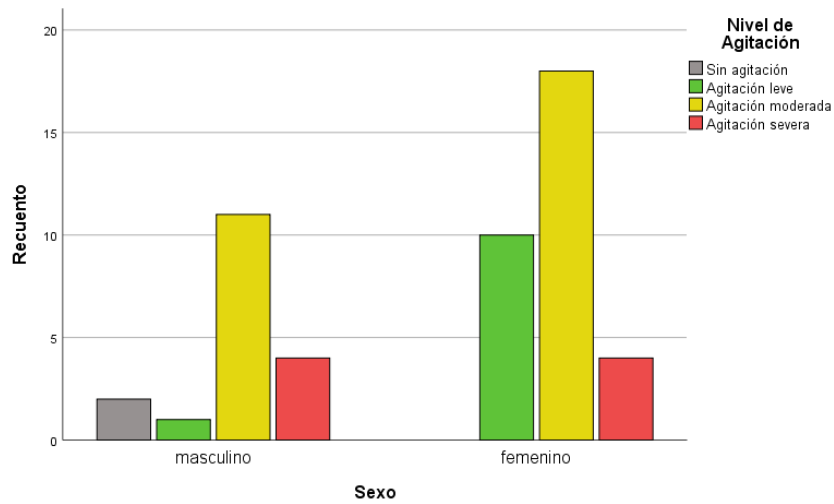
Cuadro 3. *Media de los subcomponentes PANSS-EC evaluados en los pacientes agitados.*

Subcomponente PANSS-EC	Media	Desviación estándar
Excitación	4.88	± 1.53
Hostilidad	4.32	± 1.9
Tensión motora	4.94	± 1.62
Falta de cooperación	4.78	± 1.87
Control deficiente de impulsos	4.22	± 1.75

Características clínicas. Análisis comparativo.

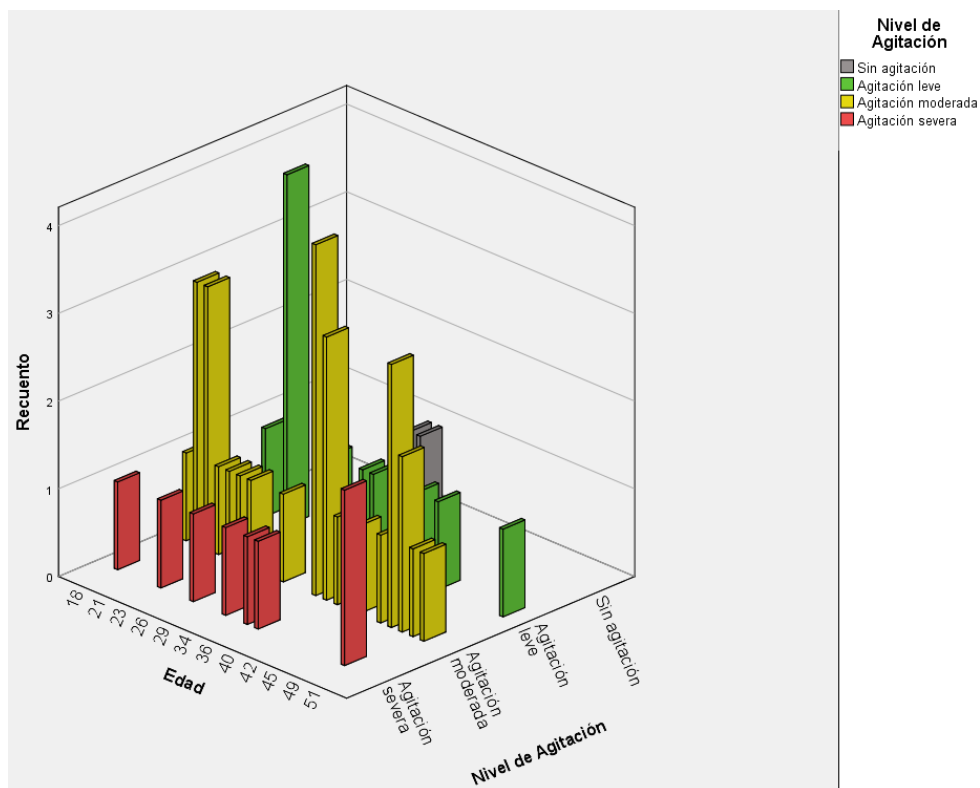
Se comparó la relación de Nivel de gravedad de agitación psicomotriz respecto al sexo y se obtuvo como resultado que de 18 hombres evaluados que requirieron sujeción terapéutica, 22.22 % (4) se encontraban en agitación psicomotriz severa, 61.11% (11) en agitación moderada y 5.55% (1) en agitación leve, 11.11% (2) de los pacientes evaluados se encontraron sin agitación psicomotriz. Respecto a las mujeres evaluadas, se encontró que, de 32 pacientes, 12.5% (4) se encontraban en un nivel de gravedad de agitación psicomotriz severo, 56.25 % (18) en agitación moderada y 31.25% (10) en agitación leve, no se encontraron pacientes mujeres sin agitación psicomotriz. Ver figura 5. El análisis estadístico comparativo con chi-cuadrado no demostró significancia en la comparación con $p=0.52$ de Pearson.

Figura 5. Gráfico de barras: Nivel de gravedad de agitación psicomotriz respecto al sexo.



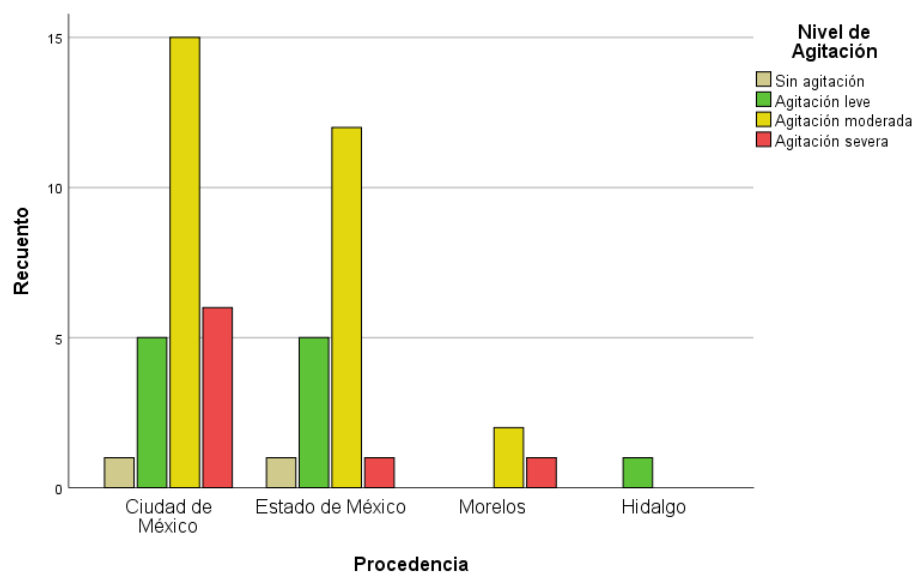
Respecto a la edad de los pacientes evaluados, no se encontró relación significativa entre ésta y el nivel de gravedad de agitación psicomotriz, obteniendo como resultado diversificación de esta variable en la muestra. Ver figura 6.

Figura 6. Gráfico de barras que compara el nivel de gravedad de agitación psicomotriz y la edad por número de pacientes.



Respecto a la procedencia, de los 27 pacientes evaluados provenientes de la Ciudad de México, 22.22% (6) se encontraron en nivel de gravedad de agitación psicomotriz severa, 55.55% (15) en agitación moderada, 18.51% (5) en agitación leve y 3.7% (1) sin agitación psicomotriz. De los 19 pacientes provenientes del Estado de México, 5.26% (1) se encontraron en nivel de agitación severa, 41.3% (12) en agitación moderada, 26.31% (12) en agitación leve y 5.26% (1) sin agitación psicomotriz. Para el Estado de Morelos, de los 3 pacientes evaluados, 2 de ellos se encontraron en agitación moderada y 1 en agitación severa. Se registró un caso proveniente del Estado de Hidalgo en nivel de gravedad de agitación leve. Ver figura 7.

Figura 7. Gráfico de barras que compara la frecuencia de casos por procedencia y el nivel de gravedad de agitación psicomotriz según el PANSS-EC.



En los resultados obtenidos respecto a la primera vez de consulta o subsecuencia y el nivel de gravedad de agitación psicomotriz de los pacientes que requirieron sujeción terapéutica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas variables. Ver cuadro 4.

Cuadro 4. Nivel de agitación psicomotriz respecto a primera vez y subsecuencia en la consulta.

	Sin agitación	Agitación leve	Agitación moderada	Agitación severa	Total
Primera vez	2	8	13	6	29
Subsecuente	0	3	16	2	21
Total	2	11	29	8	50

El nivel de agitación psicomotriz según la sub escala PANSS-EC comparado con cada uno de sus subcomponentes demostró significancia estadística con $p=0.000$, encontrando elevación en cada uno correspondientemente alta con 16 casos en Excitación moderada (ver figura 8), 11 de Hostilidad mínima (ver figura 9), 11 de Tensión motora moderada-severa (ver figura 10), 18 con Falta de cooperación severa (ver figura 11) y 22 con Control deficiente de impulsos moderado y moderado-severo (ver figura 12).

Figura 8. Gráfico de barras que muestra la correlación entre el nivel de gravedad de agitación y la elevación en el nivel de Excitación como subcomponente.

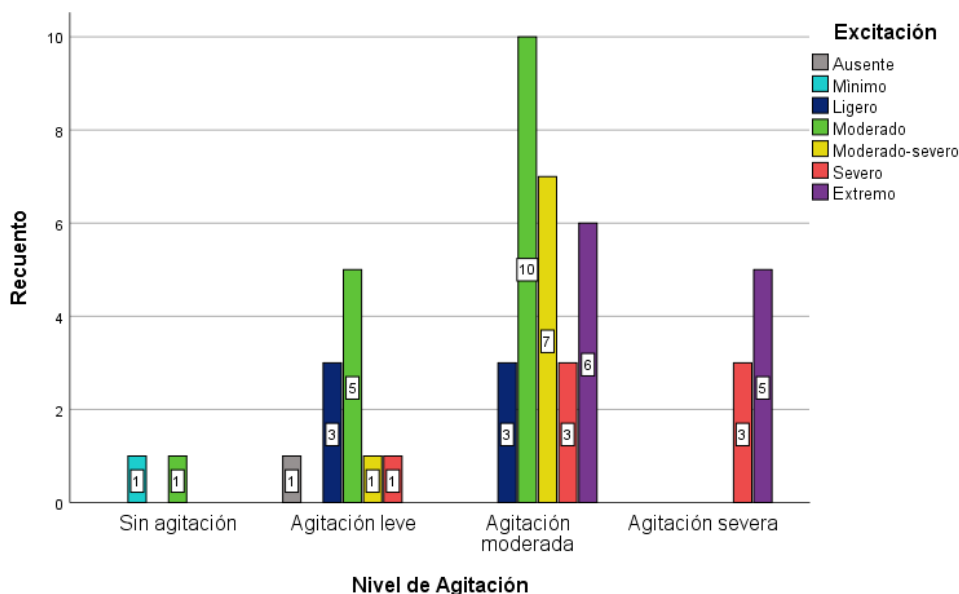


Figura 9. Gráfico de barras que muestra la correlación entre el nivel de gravedad de agitación y la elevación en el nivel de Hostilidad como subcomponente.

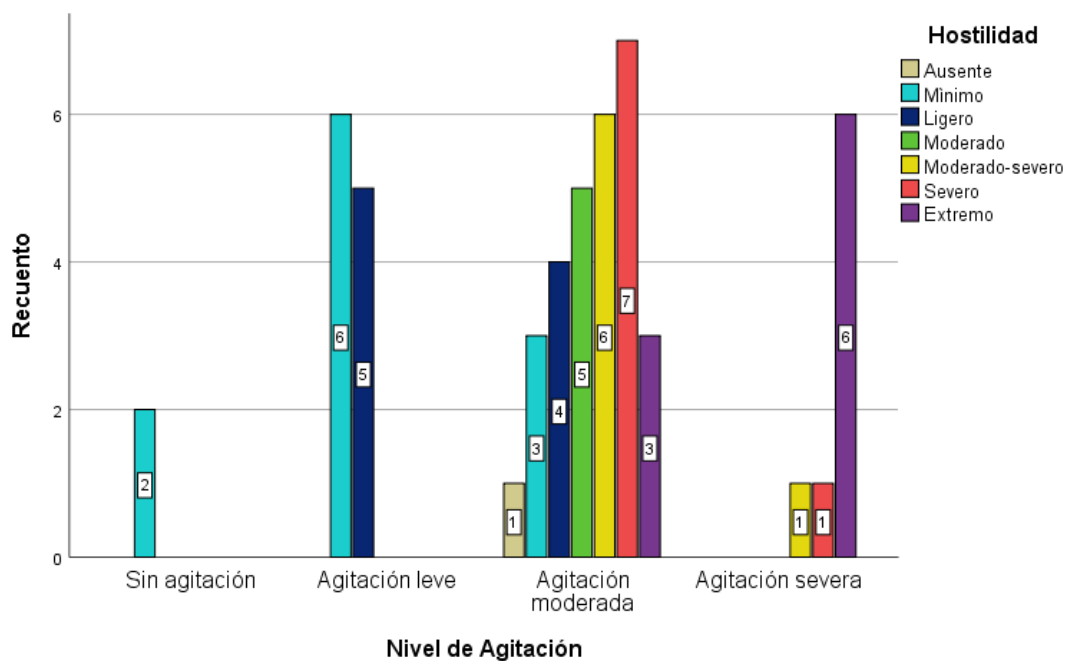


Figura 10. Gráfico de barras que muestra la correlación entre el nivel de gravedad de agitación y la elevación en el nivel de Tensión motora como subcomponente.

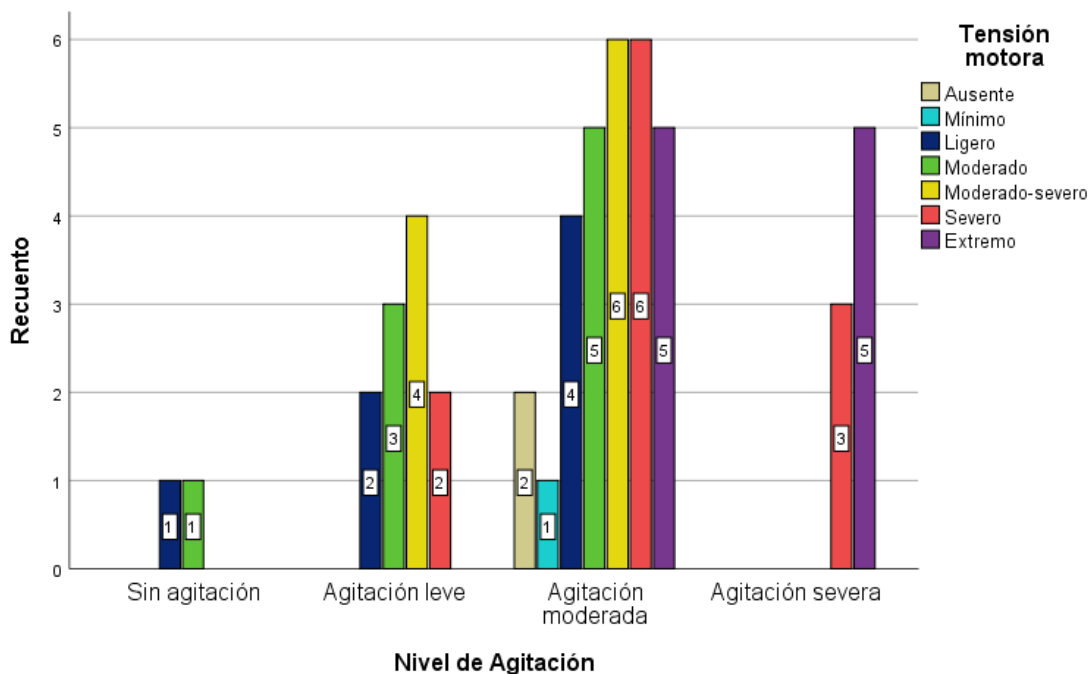


Figura 11. Gráfico de barras que muestra la correlación entre el nivel de gravedad de agitación y la elevación en el nivel de Falta de cooperación como subcomponente.

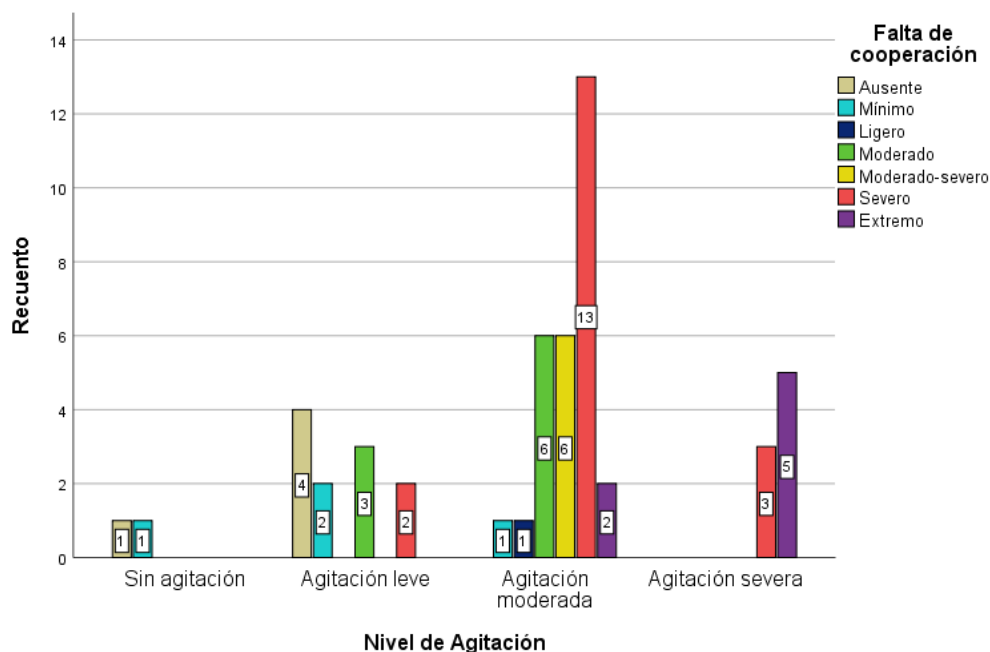
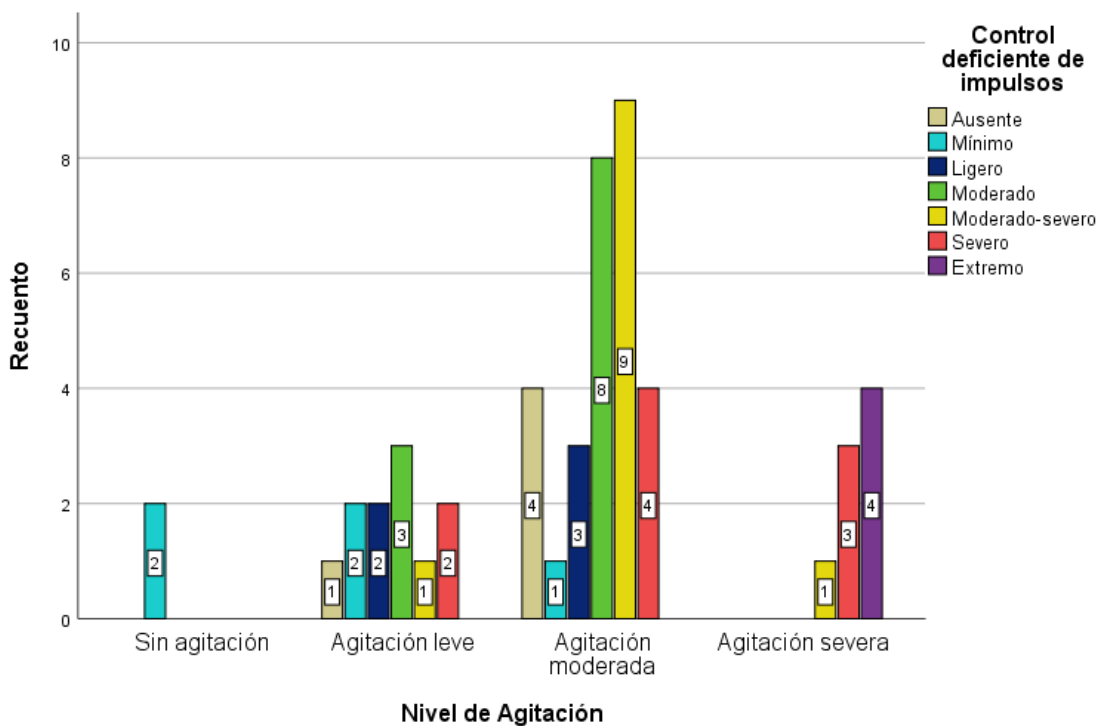


Figura 12. Gráfico de barras que muestra la correlación entre el nivel de gravedad de agitación y la elevación en el nivel de Control deficiente de impulsos como subcomponente.



DISCUSIÓN.

La agitación psicomotriz constituye una causa frecuente dentro de las urgencias psiquiátricas, es un síndrome complejo de difícil manejo que obliga a la realización de acciones terapéuticas oportunas y efectivas que incluyen medidas tanto farmacológicas como de contención. En este último aspecto existen numerosos estudios que utilizan las escalas clinimétricas para evaluar los cambios a través del tiempo en la evolución de este cuadro clínico y que tradicionalmente han comparado la respuesta a la terapia farmacológica.

En el presente estudio se implementó la aplicación de la Escala para el síndrome positivo y negativo de la Esquizofrenia en su componente de Agitación para evaluar el nivel de gravedad de agitación psicomotriz en aquellos paciente a quienes se les indicó la sujeción terapéutica como medida de abordaje y tratamiento de acuerdo a lo estipulado en el Protocolo de Sujeción Terapéutica de Pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, encontrando como resultado que el Nivel de gravedad de agitación psicomotriz más frecuentemente presentado por estos pacientes es el moderado.

De acuerdo a lo descrito por Jiménez Busselo y cols., la llamada por él, contención mecánica, deberá ser indicada frente a comportamiento violento o en peligro potencial de actos violentos, para lo que presenta los principales indicadores de violencia inminente: habla amenazante y vulgar, elevada tensión muscular y golpes repetidos en los muebles. Los resultados encontrados en este estudio coinciden con dicha recomendación, tomando en cuenta la tensión motora como la variable elevada con mayor frecuencia de los sub componentes de la sub escala PANSS-EC con una media de 4.94 ± 1.62 y en segundo lugar

por frecuencia, la Excitación, con una media de 4.88 ± 1.53 , lo que nos sugiere que los pacientes a los que se les indico sujeción terapéutica presentaban indicación de la misma.⁵⁶

Contrario a lo encontrado por F. Sarraís Oteo y cols., quienes en su Protocolo de manejo del paciente agitado o violento indican como manejo la sujeción mecánica únicamente en el estado de Agitación psicomotriz severa, en el presente estudio se encontró que el nivel de gravedad de agitación psicomotriz de los pacientes que requirieron sujeción terapéutica era moderado en mayor frecuencia. Sin embargo, estos autores también recomiendan que hasta no se establezca el diagnóstico etiológico, es preferible ganar tiempo mediante el manejo verbal o, si es preciso, la sujeción mecánica, antes de recurrir a los fármacos.⁵⁷

En la literatura actual, no existen estudios que relacionen el sexo, la procedencia, la consulta subsecuente o de primera vez con el nivel de gravedad de agitación psicomotriz, y en el presente estudio, no se encontró relación estadísticamente significativa con estas variables.

Como confirman los estudios de validación que existen hasta la fecha y los estudios comparativos farmacológicos, la escala de Síntomas Positivos y Negativos para la Esquizofrenia en su componente de agitación demuestra la estructura unifactorial de la subescala y una Excelente capacidad para detectar cambios reales en pacientes agitados independientemente de su diagnóstico etiológico. En este estudio se corroboró la relación estadísticamente significativa de sus componentes con el nivel de gravedad de agitación psicomotriz.

CONCLUSIONES.

1. El nivel de gravedad de agitación psicomotriz que con mayor frecuencia presentaron los pacientes que requirieron sujeción terapéutica en el servicio de urgencias del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es Agitación moderada según la Escala de Síntomas Positivos y Negativos para la Esquizofrenia en su componente de Agitación (PANSS-EC).
2. No existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación del nivel de agitación psicomotriz por sexo.
3. No existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación del nivel de agitación psicomotriz en relación a la edad.
4. No existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación del nivel de agitación psicomotriz en relación al lugar de procedencia, ni en relación a la primera vez o subsecuencia de su consulta.
5. La escala PANSS en su componente de Agitación es una herramienta útil como escala clinimétrica para evaluar el nivel de gravedad de agitación psicomotriz en los pacientes que acuden a atención médico psiquiátrica del servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y se recomienda su aplicación sistematizada en todos los pacientes con síntomas clínicos de Agitación psicomotriz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lindenmayer JP. The pathophysiology of agitation. *J Clin Psychiatr.* 2000; 61 (Suppl 1):5–10.
2. Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, Lee PE, Sykora K, Gunraj N, et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. 2005. *BMJ* 330:445.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition. 2013.
4. Nordstrom K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS Spectr.* 2007; 12:5–11.
5. Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther.* 2010; 32:403–425.
6. Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. *Drugs.* Junio, 2005. 65:1207–1222.
7. Citrome L. New treatments for agitation. *Psychiatr Q.* 75: 2004.197–213.
8. Lesser JM, Hughes S. Psychosis-related disturbances. Psychosis, agitation, and disinhibition in Alzheimer's disease: definitions and treatment options. *Geriatrics.* Diciembre, 2006. 61:14–20.
9. Warren RE, Deary IJ, Frier BM. The symptoms of hyperglycaemia in people with insulin-treated diabetes: classification using principal components analysis. *Diabetes Metab Res Rev.* 2003.19:408–414.
10. Sani G, Tondo L, Koukopoulos A, Reginaldi D, Kotzalidis GD, Koukopoulos AE, et al. Suicide in a large population of former psychiatric inpatients. *Psychiatr Clin Neurosci.* 2011. 65:286–295.

11. McClure JR, Criqui MH, Macera CA, Ji M, Nievergelt CM, Zisook S. Prevalence of suicidal ideation and other suicide warning signs in veterans attending an urgent care psychiatric clinic. *Compr Psychiatry*. 2015. 60:149–155.
12. Hankin C, Bronstone A, Koran L. Agitation in the inpatient psychiatric setting: A Review of Clinical Presentation, Burden, and Treatment. *J Psychiatr*. 2011. 17:170–185.
13. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies. *Psychiatr Pract* 2005. 11 (Suppl 1): 5–112.
14. Sadock BJ, Sadock VA. Signos y síntomas en psiquiatría. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/ Psiquiatría clínica. Décima edición; España, Editorial Wolters Kluwer, 2009. Pág 274.
15. Fernández V, Murcia E, Sinisterra J, Casal C, Gómez MC. Manejo inicial del paciente agitado. *Rev. de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2009; Vol. 21, Nº. 2, pág.: 121-132.
16. Zimbhoff DL. Pharmacological control of acute agitation focus on intramuscular preparations. *CNS Drugs*. 2008; 22 (3): 199-212.
17. Citrome L, Volavka J. Pharmacological management of acute and persistent aggression in forensic psychiatry settings. *CNS Drugs*. 2011; 25 (12): 1009-1021.
18. Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *Journal of Affective Disorders*. 1999;55: 89–98
19. Skeat, W. *An Etymological Dictionary of the English Language*, Oxford University Press, Oxford. 1910.
20. Rosanoff, A. *Manual of Psychiatry*, Edition: 4th, E.U.A. 1927.

21. Critchley, M., Macnalty, A., Butterworth's Medical. Dictionary, edition Butterworth, E.U.A. 1978.
22. Billings, J. National Medical Dictionary, Philadelphia Lea brothers, Canada, 1890.
23. Kretschmer, E., A Textbook of Medical Psychology, Oxford University Press, 1934.
24. Carroll, B.J., Psychopathology and neurobiology of manic-depressive disorders. Psychopathology and the Brain, Raven Press, New York, 1991. pp. 265–285
25. Linn, L., Clinical manifestations of psychiatric disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry 1, Editorial Wolters Kluwer, 1967. pp. 546–577.
26. Ashcroft, G., Blackburn, I., Cundall, R., Affective disorders. Companion To Psychiatric Studies, 1978. pp. 407–437.
27. Weigel MB, Purselle DC, D'Orio B, Garlow SJ. Treatment of Psychiatric Emergencies. Textbook of psychopharmacology. 4a edicion. Washington: American Psychiatric Publishing Inc; 2009.p. 1287-1308.
28. Garriga M, Pacchiarroti I, Kasper S, Zeller S, Allen M. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. The World Journal of Biological Psychiatry. 2016; 17(2): 86–128.
29. Sachs GS. A review of agitation in mental illness: burden of illness and underlying pathology. J Clin Psychiatry. 2006; 67 (suppl 10): 5-12.
30. Deal N, Hong M, Matorin A, Shah A. Stabilization and management of the acutely agitated or psychotic patient. Emerg Med Clin N Am. 2015; 33: 739-752.
31. Paccardi B, Mauri M, Cargioli C, Belli S, Cotugno B, Di Paolo L, et. al. Issues in the management of acute agitation: how much current guidelines consider safety? Frontiers in psychiatry. 2013; 4(26):1-10.

32. Schleifer JJ. Management of acute agitation in psychosis: an evidence-based approach in the USA. *Advances in psychiatric treatment*. 2011; 17:91–100.
33. Marco CA, Vaughan J. Emergency management of agitation in schizophrenia. *American Journal of Emergency Medicine*. 2005; 23:767–776.
34. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. *Violence: The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in In-Patient Psychiatric Settings and Emergency Departments*. London: Royal College of Nursing; 2005 Feb.
35. Perestelo P., Eficacia L. Efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación. *Boletín Psicoevidencias* nº 49. 2007.
36. Bobes, J.; Portilla, MaP.; Bascaran, MaT.; Saiz, P.; Bousoño, M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 7ª edición, editorial CYESAN, julio 2011.
37. Sánchez R., Ibáñez M., Pinzón A. Análisis factorial y validación de la versión en español de la escala Brief Psychiatric Rating Scale en Colombia. *Biomédica* vol.25 no.1. 2005.
38. Páez, F; Licon, E.; Fresán, A.; Apiquian, R. Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *INPRFM. Salud Mental*, vol. 25, núm. 6, 2002, pp. 21-26.
39. García, C. *Clínica y Psiquiatría, Clips en Agitación*. Editorial desconocida. Barcelona, 2014.
40. Bogner J, Corrigan J, Stanger M, Rabold D. Reliability of the Agitated Behavior Scale. *J Head Trauma Rehabil*. 1999; 14:91-96.

41. Montoya A, Valladares A, Lizán L, San L, Escobar R, Paz S. Validation of the Excited Component of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-EC) in a naturalistic sample of 278 patients with acute psychosis and agitation in a psychiatric emergency room. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011 9(18):2-11.
42. Swift R, Harrigan E, Cappelleri J, Kramer D, Chandler L. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients. *J Psychiatr Res*. 2002;36(2):87-95.
43. Fereidooni M, Fallahi M, Pazargadi M. Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2014 Jan; 2(1): 20–30.
44. Fariña E., López E. La restricción física. Abordaje hasta la era moral. *Revista Rol de Enfermería* 2011 ; 34(3) : 174-181.
45. Bercherie, P. Los Fundamentos de la Clínica, Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico. Buenos Aires: Ed. Manantial. 1986.
46. Fariña E., López E. La restricción física de los pacientes. Siglo XIX y XX. *Revista Rol de Enfermería*, 34 (3), 2011.182-189.
47. López-Austin A. Cuerpo Humano e Ideología. Las Concepciones de los Antiguos Nahuas. Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. I y II. México, 1984.
48. Héctor Pérez-Rincón. Breve Historia de la Psiquiatría en México. Instituto Nacional de Psiquiatría. México, 1995.
49. Strumpf N, Evans LK, Schwartz D. Restraint-free care: from dream to reality. *Geriatr Nurs*. 1990; 11:122-24.

50. Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes. Alerta N°5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria. España, 2005.
51. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Alert. E.U.A. 1998.
52. Sadock BJ, Sadock VA. Urgencias psiquiátricas en los adultos. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/ Psiquiatría clínica. Décima edición; España, Editorial Wolters Kluwer, 2009. p. 907-918.
53. Subdirección de Hospitalización. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Secretaria de Salud. Protocolo de Sujeción Terapéutica de Pacientes. Ciudad de México. 2017.
54. Fresán, A., De la Fuente-Sandoval, C., Lozaga, C., García-Anaya, M., Meyenberg, N., Nicolini, H., & Apiquian, R. A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 72(2-3), 123–129.
55. Comisión Nacional de Bioética. Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación. Secretara de Salud. 5ª Edición. México, 2016.
56. Jiménez M., Aragó J., Nuño A. Atención del paciente agitado violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *An Pediatr*, Barcelona, España, 2005; 63(6):526-36.
57. Sarrais F., de Castro-Manglano P. Protocolo de manejo del paciente agitado o violento. Protocolos de Manejo asistencial. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España 2011; 10(85):5767-71

ANEXOS

Anexo 1. Subescala de excitación de la escala PANSS (PANSS EC)⁴¹

Positive and Negative Syndrome Scale–Excited Component [PANSS-EC]				
B	1	0	0	2
0	0	0	0	H
Excitación (ítem P4). Hiperactividad reflejada en una actividad motora acelerada, respuesta exagerada a estímulos, hipervigilancia o labilidad afectiva excesiva.				
1 Ausente		La definición no se aplica		
2 Mínimo		Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales		
3 ligero		Tiende a estar ligeramente agitado, hipervigilante o excitado durante la entrevista, pero sin episodios específicos de excitación o labilidad efectiva marcada. El lenguaje puede estar ligeramente acelerado.		
4 Moderado		Agitación o excitación claramente evidentes durante la entrevista, afectando el lenguaje y la movilidad general; pueden ocurrir estallidos episódicos en forma esporádica		
5 Moderado-severo		Se observan hiperactividad significativa o estallidos frecuentes de actividad motora, lo que dificulta que el paciente permanezca sentado por más de unos minutos		
6 Severo		La entrevista está dominada por una excitación marcada, que disminuye la atención y afecta en cierto grado las funciones personales como comer y dormir.		
7 Extremo		La excitación muy marcada interfiere seriamente el comer y dormir y hace que las interacciones personales sean virtualmente imposibles. La aceleración del lenguaje y la actividad motora pueden señalar incoherencia y agotamiento.		
Hostilidad (ítem P7). Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, incluyendo el sarcasmo, comportamiento pasivo-agresivo, abuso verbal y agresividad.				
1 Ausente		La definición no se aplica		
2 Mínimo		Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales		
3 ligero		Comunicación de ira indirecta o restringida como sarcasmo, falta de respeto, expresiones hostiles y ocasionalmente irritabilidad.		
4 Moderado		Presenta una actitud abiertamente hostil, mostrando frecuentemente irritabilidad y expresión directa de enojo o resentimiento		
5 Moderado-severo		El paciente está muy irritable y ocasionalmente hay abuso verbal o amenazas.		
6 Severo		Falta de cooperación; el abuso verbal y las amenazas influyen notablemente en la entrevista y tienen un impacto serio en las relaciones sociales. El paciente puede estar violento y destructivo pero no arremete físicamente a otros		
7 Extremo		La ira excesiva produce total falta de cooperación, evitando otro tipo de interacciones, así como episodios de agresión física hacia otros		
Tensión motora (ítem PG4). Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud.				

						1 Ausente	La definición no se aplica
						2 Mínimo	Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales
						3 ligero	La postura y los movimientos indican un ligero temor, así como alguna tensión motora, inquietud ocasional, cambios de postura, o un fino temblor de manos
						4 Moderado	Clara apariencia nerviosa, tal y como se deduce por un comportamiento inquieto, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva o tics nerviosos
						5 Moderado-severo	Marcada tensión que se evidencia por sacudidas nerviosas, sudoración profusa e inquietud, pero la conducta en la entrevista no está significativamente alterada
						6 Severo	Marcada tensión que interfiere con las relaciones interpersonales. El paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, es incapaz de permanecer sentado durante un rato o presenta hiperventilación
						7 Extremo	La marcada tensión se manifiesta por síntomas de pánico o por una gran hiperactividad motora, tal como marcha acelerada o incapacidad para permanecer sentado más de un minuto, lo que hace imposible una conversación mantenida

Positive and Negative Syndrome Scale–Excited Component (PANSS-EC)

B	3	0	9	2
	0	0	0	H

Falta de cooperación (ítem G8). Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia.

						1 Ausente	La definición no se aplica
						2 Mínimo	Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales
						3 ligero	Actitud de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede poner reparos a colaborar a lo largo de la entrevista
						4 Moderado	Ocasionalmente rehúsa colaborar en las demandas sociales normales, así como hacer su propia cama, acudir a actividades programadas, etc. El paciente puede manifestar una actitud hostil, defensiva o negativista, pero generalmente puede ser manejable
						5 Moderado-severo	El paciente frecuentemente no colabora con las demandas de su ambiente y puede ser considerado por otras personas como "indeseable" o de tener "dificultades de trato". La falta de colaboración se manifiesta por una marcada actitud defensiva o de irritabilidad con el entrevistador y una escasa disposición a contestar a muchas de las preguntas
						6 Severo	El paciente colabora muy poco, se muestra negativista y posiblemente también beligerante. Rehúsa colaborar con la mayoría de las demandas sociales y puede negarse a iniciar o a completar la totalidad de la entrevista
						7 Extremo	Extremo La resistencia activa perturba seriamente casi todas las áreas de funcionamiento. El paciente puede rehusar el implicarse en cualquier actividad social, el aseo personal, conversar con la familia o el personal sanitario, y a participar aunque sólo sea brevemente en la entrevista

Control deficiente de impulsos (ítem PG14). Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias.

						1 Ausente	La definición no se aplica.
						2 Mínimo	Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
						3 ligero	El paciente tiende a mostrarse fácilmente colérico ante estrés o frustraciones, pero raramente presenta actos impulsivos.

						4 Moderado	El paciente manifiesta cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones. Puede mostrarse ocasionalmente amenazante, presentar conductas destructivas, o tener uno o dos episodios de confrontación física o una reyerta menor.
						5 Moderado-severo	El paciente presenta episodios impulsivos repetidos con abuso verbal, destrucción de la propiedad, o amenazas físicas. Puede haber uno o dos episodios de serios ataques violentos que requieren aislamiento, contención física o sedación.
						6 Severo	El paciente presenta frecuentemente agresividad, amenazas, exigencias y violencia de carácter impulsivo, sin ninguna consideración por sus consecuencias. Presenta ataques de violencia, incluso sexual, y puede responder violentamente a voces alucinatorias.
						7 Extremo	El paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conductas autodestructivas. Requiere una supervisión directa y constante o una contención extrema debido a su incapacidad para controlar los impulsos violentos.

Anexo 2. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN


Yo _____, usuario y/o familiar responsable del paciente _____, acepto de manera voluntaria que se incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado *“NIVEL DE GRAVEDAD DE AGITACION PSICOMOTRIZ EN PACIENTES QUE REQUIRIERON SUJECCIÓN TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ DE ACUERDO A LA SUBESCALA EC-PANSS”*, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y en el entendido de que:

- La participación de mi paciente no repercutirá en sus actividades ni en su tratamiento.
- No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación.
- Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.
- Si en los resultados de mi participación se hiciera evidente algún problema relacionado con el tratamiento de mi paciente, se me brindará orientación al respecto.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- También tengo acceso a las Comisiones de Investigación y Ética del Hospital en caso de que tenga una duda sobre mis derechos como participante en el estudio.

Lugar y Fecha: _____

Nombre y firma del participante: _____

Nombre y firma de quien proporcionó la información para fines de consentimiento:



Dr. Christian Daniel López Martínez

Médico residente de Psiquiatría

Cel. 5578124927; correo: dr.christianlopez@yahoo.com

Servicio en el Hospital de 7 a 16 horas de lunes a viernes

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Anexo 3. Carta de información al jefe de servicio

Ciudad de México a _____ de _____ 201__

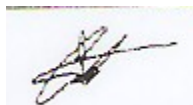
Dra. Juana Ramírez Rivas
Jefa de Urgencias
Presente

Por este medio le solicito la autorización para realizar el protocolo de estudio **“NIVEL DE GRAVEDAD DE AGITACION PSICOMOTRIZ EN PACIENTES QUE REQUIRIERON SUJECCIÓN TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ DE ACUERDO A LA SUBESCALA EC-PANSS”**, mismo que pretende evaluar el nivel de agitación de pacientes valorados en el Servicio del cual está a cargo en este Hospital.

El estudio consistirá en la aplicación de la Subescala PANSS EC en pacientes clasificados en “Agitación” que requirieron manejo con contención física.

Agradezco su apoyo y aprovecho para enviarle un cordial saludo.

Atentamente



Dr. Christian Daniel López Martínez
Médico Residente de Tercer año