

**GUÍA DE ABORDAJE Y MANEJO DE PERSONAS VIOLENTAS Y/O CON
AGITACION PSICOMOTRIZ EN EL ENTORNO PRE HOSPITALARIO.**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Centro de Investigación Facultad de Ciencias de la Salud

Deivis De Jesús Payares Bohórquez

Medellín, Colombia

2019



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

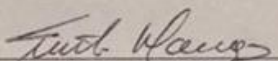
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

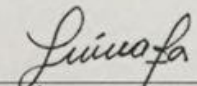
NOTA DE ACEPTACIÓN

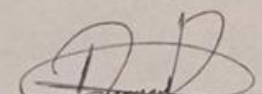
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral: "Guía de Abordaje y Manejo de Personas Violentas y/o con Agitación Psicomotriz en el Entorno Pre-hospitalario", elaborado por el estudiante DEIVIS DE JESUS PAYARES BOHORQUEZ, del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- BUENO

Medellín, 23 de Octubre del 2019


TERESITA MARRUGO PUELLO
Coordinadora Investigación APH (E)


LINA MARÍA ORTIZ VARGAS
Asesor


DEIVIS DE JESUS PAYARES BOHORQUEZ
Estudiante

Agradecimientos

Doy gracias a Dios por que nos cuida de todo mal, peligro y la universidad por brindarme la oportunidad de estudiar en ella. Por las bendiciones desde el inicio de la carrera hasta su culminación.

A nuestros padres que nos han dado la vida y en ella la capacidad para superarnos cada día.

A nuestros profesores, porque nos han ayudado en nuestro desarrollo intelectual y trasmitirnos sus conocimientos.

Se dedica este trabajo a:

Todo los técnicos y tecnólogos en atención prehospitalaria, rescatistas,
bomberos, personal empírico que presta atención prehospitalaria.

RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO

Corporación Universitaria Adventista

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

Programa: TECNOLOGIA EN ATENCION PRE HOSPITALARIA

Título: GUÍA DE ABORDAJE Y MANEJO DE PERSONAS VIOLENTAS Y CON AGITACION PSICOMOTRIZ EN EL ENTORNO PRE HOSPITALARIO

Nombre de los integrantes del grupo:
Deivis De Jesús Payares Bohórquez.

Sigla del título académico y nombre de los asesores
Mg. Lina María Ortiz Vargas

Fecha de terminación del proyecto:23/10/2019

PROBLEMA O NECESIDAD

¿Conocen los TAPH como deben actuar frente a situaciones que involucren pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz en el entorno pre hospitalario?

Los pacientes violentos y/o con agitación psicomotora son personas que, con su comportamiento, podrían hacer daño a otros, a sí mismos o a su entorno físico. En nuestra práctica diaria nos encontramos con casos de pacientes violentos, agresivos, y con agitación psicomotriz, además de poder llegar a ser peligroso en algún momento dado. El personal TAPH, podría carecer de conocimientos, entrenamiento, sobre el manejo de este tipo de pacientes en el entorno pre hospitalario. Colombia es un país que constantemente vive en conflicto, con escenarios peligrosos, donde el personal sanitario se desenvuelve. En el entorno pre hospitalario los TAPH son muy vulnerable a sufrir agresión, tanto por los pacientes como por los familiares del mismo, por lo cual se pretenderá crear una guía. La guía serán un recurso importante que ayudarán a mitigar las agresiones al momento de atender pacientes violentos, para que el personal pre hospitalario actué de la mejor forma sin ser agredidos y dar una mejor atención.

MÉTODO

Fue un proyecto de tipo desarrollo, lo que se realizó para el cumplimiento de este proyecto, se hizo uso de la metodología de investigación bibliográfica para seleccionar la información necesaria para la elaboración de la guía.

Primero se realizó una búsqueda y revisión del material bibliográfico sobre el abordaje y manejo de pacientes violentos,

Segundo se realizó, se aplicó y se tabulo resultados de la encuesta sobre experiencias adquiridas del personal pre hospitalario en la escena con pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz, del programa 123 primera respuesta de la ciudad de Medellín.

Tercero se creó la guía teniendo en cuenta la información recolectada, las bases de datos y los datos obtenidos de la encuesta.

RESULTADOS

Se aplico la encuesta 80 TAPH del programa 123 de la ciudad de Medellín. Se analizo esta información, y a partir de estos resultados y el material bibliográfico consultado, se usó para la evaluación de la guía de abordaje y manejo de personas violentas y/o con agitación psicomotriz en la escena prehospitalaria

Conclusiones

Abordar al paciente violento genera dificultades en el personal de salud, relacionadas con la falta de entrenamiento. La institución no cuenta con una materia que haga énfasis teórico-práctica de temas asociados con situaciones complejas, en este caso de “violencia – agresión” en la relación paciente – personal TAPH. Se ha concluido que el proyecto contribuye de manera importante para obtener conocimientos, identificar y resaltar los diferentes conceptos importantes tratados en esta guía para tratar de mejorar con los usuarios que requieran el servicio de primer respondiente de TAPH con personal tripulantes de ambulancias capacitados.

Contenido

1.	PANORAMA DEL PROYECTO	10
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2.	JUSTIFICACIÓN.....	14
1.4.	OBJETIVOS.....	16
1.4.1.	GENERALES.....	16
1.4.2.	OBJETIVO ESPECIFICOS.....	16
1.5.	VIABILIDAD DEL PROYECTO.....	17
1.6.	LIMITACION DEL PROYECTO.	17
1.7.	IMPACTO DEL PROYECTO.	18
1.8.	VARIABLES.....	¡Error! Marcador no definido.
2.	MARCO TEORICO.	19
2.1.	MARCO CONCEPTUAL.....	19
2.2.	MARCO REFERENCIAL.....	21
2.3.	MARCO INSTITUCIONAL.....	33
2.3.1.	De la Corporación Universitaria Adventista.....	33
2.3.1.1.	Misión.....	33
2.3.1.2.	Visión.	33
2.3.1.3.	Modelo pedagógico.....	33
2.4.	MARCO LEGAL	36
2.5.	MARCO TEORICO	45
3.	DIÁGNOSTICO O ANÁLISIS.....	59
3.1.	DESCRIPCION DE LA POBLACION	¡Error! Marcador no definido.

4.	DISEÑO METODOLOGICO	62
4.1.	ALCANSE DEL PROYECTO	62
4.2.	METODOLOGIA DEL PROYECTO.....	62
4.3.	PLAN DE TRABAJO	78
4.4.	PRESUPUESTO.....	80
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
5.1.	CONCLUSIONES.....	81
5.2.	RECOMENDACIONES	82
6.	BIBLIOGRAFIA.....	84

Tabla 1 Impacto del proyecto	18
Tabla 2 plan de trabajo	78
Tabla 3 Presupuesto.....	80

1. PANORAMA DEL PROYECTO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Agitación psicomotriz es un síndrome inespecífico con etiología variada, es decir puede ser causado por diferentes patologías, se caracteriza por el estado alterado con el que cursa el paciente donde se muestra en un estado de hiperactividad psicomotora, perturbado, con afectividad errática; presenta sentimientos no acordes a la situación, es imprescindible y peligroso llegando a la agresividad ya sea contra personas, animales y objetos, es impulsivo; actúa sin pensar en las consecuencias tanto para el o para los demás.

El paciente agitado no debe confundirse con el violento. En el paciente violento lo característico es la agresividad, hostilidad y brusquedad, conducta provocada por el entorno que rodea a estos. Éste genera un problema de orden y seguridad que como tal deberá ser atendido, si bien la frontera entre uno y otro en ocasiones es difícil de establecer, ya que el estado del paciente agitado se puede manifestar como nervioso, eufórico, colérico. No se trata de cuadros excluyentes, ya que un paciente violento puede presentar agitación psicomotriz y viceversa, un paciente agitado puede mostrarse violento o agresivo.

En la práctica se encuentra con cierta frecuencia con casos de pacientes violentos, agitados, hostiles y con agitación psicomotriz. En esta situación puede resultar impactante además de poder llegar a ser peligroso en algún momento dado. La finalidad de una intervención en estos casos debería ser ayudar al paciente, pero protegiendo al equipo y terceras personas (la integridad del paciente y el equipo son el objetivo más importante). Se debe intervenir de forma

temprana para prevenir el progreso del estado de agitación y posible violencia. Se puede deducir que la violencia en todos sus tipos es un mecanismo de defensa por el cual las personas se pueden expresar o desempeñarse.

El Grupo de Trabajo Sobre las Consecuencias Psicosociales de la Violencia, reunido en La Haya en 1981, suscribió la definición que establece que "Violencia es la imposición interhumana de un grado significativo de dolor y sufrimiento evitables". Una noción tan amplia, que no incluye la intencionalidad o ejecución deliberada del acto violento, la falta de consentimiento de la víctima o la dimensión temporal de las consecuencias, asigna al concepto la suficiente amplitud para incorporar en diferentes formas de violencia con efectos definidos en la salud de las víctimas y de los prestadores de salud. (1)

La agitación es, en ocasiones, la manifestación de una enfermedad médica, en otras es signo de ansiedad extrema y en otras la expresión de un trastorno mental subyacente. El paciente violento puede corresponderse como un enfermo psiquiátrico, pero, por supuesto, no es siempre así la conducta violenta puede presentarse en multitud de cuadros; de hecho, en el paciente sin enfermedad psiquiátrica conocida el diagnóstico diferencial es extenso e incluye traumatismo, toxinas o drogas, infecciones, trastornos metabólicos, tumor cerebral, epilepsias, enfermedad psiquiátrica primaria o afectivo-reactiva.

La violencia hacia los profesionales de salud es un problema de salud pública, debido al aumento en su incidencia a nivel mundial según la OMS (Organización mundial de la salud). El Instituto Igarapé con sede en Brasil afirma en su informe que Latinoamérica es la región más violenta del mundo "Muchos países, Estados y ciudades de América Latina se enfrentan a una crisis crónica de seguridad pública. A pesar de que se registró un crecimiento económico modesto en la última década, las tasas de delincuencia y victimización están aumentando, no disminuyendo" (2)

Países como España lideran estudios y aportes para el manejo de las agresiones hacia los profesionales de la salud. Sin embargo, en Colombia a pesar de observar y escuchar en los diferentes medios de comunicación la violencia hacia los profesionales de salud por parte de pacientes y/o familiares, no se ha realizado una investigación que nos permita saber la situación real de los trabajadores al respecto.

En los diferentes estudios revisados se identificó que el tipo de agresiones más frecuentes hacia los profesionales son de tipo verbal, siendo las amenazas la más empleada para presionar al personal de salud. Sin embargo, también se presentan las agresiones físicas, pero en una menor proporción, aunque algunas veces con desenlaces fatales.

Las causas o determinantes que predisponen a la agresión por parte de pacientes y/o familiares hacia los profesionales de salud obedecen a múltiples factores, entre los que se distinguen los asociados al paciente y los asociados a orden institucional. En los asociados al paciente se documentó que las complicaciones de patologías mentales, estados de alcoholismo o de drogadicción son los que más se presentan.

También se ha fundamentado que la violencia provoca una serie de problemas de salud, en donde el personal sanitario está presentando alteraciones como estrés, irritabilidad, apatía, estrés postraumático, burnout, depresión, ganancia o pérdida de peso, aumento en el consumo de tabaco y otras drogas, los que se ven reflejados en el rendimiento laboral y en la atención de los usuarios, sin lograr en ocasiones el objetivo de brindar una atención con calidad para la mejoría del estado de salud del paciente. (3)

“El Instituto Nacional de Medicina de Colombia (1) manifestó que el país fue catalogado como uno de los países más violentos del mundo.” "En Colombia la violencia no

desaparece, se transforma" afirmó recientemente el director del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) de Colombia." (4)

Colombia es un país propenso a la violencia, lo cual puede afectar al personal sanitario si se encuentra un paciente violento en la escena, aumentando los riesgos de sufrir lesiones o que se aumente complicaciones en la emergencia. En el trabajo como personal TAPH (Tecnólogo en atención pre hospitalaria) se encuentran casos de pacientes violentos, estas situaciones pueden resultar difícil además de poder llegar a ser peligrosas en algún momento dado. A este tipo de pacientes los caracteriza la hostilidad, brusquedad y agresividad, estos generan un problema de orden y de seguridad que deberá ser atendido lo más pronto posible, pero resulta complicado al momento de atender a este tipo de pacientes que se torna violentos ya que puede agredir al personal que los está atendiendo.

Además, de no haber mucha información enfocada a este tema se corren riesgos complicados por el desconocimiento de su gravedad y actuación en dicho caso, la falta de experiencia y el miedo que puede generar este tipo de escenarios. El personal TAPH puede contar con poco conocimiento, entrenamiento sobre el manejo de pacientes violentos en el entorno pre hospitalario, por tal razón puede que no tengan los conocimientos más adecuados para manejar la escena.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Colombia es un país que constantemente vive en conflicto con escenarios peligrosos donde el personal pre hospitalario se desenvuelve. Los TAPH que atienden personas en el entorno pre hospitalario son muy vulnerables a sufrir agresión tanto por los pacientes como por sus familiares, por tal razón se pretenden establecer una guía de cómo se debe actuar en este tipo de situaciones, para que el personal pre hospitalario actué de la mejor forma sin ser agredidos.

Esta guía surge como objetivo de apoyar al personal pre-hospitalario, brindado bases para que puedan actuar de una forma más adecuada frente a personas que presenten conductas agitadas, violentas y/o agitación psicomotriz, sin importar si estas sean provocas por el paciente, la comunidad, o los familiares del paciente, de igual forma siempre se debe intentar pretender prestar un buen servicio.

Por medio de esta guía se espera que se pueda aportar en la disminución de daños que pueda sufrir el TAHP en entornos pre-hospitalarios, de igual forma la guía podrá ser utilizada para la capacitación del personal pre hospitalario y hacer frente a este tipo de situaciones que involucren pacientes agitadas, violentas o con agitación psicomotriz.

Las acciones violentas por parte de pacientes, familiares y/o acompañantes de los usuarios hacia los profesionales van en aumento en todos los países, llegando a representar un motivo de preocupación para los profesionales del ámbito sanitario, como se ha puesto de relieve en diversos trabajos (Atewneh, Zahid, Al-Sahlawi, Shahid y Al-Farrah, 2003; Farrell, Bobrowski y Bobrowski, 2006; Gacki-Smith et al., 2009). Si bien cualquier profesional que trabaje en un centro sanitario puede ser objeto de violencia, múltiples estudios señalan que en urgencias y emergencias se desencadenan con mayor frecuencia agresiones verbales y físicas por parte de los usuarios y/o acompañantes (e.g., Pawlin, 2008; Ryan y Maguire, 2006; Uzun, 2003; Woolam, 2007). (5)

En la atención extrahospitalaria el riesgo de sufrir agresiones por parte de los usuarios y/o acompañantes es aún mayor que en otras áreas de emergencia 51,114. Este hecho se debe a que los profesionales de estos servicios brindan atención a pacientes que presentan una emergencia vital, por lo general en ambientes constantemente cambiantes (e.g. ambulancias, en el domicilio, en la calle, etc.) sin la presencia de elementos de seguridad o sistemas de soporte como existen en otras áreas de sanidad (e.g. hospitales, centros de salud, etc.) lo cual sumado a la situación de crisis y alta carga emocional facilita la aparición de cualquier comportamiento violento por parte de los mismos pacientes y/o acompañantes. (6)

Este proyecto es una forma por la cual se pretende mejorar en la atención de paciente violento y con agitación psicomotriz, donde se tratará de sensibilizar a la población de TAPH en general dándoles a conocer una guía que implemente protocolos y pasos claros del cómo actuar en escenas con pacientes violentos frente a su peligro en todo momento de sufrir alguna agresión en la relación paciente-TAPH primer respondiente. También obtener el conocimiento de los diferentes conceptos a manejar en este proyecto, las características de algunos pacientes violentos y con agitación psicomotriz, el trato y una correcta atención prehospitalario que se podría tener en la misma.

La falta de profesionalismo del personal integral del TAPH, las creencias, temperamento y carácter irracionales frente a su servicio prestado, son muchas veces los causantes de esta mala relación paciente-TAPH y/o primer respondiente, donde también se darán pautas para tratar de mejorar en ese punto del problema y manejar la escena de la mejor manera, las diferentes condiciones y factores que también afectan la atención de paciente violento y con agitación psicomotriz, dando a conocer todos estos temas, buscando así una intervención más adecuada para los usuarios que se benefician del servicio de Tecnólogos De Atención Pre hospitalaria.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Conocen los TAPH como deben actuar frente a situaciones que involucren pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz en el entorno pre hospitalario?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERALES

Desarrollar una guía sobre el abordaje y manejo del paciente violento y/o con agitación psicomotriz en la escena pre hospitalaria.

1.4.2. OBJETIVO ESPECIFICOS

Realizar búsqueda y revisión del material bibliográfica sobre el manejo de pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz.

Analizar datos recolectados sobre experiencias adquiridas del personal pre hospitalario del programa 123 de la ciudad de Medellín con pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz.

Desarrollar algoritmos de actuación sobre el abordaje y manejo del paciente violento y/o con agitación psicomotriz en la escena pre hospitalarias.

1.5. VIABILIDAD DEL PROYECTO.

Para el desarrollo de este proyecto se cuenta con los recursos necesarios, para la realización de la guía de manejo de paciente agitado y/o violento en entorno pre hospitalario; Asesoramiento profesional institucional en general para el desarrollo del proyecto, lo que hace viable que esta guía se pueda ejecutar, ya que entienden la necesidad de una guía práctica que integre pasos claros y sencillos para el manejo del paciente violento en el ámbito del pre hospitalario, de tal forma se lograría también una mejor atención primaria del usuario sin importar si este es violento o no, preparándose para una mejor respuesta haciendo énfasis en el paciente agitado, violento y/o con agitación psicomotora en urgencias, emergencias y desastres con una excelente y reconocida atención Pre hospitalaria por parte de los TAPH UNAC (Cooperación universitaria Adventista).

1.6. LIMITACION DEL PROYECTO.

Algunas de las limitaciones para desarrollar el proyecto, es el difícil acceso a la información por parte de los TAPH, lo que dificulta elaborar la guía, por otra parte, la poca información bibliográfica contextualizada en este país. El limitado tiempo de los investigadores por los sitios de rotación y el corto tiempo que dura el semestre para el desarrollo del proyecto.

1.7. IMPACTO DEL PROYECTO.

El presente proyecto será una herramienta que facilitara a los profesionales y personal empírico de la atención pre hospitalaria, tener un mayor conocimiento al momento de atender escenas donde estén involucrados pacientes agitados, violentos y/o con agitación psicomotriz, se espera una reducción en las tasas de agresión al personal pre hospitalario, el plazo esperado después de la finalización de la guía en el medio es de 5 años para que sea recocida su importancia e implementación.

En este cuadro se expresa el impacto que se desea con los TAPH de la Corporación universitaria adventista de séptimo día, indicador, verificable y el supuesto que es lo que se pretende lograr.

Tabla 1 Impacto del proyecto

Impacto esperado	Plazo	Indicadores verificables	supuesto
Divulgación de la guía de manejo sobre paciente violento	Corto	Número de personas interesadas en el tema y con interés de adquirir la guía	Publicación de la guía
Conocer sobre el manejo del paciente violento en la escena pre hospitalaria	Mediano	Comentarios de los lectores sobre la guía	Adquisición de la guía
Incluir la guía de manejo del paciente violento en la formación académica	Largo	Modificación en alguna materia para la integración de este componente	Cátedras en las universidades sobre el manejo del paciente violento

2. MARCO TEORICO.

2.1. MARCO CONCEPTUAL.

Atención Pre Hospitalaria: Es el servicio que se presta a la comunidad cuando se presentan urgencias, emergencias o desastres en el sitio de ocurrencia del evento y de manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Comprende los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se prestan a enfermos o accidentados fuera del hospital, constituyendo una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias.

Agresión: Se entiende como conducta orientada a causar daño. (Dolor) incluye intencionalidad.

Agitación psicomotriz : se define como un síndrome inespecífico con etiología variada, es decir puede ser causado por diferentes patologías, se caracteriza por el estado alterado con el que cursa el paciente donde se muestra en un estado de hiperactividad psicomotora, perturbado, afectividad errática; presenta sentimientos no acordes a la situación, es imprescindible y peligroso llegando a la agresividad ya sea contra personas, animales u objetos,, es impulsivo; actúa sin pensar en las consecuencias tanto para el o para los demás.

Definiciones de violencia: Podemos conceptualizar la violencia de diversas formas, según la OMS es “el uso intencional de la fuerza o poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o que tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Según el Comité nacional para la Prevención y Control de Lesiones es “el uso de la fuerza con la intención de causar lesiones o muerte a sí mismo o a otro individuo o grupo e incluye las amenazas de uso de la fuerza para controlar a otro individuo o grupo” y “el comportamiento humano agresivo, involucrando el uso de la fuerza física, psicológica o emocional, con la intención de causar daño a sí mismo o a los otros”.

Hostilidad: Actitud orientada a mantener límites por la intimidación (agresividad que no llega a concretarse en agresión).

Paciente: es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. La palabra paciente es de origen latín “patiens” que significa “sufriente” o “sufrido”.

Paciente violento: paciente que con su comportamiento puede hacer daño a otros, a sí mismo o a su entorno físico.

Agitado: La agitación es un estado desagradable de emoción o excitación extrema. Una persona agitada se puede sentir emocionada, excitada, tensa, confundida o irritable.

Personal empírico: Personas sin tener títulos profesionales o contar con algún tipo de formación académica son expertos en hacer algo, tienen una gran habilidad en ciertos aspectos, pueden dominar a la perfección una técnica o un arte, o tienen determinada competencia.

TAPH: Tecnólogo en Atención Pre hospitalaria.

2.2. MARCO REFERENCIAL.

Título: Actualización de “ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias”
Autor: M ^a Jesús García Álvarez 1, Rosendo Bugarín González 2.
Lugar: Santiago de Compostela.
Revista: agamfec
Palabras claves: agitación psicomotriz, urgencias extrahospitalarias
ABSTRACT/resumen: La agitación psicomotriz se define como un estado de hiperactividad motora incomprensible para el observador, dado el contexto situacional en el que se produce y la ausencia de intencionalidad aparente. En ocasiones se asocia a manifestaciones de agresividad y puede acompañarse de distintos síntomas y signos, configurándose como una entidad sindrómica. Puede, además, ser un síntoma y/o un signo de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos. Es una urgencia médica y probablemente se trate de la urgencia psiquiátrica domiciliaria más frecuente. Su intensidad es variable, desde una mínima inquietud psicomotriz hasta suponer una tempestad de movimientos aparentemente descoordinados y sin finalidad alguna. Puede suponer un peligro para el enfermo y/o para su entorno, lo que incluye al personal sanitario. Resulta imprescindible realizar un diagnóstico diferencial entre la agitación orgánica y psiquiátrica. También es importante distinguir la agitación de la violencia. La violencia en sí, se circunscribe al campo de la conducta humana, forma parte del repertorio esperable en nuestra especie y está sujeta al marco legislativo de nuestro ámbito cultural. Asimismo, hay que diferenciar la agitación del cuadro confusional agudo o delirium. En este último caso, los pacientes pueden presentar estados de agitación, pero también cuadros letárgicos o de escasa respuesta a estímulos, lo que complicará además su reconocimiento.
Base de datos: Google Académico
Web: https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_4_Act_ABCD_2_Cadernos.pdf
Año : 2012
Título: La sujeción del paciente con agitación psicomotriz
Autor: Rafael Antonio Estévez Ramos,
Lugar: Instituto Nacional de Neurología
Revista: medigraphic
Objetivos: Para hacer una revisión sobre la sujeción del paciente con agitación psicomotora como medida terapéutica.
Palabras claves: Sujeción, agitación, estándares e indicadores.
ABSTRACT/resumen: La agitación psicomotriz es considerada una urgencia psiquiátrica; sus repercusiones pueden ser graves e incluso fatales, tanto para el individuo que la padece como para las personas que lo rodean; es un síndrome inespecífico, de muy variada etiología, que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Ésta consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis...), ansiedad severa,

pánico u otros estados emocionales intensos. Su manejo presenta algunas dificultades, ya que generalmente se trata de un paciente escasamente colaborador y que puede presentar conductas agresivas o violentas, lo que entorpece mucho la labor médica habitual y en especial en el Área de Urgencias hospitalarias.

La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional (Fernández et al, 2009). El síndrome de agitación psicomotriz no constituye en sí mismo una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos (consumo de tóxicos, ideas delirantes, confusión mental de origen neurológico, etc.). Varios estudios muestran que aproximadamente el 10% de los individuos que llegan a los hospitales psiquiátricos presentan conductas violentas hacia otros individuos antes de su ingreso (Secker et al, 2003). En la aparición de una conducta de violencia o agitación, en general se imbrica gran variedad de factores, tanto innatos como ambientales, que interactúan entre sí y que deben ser identificados por el clínico en la evaluación del paciente, entre otras razones porque pueden tener implicaciones terapéuticas. Será relevante discriminar si el origen del cuadro de agitación es de tipo psíquico o físico.

Base de datos: Google Académico

Web : <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111g.pdf>

Año : 2011

Título: Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria

Autor: Franklin Escobar-córdoba

Lugar: Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá D.C. - Colombia

Revista: Revista Universitos Medica

Palabras claves: agresividad, intervención en crisis, diagnóstico, técnicas y procedimientos de diagnóstico, emergencias, restricción, agentes físicos, tranquilizantes.

Abstract/resumen: El paciente violento es aquél que con su comportamiento puede hacer daño a otros, a sí mismo o al entorno físico. Con la presente revisión se pretende hacer una aproximación clínica a este tipo de paciente, que otorgue herramientas útiles al equipo de salud de atención primaria a la hora de enfrentarse a esta difícil situación, recordando cuáles serían las mejores acciones por parte del personal de salud para disminuir el riesgo de lesiones y de demandas médico-legales. Las urgencias psiquiátricas son un motivo frecuente de consulta en los servicios de atención primaria. Según el Centro Regulador de Urgencias de Bogotá, en la atención prehospitalaria el 60% de las consultas tienen que ver con agitación psicomotora y, de ellas, 30% se explican por condiciones médicas generales que tienen una manifestación en la esfera mental [1]. En el ámbito hospitalario, se ha encontrado que 10% de la consulta psiquiátrica en el servicio de urgencias corresponde a agitación psicomotora [1]. El enfrentarse a un paciente con agitación psicomotora es una de las tareas más difíciles para el médico general, si no cuenta con el entrenamiento

necesario para hacerlo. La atención de este tipo de enfermos genera riesgos para su propia seguridad, para la de otras personas que se encuentren en el servicio y para la del médico tratante. Además, las medidas que se tomen para tranquilizar al paciente, incluyendo una posible hospitalización involuntaria, tienen implicaciones médico-legales.
Base de datos: Google Académico-BASE
Web: https://www.redalyc.org/pdf/2310/231022510006.pdf
Año : 2011

Título: Excitación psicomotriz: “manejo en los diferentes contextos”
Autor: Bustos, Juan Ignacio; Capponi, Iván; Ferrante, Rodrigo
Lugar: Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario
Palabras claves: Agitación psicomotriz, violencia, delirium, seguridad, contención, antipsicóticos, benzodiazepinas.
ABSTRACT /resumen: La agitación o excitación psicomotriz suele ser uno de los cuadros de presentación más frecuente en los diversos ámbitos profesionales, y a su vez uno de los más exigentes tanto a nivel institucional como profesional. La presencia de un paciente agitado, a veces confuso, y generalmente demandante u hostil, suele generar profundas reacciones en el personal sanitario que puede, por esto, ver comprometido su accionar. Existe una tendencia (al menos en nuestro medio) a menospreciar el enfoque diagnóstico de estos cuadros y a atribuirle inmediatamente un origen psiquiátrico. Sin embargo, a su origen pueden contribuir también, muy frecuentemente, trastornos orgánicos que pueden representar en lo inmediato un peligro para la vida del paciente (9). La agitación ocurre en el 10 % de los pacientes que acuden a las instituciones psiquiátricas de urgencia (TREC Collaborative Group, 2003), en el 11 al 50 % de los pacientes con lesiones craneoencefálicas traumáticas, hasta en el 67 % de los pacientes con Delirium, y en el 93% de los pacientes con Demencia (Haskell, 1997). En las Unidades de Cuidados Intensivos, hasta el 71 % de los pacientes puede presentar agitación (Siegel, 2003) (12). El síndrome de agitación psicomotriz no constituye en sí mismo una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como orgánicos (4). En la aparición de una conducta de violencia o agitación, en general, se imbrican gran variedad de factores, tanto innatos como exógenos o ambientales, que interactúan entre sí y que deben ser identificados por el clínico en la evaluación del paciente, entre otras razones porque pueden tener implicaciones terapéuticas.
Base de datos: Google Académico
Web : http://www.clinica-unr.com.ar/2015-web/Especiales/47/Especiales%20-%20Exitacion%20psicomotriz.pdf
Año :2010

Título: Agitación psicomotriz e implicaciones médico forenses		
Autor: F. Martín Cazorla¹; I.M. Santos Amaya²		
Lugar:	Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga.	I
Objetivos: Partiendo de la hipótesis de que la agitación psicomotriz de origen tóxico o psiquiátrico puede acabar en la muerte del sujeto tras una retención prolongada así como que algunos de los sujetos que sufren un cuadro de agitación psicomotriz son ingresados en el hospital durante o tras dicho episodio, uno de nuestros objetivos ha sido realizar un <i>estudio descriptivo</i> utilizando para ello una muestra de 31 casos que requirieron atención médica en el Hospital de Poniente (El Ejido, Almería) entre los años 2003 y 2005.		
Palabras claves: Agitación psicomotriz. Cocaína. Delirium agitado. Muertes en custodia.		
<p>ABSTRACT /resumen: La agitación psicomotriz constituye un reto para los profesionales sanitarios, ya que habitualmente desbordan sus habilidades de manejo. Esta situación representa una de las casuísticas más prevalentes en las urgencias hospitalarias siendo por ello necesario que los profesionales conozcan los aspectos básicos de la intervención con la finalidad de poder evitar la escalada que acontece en no pocas situaciones. También es de capital importancia conocer las diferentes etiologías subyacentes, así como los principios elementales para el manejo farmacológico de estos casos. Aunque la agitación es bastante común en el ámbito hospitalario, sólo dos estudios han evaluado su incidencia y factores de riesgo. Ya Fraser <i>et al</i>¹ investigaron el efecto de la edad sobre la incidencia de la agitación psicomotriz, y Woods <i>et al</i>² estudiaron la incidencia, factores de riesgo y resultados de la agitación en la UCI con pacientes que requerían ventilación mecánica. La mayoría de investigaciones que han estudiado las enfermedades neuropsiquiátricas no se han centrado en la agitación, pero han evaluado el delirium o el síndrome de UCI usando diferentes definiciones y criterios diagnósticos. Observaciones llevadas a cabo durante los últimos 15 años por expertos forenses han dado lugar al reconocimiento de un nuevo síndrome que puede llevar a la muerte súbita e inesperada. La muerte por agitación psicomotriz generalmente se acompaña por un procedimiento de restricción llevado a cabo por fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, cuerpos de seguridad privada o personal hospitalario. Ello conlleva que dicho fallecimiento sea catalogado dentro del grupo de muertes en privación de libertad, muertes en custodia o <i>deaths in custody</i>. La frecuencia de este cuadro, llamativo por las circunstancias extrañas en las que se produce, es cada vez mayor ya que uno de sus principales factores de riesgo como es el consumo de drogas, fundamentalmente la cocaína, aumenta de forma alarmante en la sociedad de nuestros días. Por tanto, partiendo de la hipótesis de que la agitación psicomotriz de origen tóxico o psiquiátrico puede acabar en la muerte del sujeto tras una retención prolongada así como que algunos de los sujetos que sufren un cuadro de agitación psicomotriz son ingresados en el hospital.</p>		
Base de datos: Google Académico - Scientific Electronic Library Online		
Web	:	http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062011000300002
Año: 2011		

Título: Manejo de paciente agitado ou agresivo
Autor: Célia Mantovani^I; Marcelo Nobre Migon^{II}
Lugar: Facultad de Medicina Ribeirão Preto (FMRP), Universidad de São Paulo (USP)
Revista: Revista Brasileña de Psiquiatría
Objetivos: Revisar medidas para el manejo de pacientes agitados ou agresivos.
Palabras claves: agitación psicomotora; Agresión Violencia; Medicina de emergencia; Procesos farmacológicos.
ABSTRACT /resumen: La agitación puede definirse como una actividad motora excesiva asociada con una experiencia subjetiva de tensión. En general, la admisión de un paciente agitado o agresivo a la sala de emergencias es a través de terceros, ya sean miembros de la familia, vecinos o personas que fueron testigos por primera vez de este episodio de agitación o violencia, o a través de la policía o los oficiales militares de la sala de emergencias. Bomberos que fueron llamados para controlar la situación fuera del entorno del hospital. Los pacientes agitados y / o agresivos a menudo tienen una <i>visión</i> deficiente de su morbilidad y juicio crítico de la realidad deteriorada. Por lo tanto, estos pacientes pueden tener dificultades para reconocer que están enfermos y, en consecuencia, pueden no reconocer la necesidad de ayuda externa. Según el grado de agitación, estos pacientes representan un riesgo para la integridad física tanto para los profesionales de la salud, como para ellos mismos y para otros pacientes. Tan importante como la urgencia de reducir el grado de agitación o el riesgo involucrado en la situación es la necesidad de recopilar información para formular hipótesis de diagnóstico y diagnóstico diferencial. En la atención de emergencia, ya sea en una sala de emergencias generales o en una unidad de emergencia psiquiátrica, las causas de agitación y violencia son numerosas y solicite al médico un conocimiento exhaustivo de los posibles diagnósticos diferenciales, que determinarán el tipo de tratamiento clínico para cada caso.
Base de datos: Google Académico
Web : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600006
Año:2010

Título: Manejo básico del paciente agitado-violento en la sala de urgencias
Autor: Oscar García Franco, Carol Maggi Cárdenas, Julio Torales Benítez.
Lugar: Campus Universitario de la UNA.
Revista: Revista Paraguaya de Psiquiatría
Palabras claves: agitación, violencia, manejo, sala de urgencias.
ABSTRACT /resumen: Los pacientes agitados son una situación clínica a la que con relativa frecuencia se enfrentan los médicos generales en su práctica clínica. No es infrecuente encontrarse con este tipo de urgencias en los consultorios de urgencia de los hospitales, tanto generales como psiquiátricos. La agitación psicomotriz se define como un estado de marcada excitación mental acompañado de un aumento inadecuado de la

actividad motora en grado variable, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado. El paciente agitado se caracteriza por un estado de gran exaltación psicomotora acompañada de un importante componente de ansiedad, euforia y verbosidad amenazante. La agitación representa un grave problema para el propio paciente, para los familiares, personal sanitario y el entorno en general, como para los bienes. La agitación psicomotriz no es sinónimo de patología psiquiátrica, puesto que muchas condiciones médicas pueden desencadenarla. En esta revisión se actualizan las opciones terapéuticas existentes para el manejo de estos pacientes.

Base de datos: Google Académico

Web : https://www.researchgate.net/publication/303963942_Manejo_basico_del_paciente_agitado-violento_en_la_sala_de_urgencias

Año: 2013

Título: Percepción de violencia física y factores asociados en profesionales y técnicos paramédicos en la atención prehospitalaria

Autor: Varinia Alejandra Rodríguez Campo¹, Tatiana María Paravic Klijn

Lugar: Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción. Chile.

Objetivos: Determinar la percepción de violencia física y factores asociados de profesionales y técnicos paramédicos del SAMU.

Palabras claves: Violencia, Instituciones de salud, Atención prehospitalaria.

ABSTRACT /resumen: La violencia es un fenómeno que se ha transformado en un problema de salud pública. En el mundo miles de personas mueren a causa de eventos violentos. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad entre los 15 y 44 años.¹ Los traumatismos y violencias se encuentran dentro de las diez principales causas de mortalidad de la población a nivel mundial, mientras que en Chile ocupa el cuarto lugar de mortalidad general,² por lo que se ha transformado en un grave problema de salud pública.³ Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la violencia se define como "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones",¹ es un fenómeno multifacético con raíces biológicas, psíquicas, sociales y ambientales, sumamente difuso y complejo,^{4,5} amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y desgasta el tejido social.

La violencia ha abarcado lugares que antiguamente se consideraban libres de estos incidentes, tales como educación, servicios sociales y salud. Este fenómeno en el sector sanitario va en aumento: el equipo de salud cada día está siendo víctima de más actos violentos, por lo que se está convirtiendo en un problema importante para quienes se desempeñan en el área de la salud.^{7,8} La violencia laboral es "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o

como consecuencia directa de la misma". ⁹⁻¹² Una de las manifestaciones de la violencia laboral, es la violencia física, que se define como "el uso de la fuerza física contra otra persona o grupo, que ocasiona daño físico, sexual o psicológico.
Base de datos: Google Académico
Web : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962015000100003&script=sci_arttext&tlng=en
Año :2015

Título: El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y <i>burnout</i>
Autor: C. Miret¹, A. Martínez Larrea²
Lugar: Hospital de Mataró-Barcelona. I
Palabras claves: Agresividad. Síndrome de <i>burnout</i> . Servicios de urgencias. Violencia laboral.
ABSTRACT /resumen: La violencia contra profesionales y el síndrome de burnout, o desgaste profesional del personal sanitario, ha adquirido una enorme importancia en los últimos años, especialmente en los servicios de urgencias. Sólo una pequeña proporción de las agresiones al personal sanitario sale a la luz, pero hay un gran volumen de incidentes violentos sumergidos que no constan en ninguna parte. Se han creado protocolos y registros de agresiones en diversas comunidades para contar con datos precisos y poder tomar las decisiones más adecuadas y oportunas. Las agresiones sufridas por los trabajadores se encuentran dentro del amplio abanico de riesgos que afectan a la seguridad y salud de los trabajadores sanitarios, ya de por sí sometidos a factores de estrés laboral elevados que conducen a altos niveles de desgaste profesional (<i>burnout</i>). Por otra parte, los «profesionales quemados» incrementan, con sus actitudes en el trabajo, el riesgo de agresiones contra sí mismos y contra sus compañeros. Las autoridades sanitarias tienen entre sus prioridades no sólo ofrecer un servicio de calidad a todas las personas usuarias del sistema sanitario, sino también que todo profesional sanitario pueda trabajar en las mejores condiciones laborales y con unos niveles de satisfacción, motivación y seguridad adecuados.
Base de datos: Google Académico
Web : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200019
Año :2010

Título: ¡Tratamiento farmacológico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación!
Autor: Carlos Gómez-Restrepo a, *, Adriana Patricia Bohórquez Penaranda
Revista: revista colombiana de psiquiatría

Objetivos: Determinar cuál es la intervención farmacológica más efectiva y las recomendaciones para la toma de decisiones en el manejo de adultos con diagnóstico de esquizofrenia que presentan conducta violenta o agitación
Palabras claves: Guía de práctica clínica Esquizofrenia
ABSTRACT /resumen: Se elaboró una guía de práctica clínica bajo los lineamientos de la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social para identificar, sintetizar, evaluar la evidencia y formular recomendaciones respecto al manejo y seguimiento de los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia. Se adoptó y actualizó la evidencia de la guía NICE 82. ¿Se presentó la evidencia y su graduación al grupo desarrollador de la guía (GDG) para la! La Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia completa fue desarrollada por el grupo que aparece en el anexo de este artículo. Este artículo-resumen fue redactado por los integrantes del grupo que se mencionan bajo el título. La fuente principal del documento es la guía, aclaramos que algunos apartes fueron tomados textualmente del texto de la guía pues no requerían ajustes o modificaciones. Financiación: El desarrollo de la Guía de Atención Integral fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social y por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), mediante Contrato 467 de 2012 suscrito con la Pontificia Universidad Javeriana. Convocatoria 563 de 2012 de Colciencias (Conformación de un banco de proyectos para el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI) Basadas en Evidencia), fue elegido por el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, el proyecto fue liderado por la Pontificia Universidad Javeriana, en alianza con la Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional de Colombia (Alianza CINETS).
Base de datos: Google Académico
Web : http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v43s1/v43s1a06.pdf
Año :2014

Título: Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica
Autor: Mónica Bernaldo-de-Quirós^a, Francisco J. Labrador
Lugar: Universidad Complutense de Madrid, España
Objetivos: El objetivo de este trabajo es hacer una revisión sistemática de la literatura sobre violencia laboral en urgencias extrahospitalarias por parte de pacientes y familiares, así como señalar líneas de intervención específicas del psicólogo en la prevención de estos incidentes.
Palabras claves: violencia laboral. Urgencias extrahospitalarias. Profesionales sanitarios.
ABSTRACT /resumen: La violencia laboral en el ámbito sanitario ha experimentado un crecimiento exponencial en los últimos años. En general se observan elevadas tasas de violencia física y verbal; sin embargo, se observan mayores diferencias en las variables asociadas a la agresión, como las características de los profesionales agredidos, causas y lugar de la agresión, probablemente unidas a la organización del sistema sanitario de cada

país. Se recomienda: a) priorizar la formación especializada de los profesionales que trabajan en servicios de emergencia, b) programas de prevención dirigidos al entrenamiento en habilidades de comunicación con los pacientes y/o acompañantes, la identificación de situaciones de riesgo y la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adecuadas y medidas de seguridad, y c) la atención psicológica de los profesionales que ya han sufrido alguna agresión. A) Unidades de urgencia hospitalaria, que ofrecen asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital. Esta ubicación supone disponer de recursos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y emergencias. B) Servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias, definidos como una organización funcional que realiza un conjunto de actividades secuenciales humanas y materiales, con dispositivos fijos y móviles, con medios adaptados y coordinados. Su actuación se inicia en el momento en el que se detecta la emergencia médica, y tras analizar las necesidades, se asigna la respuesta adecuada, bien sin movilizar recurso alguno, bien desplazando sus dispositivos para actuar in situ, realizar transporte sanitario si procede y transferir al paciente al centro de tratamiento idóneo. Se trata pues de un eslabón en la cadena asistencial sanitaria para atender al paciente, crítico y no crítico, que habitualmente precisará posteriormente cuidados hospitalarios y posthospitalarios. En esta atención extrahospitalaria el riesgo de sufrir agresiones por parte de los usuarios y/o acompañantes puede ser aún mayor que en otras áreas de emergencia (Grange y Corbett, 2002). Este hecho parece deberse a que los profesionales de estos servicios brindan atención a pacientes que presentan una emergencia vital por lo general en ambientes cambiantes (e.g., ambulancias, en el domicilio, en la calle, etc.), sin la presencia de elementos de seguridad o sistemas de soporte como existen en otras áreas de la sanidad (e.g., hospitales, centros de salud, etc.) y en una situación de crisis y alta carga emocional que facilita la aparición de comportamientos violentos por parte de los mismos pacientes y/o acompañantes.

Base de datos: Google Académico

Web : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742014000100002

Año :2014

Título: Agitación en paciente adulto hospitalizado. plan de cuidados estandarizados

Autor: Bernal Pérez, Francisca Bustamante Pujadas

Lugar: Instituto Catalán de la Salud (ICS).

Revista: revista científica de enfermería

Palabras claves: agitación psicomotriz, cuidados de enfermería, taxonomía enfermera.

ABSTRACT /resumen: La agitación psicomotriz se entiende como una hiperreactividad motora y psíquica. Se engloba dentro de los trastornos de la conducta. En sí mismo, no es una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de otros trastornos tanto psíquicos como somáticos. La agitación psicomotriz en un paciente adulto hospitalizado es una de las situaciones más estresantes con las que se puede encontrar el personal de enfermería en su trabajo diario. El conocer su manejo, las intervenciones a realizar y el

proporcionar en todo momento la seguridad del paciente y la de los profesionales que estén implicados constituye la primera pauta de actuación. Debemos recordar que la agitación psicomotriz no es sólo característica de los enfermos mentales, hay causas orgánicas que pueden ocasionar estos estados de alteración. Por lo que el conocimiento de estas causas puede prevenir o minimizar futuras complicaciones. Con este artículo se pretende guiar al personal de enfermería que trabajan en las plantas de hospitalización en el cuidado de estos pacientes y elaborar unas recomendaciones básicas y pautas de actuación para la creación de unos planes estandarizados para estos enfermos. La intensidad del cuadro puede variar desde un ligero nerviosismo hasta movimientos descoordinados sin ninguna finalidad y en respuesta a una tensión interna. Suele ir acompañado de distintas manifestaciones de ansiedad, cólera, pánico o euforia. Estas son situaciones que representan peligro para el paciente (autoagresión) y para el personal que lo atiende (heteroagresión). (5) Debemos recordar que el paciente agitado no debe confundirse con una persona violenta, aunque a veces recurramos al personal de seguridad en la contención de estos enfermos.

Base de datos: Google Académico

Web : https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44912/1/RECIEN_06_06.pdf

Año: 2013

título: El paciente agitado

Autor: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Lugar: España

Objetivos: Garantizar la seguridad del paciente y del personal asistencial.

Valoración somática para descartar causas que entrañen peligro vital.

PREVENIR PROGRESIÓN: Agitación Î Agresividad Î Violencia

Palabras claves: paciente agitado, violencia

ABSTRACT /resumen: Esta recomendación científica pretende analizar los factores que influyen a la hora de abordar a un paciente agitado y sugerir algunas ideas orientativas sobre cómo actuar en la prevención y/o manejo del mismo. Va dirigida a todos aquellos profesionales de enfermería de urgencias y emergencias que en su quehacer diario se encuentran con este tipo de pacientes. La agitación psicomotriz no es una enfermedad, sino una conducta y como tal puede ser manifestación de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos. Se entiende por agitación psicomotriz una hiperactividad motora que conduce a la realización de conductas improductivas, no finalistas y repetitivas en respuesta a una tensión interna. Toda agitación contiene un factor reactivo al ambiente en que surge, de manera que, el mismo paciente, en otra situación, podría no hallarse agitado. La mayoría de los incidentes violentos se cometen en el contexto de las consultas diarias por individuos sin trastornos mentales u orgánicos definidos y como resultado de múltiples factores causales o desencadenantes que van más allá de lo sanitario.

Base de datos: Google Académico

Web : <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/AGITADO.pdf>

Año: 2009

Título: Protocolo de manejo del paciente agitado o violento
Autor: F. Sarraís Oteo y P. de Castro-Manglano
Lugar: Universidad de Navarra. Pamplona. España
Palabras claves: agitación psicomotriz, protocolo, violencia.
ABSTRACT /resumen: Se denomina síndrome de agitación psicomotriz a un incremento desproporcionado y desorganizado de la actividad motora, acompañado de sentimiento de tensión interna. Cuando la agitación es intensa, puede acompañarse de gritos y violencia verbal y física. Es un síndrome inespecífico con variedad de intensidades y de causas: físicas (generalmente cuadro confusional agudo), psíquicas (enfermedad psiquiátrica), ambientales (estrés agudo, frustraciones intensas) (fig. 1). Requiere de una actuación rápida y eficaz para su resolución mediante manejo verbal, tratamiento farmacológico y/o sujeción mecánica para evitar el daño a sí mismo y a terceros. La actuación adecuada está en relación con la causa que motiva la agitación, por eso es necesaria una rápida evaluación diagnóstica. A continuación, resumimos el manejo y actuación terapéutica en tres pasos.
Base de datos: Google Académico
Web https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454121170172X
Año: 2011

Título: Manejo de la excitación psicomotriz en niños y adolescentes
Autor: Dras. Valeria Greif, Mariana Treibel
Lugar: Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.
Objetivo: El objetivo del presente artículo es revisar los aspectos clínicos del síndrome, describir las diferentes causas y plantear su manejo en los diferentes ámbitos de la práctica clínica y medidas de seguridad
Palabras claves: Agitación psicomotriz, violencia, delirium, seguridad, contención.
ABSTRACT /resumen: La agitación o excitación psicomotriz (EPM) es un síndrome que no constituye en sí mismo una enfermedad, sino que se trata de una manifestación de una gran variedad de trastornos psiquiátricos y orgánicos. Se caracteriza por aumento desorganizado de la motricidad acompañado de una activación vegetativa (sudoración, taquicardia, midriasis) y ansiedad severa. Constituye uno de los cuadros de presentación más frecuente en salas de urgencia psiquiátricas y generales. Se consideran las medidas terapéuticas no farmacológicas (intervenciones verbales, sujeción física) y medicamentosas, mencionando las vías de administración, las opciones de drogas y sus dosis según la presunción diagnóstica. Es una urgencia donde se debe actuar con rapidez para garantizar la seguridad del paciente y del entorno. Las consultas en pediatría por problemas mentales han aumentado en las recientes décadas, llegando a ser del 5% en las salas de Emergencias ¹ . Los pediatras identifican falta de entrenamiento para tratar a estos pacientes ² . La agitación o excitación psicomotriz suele ser uno de los cuadros de presentación más frecuente en los diversos ámbitos profesionales, y a su vez uno de los más exigentes tanto a nivel institucional como profesional. La presencia de un paciente agitado, a veces confuso, y generalmente hostil, suele generar profundas reacciones en el personal sanitario.
Base de datos: Google Académico-LILACS

Web : <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-878919>
http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2017/xxiv_2_208.pdf

Año: 2017

Título: Nuevo abordaje farmacológico en la agitación psicomotriz en pacientes psiquiátricos tratados en el medio extrahospitalario

Autor: Armando Cester-Martínez, José Antonio Cortés-Ramas, Diego Borraz-Clares.

Lugar: Zaragoza, España.

Revista: revista científica de la sociedad española

Objetivo: Nuestro objetivo es evaluar la utilidad y tolerabilidad en el tratamiento extrahospitalario de la agitación psicomotriz asociada a esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo la dosis de 9,1 mg de loxapina inhalada.

Palabras claves: abordaje farmacológico, agitación psicomotriz, pacientes psiquiátricos, medio extrahospitalario.

ABSTRACT /resumen: El presente artículo evalúa la utilidad de la dosis de 9,1 mg de loxapina inhalada, administrada en el medio extrahospitalario, en el tratamiento de la agitación psicomotriz asociada a esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo. Se emplearon la Escala de Impresión Clínica Global y la Escala de Síntomas Positivos y Negativos - Componente de Excitación. Se atendieron un total de catorce pacientes. En doce de ellos el tratamiento se mostró útil, con una diferencia significativa entre los momentos previos y posteriores al tratamiento ($p < 0,001$). Se concluye que la loxapina inhalada es una opción útil en el medio extrahospitalario para el control de la agitación psicomotriz de causa psiquiátrica. Evita la contención mecánica y la necesidad de terapia farmacológica por vía parenteral. El tratamiento permite acortar la duración del episodio y atenuar su repercusión en el paciente, sin producir sedación y facilitando su traslado en ambulancia. La agitación psicomotriz en pacientes psiquiátricos es una emergencia habitual en el medio extrahospitalario. En un estudio realizado en España en 2013 (SOSEGA), sobre una población de 18.006.932 habitantes, 37.951 de las llamadas de socorro registradas fueron por esta causa, el 1,9% de las realizadas ese año. Esta emergencia cursa con alteración motora, irritabilidad, aumento de la respuesta a los estímulos y conductas de auto y heteroagresividad, que conllevan un riesgo significativo para el paciente y su entorno. Requiere establecer medidas de seguridad y actuaciones inmediatas que contemplen el desescalado verbal, el tratamiento psicofarmacológico con fármacos de acción rápida y la contención mecánica. La reciente aparición de un método farmacológico sencillo de aplicar y de rápida acción, loxapina inhalada, como indicación de la agitación psicomotriz asociada a esquizofrenia, a trastorno bipolar y a trastorno esquizoafectivo podría facilitar el tratamiento de este tipo de cuadros.

Base de datos: Google Académico

Web <https://previa.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema1/Agitado.pdf>

Año: 2017

2.3. MARCO INSTITUCIONAL.

2.3.1. De la Corporación Universitaria Adventista

2.3.1.1. Misión.

La Corporación Universitaria Adventista declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día. (7)

2.3.1.2. Visión.

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, será una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad. (7)

2.3.1.3. Modelo pedagógico

Cada estudiante, puesto que es criatura de Dios, constituye el centro de atención de todo el esfuerzo educativo y, por consiguiente, debe sentirse aceptado y amado. El propósito de la educación adventista es ayudar a los alumnos a alcanzar su máximo potencial y a cumplir el propósito que Dios tiene para su vida. Los logros obtenidos por los estudiantes, una vez que egresan, constituyen un criterio importante para evaluar la efectividad de la institución

educativa en que se formaron. El propósito de la educación es la formación de personas que aprendan a ser, a aprender, a conocer, a emprender, a convivir y a trascender

En la UNAC, la formación y educación parten del enfoque antropológico cristiano que concibe al hombre como ser multidimensional creado por Dios con capacidades para razonar, resolver problemas de manera creativa y responsabilizarse por sus acciones. En este panorama, la educación y la formación son un medio para restaurar la imagen de Dios en el hombre. De ahí el imperativo de promover, de manera intencionada, un estilo de vida basado en la cosmovisión adventista, una actitud de servicio a la sociedad y el desarrollo integral del ser humano, entendido aquel como el proceso continuo y participativo que busca comprometer, en las acciones educativa y formativa, los campos intelectual, social, profesional, laboral, espiritual, cognitivo, afectivo y corporal del hombre, de tal suerte que se favorezcan los valores para la vida, conocimientos, habilidades, potencialidades y dimensiones de cada persona.

Bajo las posibilidades y limitaciones que subyacen a estas premisas, la Corporación plantea su concepción de educación y de formación a partir del concepto de integralidad, entendido este como el proceso continuo y participativo que busca desarrollar equilibrada y armónicamente la totalidad del ser humano. Este enfoque parte de la necesidad de comprometer los planos intelectual, humano, social, profesional, espiritual, cognitivo, afectivo, comunicativo, estético, corporal y social, en la acción educativa y formativa. Dicho de otra manera, la educación y la formación integral deben plantearse de tal modo que se favorezcan los valores para la vida, conocimientos, habilidades, potencialidades y dimensiones de cada persona.

El desarrollo intelectual debe: Potenciar en el estudiante las habilidades cognitivas que permiten el aprendizaje de los conocimientos y competencias del campo profesional. Por otro

lado, desarrollar las habilidades meta cognitivas que permiten la innovación, la comprensión de las problemáticas del entorno social y el planteamiento de soluciones a ellas. La Institución concibe la formación integral y así lo establece en los principios “como un proceso de desarrollo armonioso y equilibrado del ser humano en sus aspectos físico, intelectual, social y espiritual, que lo conduzca a un servicio altruista a Dios y a sus semejantes.” En concordancia con los principios ideológicos del PEI (Proyecto educativo instruccional), los perfiles de la Institución tendrán como fundamento, los principios, valores y criterios establecidos en las Sagradas Escrituras.

La Corporación Universitaria Adventista, como Institución Cristiana Adventista del Séptimo Día, posee características que son propias de una institución de su naturaleza; estas características son complementadas por una identidad filosófica y misional propia que se traduce en una propuesta educativa que la distingue de las demás instituciones educativas de su entorno. Las características fundamentales del perfil de la Institución son: Una sólida filosofía educativa cristiana ASD (adventista del séptimo día) que define una actitud particular ante la educación y sus problemas, los propósitos y objetivos por lograr y los métodos por los cuales se han de alcanzar. Este concepto de la filosofía de la educación impacta en el perfil del docente, los programas de estudio, las actividades espirituales, la vida social y los aspectos administrativos y financieros. Un fuerte programa espiritual generador de un ambiente cristiano, que trasciende a toda la comunidad académica, fomenta la comunión con Dios y la práctica de valores cristianos que propenden por la sana convivencia y el servicio a los demás.

Un perfil académico que, basado en la filosofía cristiana ASD y orientado a aportar solución a las necesidades de la comunidad, procure el desarrollo intelectual a través de la reflexión, el análisis, la sana confrontación para la construcción de conceptos y prácticas que contribuyan a la formación intelectual del estudiante y a un desarrollo profesional de alta calidad.

Un plan de estudios en claro compromiso con la calidad educativa, para la formación de personas con enfoque integral y que tengan los conceptos y las habilidades académicas para ingresar al mercado laboral y con herramientas básicas para ubicarse adecuadamente en su entorno social y ser elementos de transformación y movilidad social. (8)

2.4. MARCO LEGAL

2.4.1. Ley 1616 del 2013 Ley de salud mental.

El objeto de esta Ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

"POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" I EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA: ARTICULO 1°. OBJETO. El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud

Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

ARTICULO 2°. ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las presentes leyes aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, especifica mente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradoras de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

ARTICULO 3°. SALUD MENTAL. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportarniento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

ARTICULO 4°. GARANTIA EN SALUD MENTAL. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

ARTICULO 6°. DERECHOS DE LAS PERSONAS. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental: 1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental. 2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social. 3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los I tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances ~ científicos en salud mental. j 4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las. Libertades individuales de acuerdo a la ley vigente. 5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida. 6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado. 7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona 3 8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente. 9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental. 10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias. 11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental 12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos. 13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento. 14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado. 15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y

respetar la intimidad de otros pacientes. 16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad. Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

ARTICULO 10. RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL. El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente. Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos, así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años. Igualmente, asignará prioridad al diseño y ejecución de programas y acciones complementarios de atención y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias.

ARTICULO 13. MODALIDADES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL. La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: 1. Atención Ambulatoria. 2. Atención Domiciliaria. 3. Atención Prehospitalaria. 4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia. 5. Centro de Salud Mental Comunitario. 6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias. 7. Hospital de Día para Adultos. 8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes. 9. Rehabilitación Basada en Comunidad 10. Unidades de Salud Mental. 11. Urgencia de Psiquiatría. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerán nuevas modalidades y servicios la atención integral e integrada en Salud Mental bajo los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la red.

ARTICULO 22. TALENTO HUMANO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA. Las personas que hagan parte del equipo de atención prehospitalaria en Salud Mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Prehospitalaria. En todo caso, los prestadores de servicios de salud deberán garantizar que el talento humano en atención prehospitalaria cuente con el entrenamiento y fortalecimiento continuo de competencias en el área de Salud Mental que les permita garantizar una atención idónea, oportuna y efectiva con las capacidades para la intervención en crisis y manejo del paciente con trastorno mental. Este equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal según corresponda. (9)

2.4.2. Código Civil Colombiano, título XXVIII, artículo 554:

“El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o cause peligro o notable incomodidad a otros. Ni podrá ser trasladado a una casa de locos, encerrado, ni atado sino momentáneamente mientras a solicitud del curador o de cualquiera persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas”. Aquí el término “demente” implica incapacidad mental grave y permanente. (10)

2.4.3. Decreto 1136 del 19 de julio de 1970:

“Al que perturbe la tranquilidad pública como consecuencia del estado de la intoxicación crónica producida por alcohol, o por enfermedad mental, o por consumo de estupefacientes o de alucinógenos, se le someterá a tratamiento médico, con o sin internación en clínica, casa de reposo u hospital hasta obtener su curación o rehabilitación. Tanto la iniciación como la terminación del tratamiento estarán precedidas de dictamen oficial favorable.

De la revisión de las anteriores normas se concluye que la decisión de la hospitalización corresponde en última instancia a una autoridad policiva o a la Defensoría del Pueblo. En

todo caso, en una situación de emergencia, aunque esto resulte improcedente e inaplicable, sin embargo, se debe cumplir lo escrito en la ley. Teniendo en cuenta lo anterior, y para fines prácticos, se hacen las siguientes recomendaciones. Realizar siempre una historia clínica completa, anotando las impresiones diagnósticas e indicaciones de los procedimientos de restricción y sedación. Si el paciente se debe hospitalizar en alguna sala de observación del servicio de urgencias, o en algún servicio del hospital; procurar conseguir una autorización firmada por un familiar o por el responsable legal del paciente (la autoridad de policía o un abogado de la Defensoría del Pueblo o quien haga sus veces). En los municipios donde no hay representación directa, esta función la cumplen los personeros municipales; en caso de que la hospitalización se deba realizar contra la voluntad del paciente. El jefe del servicio de urgencias, o el director del hospital, o de la unidad de Psiquiatría, debe dar aviso de la hospitalización al jefe de policía de la jurisdicción o a un abogado o Defensor delegado de la Defensoría del Pueblo, dentro de las primeras 72 horas.

Se hace énfasis en que la mejor medida de protección es una buena historia clínica. Inmovilizar a un paciente acarrea serias consecuencias, como lesiones en la autonomía del paciente, limitación en la libertad de movimiento y riesgo de lesión física y/o psicológica como resultado de ésta. Por consiguiente, antes de inmovilizar a un paciente, los profesionales de la salud deben sopesar los beneficios del procedimiento, cuidadosamente, contra los riesgos de éste, además de considerar otras alternativas disponibles.

En años recientes ha venido ocurriendo, especialmente en Norteamérica, un movimiento hacia la reducción del uso de restricciones en los hospitales. Esta tendencia coincide con una disminución significativa en el uso de procedimientos de restricción (3, 4,7-10). Una ley en Norteamérica, afirma: los procedimientos de restricción, serán aplicados como un último recurso, más que primera opción, para controlar la conducta agresiva de un paciente, mientras este se encuentre en un centro de atención primaria. Esta ley promulga: "...el paciente tiene el derecho a ser libre de... cualquier restricción física o química impuesta para propósitos de disciplina o conveniencia y no para tratar los síntomas médicos en los pacientes. (11)

2.4.4. Resolución 4343 de 2012 el inciso 4 del numeral 4.3 del artículo 4.

Establece como uno de los deberes de los pacientes respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.

Así las cosas, en el evento de presentarse violencia o agresión en contra del personal que presta o administra los servicios de salud, esta circunstancia debe denunciarse ante la Fiscalía General de la Nación, a fin de que esta entidad, en el marco de lo previsto en el artículo 250 de la Constitución Política, determine la existencia de alguna conducta punible. (12)

2.4.5. LEY 1562 DE 2012

Sistema General de Riesgos Laborales: Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

Las disposiciones vigentes de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, hacen parte integrante del Sistema General de Riesgos Laborales.

Programa de Salud Ocupacional: en lo sucesivo se entenderá como el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. Este Sistema consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo (13)

2.4.6. LEY 1306 DE 2009

Por la cual se dictan normas para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y se establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados. Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados.

DECRETA: Capítulo I Consideraciones Preliminares 1°. Objeto de la presente Ley: La presente Ley tiene por objeto la protección e inclusión social de toda persona natural con discapacidad mental o que adopte conductas que la inhabiliten para su normal desempeño en la sociedad. La protección de la persona con discapacidad mental y de sus derechos fundamentales será la directriz de interpretación y aplicación de estas normas. El ejercicio de las guardas y consejerías y de los sistemas de administración patrimonial, tendrán como objetivo principal la rehabilitación y el bienestar del afectado.

2°. Los sujetos con discapacidad mental: Una persona natural tiene discapacidad mental cuando padece limitaciones psíquicas o de comportamiento, que no le permite comprender el alcance de sus actos o asumen riesgos excesivos o innecesarios en el manejo de su patrimonio. La incapacidad jurídica de las personas con discapacidad mental será correlativa a su afectación, sin perjuicio de la seguridad negocia; y el derecho de los terceros que obren de buena fe.

5°. Obligaciones respecto de las personas con discapacidad: Son obligaciones de la sociedad y del Estado colombiano en relación con las personas con discapacidad mental: 1.- Garantizar el disfrute pleno de todos los derechos a las personas con discapacidad mental, de acuerdo a su capacidad de ejercicio; 2.- Prohibir, prevenir, investigar y sancionar toda forma de discriminación por razones de discapacidad; 3.- Proteger especialmente a las personas con discapacidad mental; 4.- Crear medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real a las personas con discapacidad mental; 5.- Establecer medidas normativas y administrativas acorde a las obligaciones derivadas de los tratados internacionales de derechos humanos a favor de las personas en situación de discapacidad mental y las acciones necesarias para dar cumplimiento a los programas nacionales; 6.- Fomentar que las dependencias y organismos

de los diferentes órdenes de gobierno trabajen en favor de la integración social de las personas con discapacidad mental; 7.- Establecer y desarrollar las políticas y acciones necesarias para dar cumplimiento a los programas nacionales en favor de las personas en situación de discapacidad mental; así como aquellas que garanticen la equidad e igualdad de oportunidades en el ejercicio de sus derechos.

8°. Derechos Fundamentales: Los individuos con discapacidad mental tendrán los derechos que, en relación con los niños, niñas y adolescentes, consagra el Título I del Código de la Infancia y la Adolescencia o las normas que lo sustituyan, modifiquen o adicionen y, de igual manera, los que se consagren para personas con discapacidad física, de la tercera edad, desplazada o amenazada, y demás población vulnerable, en cuanto la situación de quien sufre discapacidad mental sea asimilable. Para el disfrute y ejercicio de estos derechos se tendrá en consideración la condición propia y particular del sujeto afectado. En la atención y garantía de los derechos de los individuos en discapacidad mental se tomarán en cuenta los principios de que trata el artículo 3° de la presente Ley. (14)

2.5. MARCO TEORICO

En este apartado los autores presentan aportes teóricos relacionados con la variable de estudio, conductas de paciente agitado, violento y así mismo, también se definen las conductas agresivas.

La OMS (2002) define la violencia como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (p. 3). (15) La OMS (2002) también describe los tipos de violencia, en la que los actos violentos cometidos hacia otras personas como a los miembros de la familia, vecinos etc. constituyen el tipo de violencia interpersonal, mientras que la violencia colectiva se refiere a los actos violentos cometidos en grupos identificados hacia otro sujeto o grupos.

Para poder determinar qué hacer en cada situación relacionada con una escena de paciente agitado, violento u/o con agitación psicomotriz, se deberá abordar los siguientes puntos: la atención de paciente violento desde el ámbito prehospitalario; qué dicen las estadísticas acerca de las causas de violencia en el departamento de Antioquia Colombia y en especial, en Medellín, lugar que es la población de muestra de la actual guía, sin negar que pueda ser de gran importancia y uso a nivel global; los trastornos de agitación, violencia y agitación psicomotriz de relevancia para el nivel prehospitalario; los posibles manejos no farmacológicos y farmacológicos de los pacientes violentos prehospitalarios; y la regulación correcta de estos pacientes.

La necesidad de mejorar la atención a las personas lesionadas y mejorar la relación de paciente-primer respondiente, por causa de lesiones violentas e intolerantes por parte de los usuarios u pacientes atendidos por TAPH en estos casos, a los que se les presta los primeros auxilios y generan acciones violentas por determinados factores. El comportamiento violento de los pacientes tiene implicaciones económicas, además de consecuencias físicas y

psicológicas, ya que, implica la necesidad de mayor cantidad de personal, llevando a cabo problemas tanto para el servicio prestado por como para la salud del paciente atendido complicando en gran manera a servicio de respuesta de la comunidad.

Colombia desafortunadamente tiene en común con otros países el tener la realidad de estar en un conflicto armado, que lo lleva a permanente violencia; para el año 2003, 250.000 personas eran combatientes activos de uno u otro lado, esto ha impactado en gran medida los servicios de salud, la calidad y la oportuna atención que debe enfrentar todo el personal pre hospitalario. Al implementarse la atención pre hospitalaria en Colombia y Medellín posiblemente se ha consolidado y mejorado el manejo de las urgencias y emergencias de los diferentes sistemas de emergencias médicas, en las que se establece un grupo de acciones, en donde la atención primaria es la más primordial para determinar la atención de un paciente y priorizarla, lo determina que donde se presenta el rose paciente – prestador de salud es en la atención primaria y debe ser la mejor atención prestada para un buen desarrollo al continuar con la preservación de la vida que es lo principal.

Cuando el enfoque de la atención se centra al nivel prehospitalario, se debe reconocer que el tiempo de intervención hacia el paciente debe ser oportuno y óptimo, y más si se trata de un paciente con conductas violentas, agitación de su motricidad por alteración de su estado mental, algún trastorno en el comportamiento y/o mental. Son exactamente ellos quienes necesitan de personal capacitado, ya que es complicado distinguir entre varias formas, las diferentes escenas de paciente violento, el profesional puede verse confundido por las alteraciones en el examen físico ocasionados por el paciente agitado, violento y con agitación psicomotriz, llevándolo a conclusiones erróneas al relacionar a estas escenas, a estos síntomas y signos con las afecciones del, por ejemplo, ABCDE del trauma.

Haciendo referencia a las conductas agresivas, según silva (2008) la conducta agresiva al igual que otras conductas se basa en los procesos biológicos del organismo para promover la supervivencia del individuo y tal conducta puede ser adquirida a través de los procesos psicológicos por los que se aprenden el resto de conductas. De esta forma silva (2008) establece que “La agresión es una conducta social compleja que implica interacción entre dos

o más individuos y que está dirigida a lograr control, es decir, una consecuencia o un objetivo” (p.103). (16)

“El comportamiento violento y agresivo se manifiesta directamente mediante acciones contra los demás: golpes, peleas, empujones, patadas, insultos, amenazas etc. la naturaleza de la violencia puede ser física, psicológica o sexual. La conducta violenta se aprende y la primera oportunidad para aprender a comportarse agresivamente surge en el hogar observando e imitando la conducta agresiva de los padres.” (p.386). (17)

La agitación psicomotriz está considerada como una urgencia psiquiátrica sin importar que tipo de violencia rebele el paciente, que requiere una respuesta rápida y coordinada del personal sanitario que lo atiende, evitándose un posible incremento de la ansiedad y un probable comportamiento violento por parte del paciente para evitar heridas y lesiones al personal de primera respuesta. (El inicio de la inmovilización o contención mecánica (CM), supone el haber agotado todas las medidas terapéuticas habituales como la verbalización (con éxito en el control de ciertos enfermos agitados, generalmente leves, agitaciones moderadas y sobre todo, de origen psíquico).) La inmovilización parcial o generalizada es la forma de garantizarles a una persona y al personal de primera respuesta su seguridad. Dos tipos de seguridad en estos casos; Propia del paciente y hacia los demás; Propia: Previene autolesiones, evita interferencias en el plan terapéutico propio, evita fugas, por solicitud voluntaria del paciente. Hacia los demás: Previene lesiones a tercero, evitar interferencias en el plan terapéutico de otros pacientes, evitar daños materiales en el servicio de primera respuesta.

Estas son noticias locales sobre acontecimientos presentados en la red de salud en Colombia. “Se agravan agresiones al personal sanitario en Medellín. El pasado martes en la noche, una de las médicas generales de la clínica Esimed (antigua Saludcoop de Villanueva) recibió su turno en sala de urgencias y encontró una congestión que por estos días se ha vuelto usual. Dos horas más tarde, sintió el puño de una mujer y la patada de un hombre sobre su cuerpo: “eran los acompañantes de una paciente hospitalizada que querían saber el resultado de una

tomografía y pedían que le autorizáramos alimento a la señora. Pero por orden del médico anterior tenía suspendida la vía oral”, contó.

La agresora, recuerda además la médica, la insultó reiteradas veces y la amenazó de muerte a tal punto que la obligó a salir en el baúl de un carro al finalizar el turno. “Tuve que interponer una demanda porque quiero ser la última médica agredida. Nosotros defendemos al paciente de su enfermedad, pero es muy difícil cuando además tenemos que defendernos del paciente”, agregó.

“Tres días antes en la unidad hospitalaria de Metrosalud, ubicada en Manrique, un hombre que esperaba atención médica también perdió la paciencia y amenazó al médico de turno. Tres vigilantes intervinieron para evitar que el médico fuera golpeado, pero fueron ellos quienes resultaron con golpes y heridas de armas blancas en su cuerpo y tuvieron que ser trasladados de lugar de trabajo por agresiones contra su vida.”

“Casos como estos siguen apareciendo cada semana en Medellín, aseguran fuentes de noticias locales y la situación parece complicarse, tanto en la red de atención pública como en hospitales privados.”

Así lo asegura *Germán Reyes*, presidente de la Asociación Médica Sindical, además: “nuestra preocupación es que vemos un aumento en las agresiones. Sabemos que hay una congestión real en los servicios de urgencias, pero muchos ciudadanos no entienden que los médicos también son maltratados por el sistema de salud que, a veces, ni siquiera les paga”.

Las estadísticas lo respaldan. Solamente en la red de Metrosalud durante el 2015 se registraron 103 agresiones contra los médicos; 29 de ellas ocurrieron en la Unidad Intermedia de Belén, 18 en el Doce de Octubre, 17 en Santa Cruz y 15 en San Javier.

“*Martha Castrillón*, gerente de Metrosalud, confirmó que varios de los médicos y enfermeras agredidos tuvieron que ser trasladados y al menos dos recibieron incapacidades de dos semanas, producto de las lesiones. “Esto es un círculo vicioso en el que nos tiene el sistema de salud. Los usuarios no reciben atención en el nivel básico y terminan acudiendo al servicio de urgencias, los acompañantes muchas veces esperan afuera en condiciones que profundizan

la impaciencia. Pero por ley hay un orden establecido para la atención (triage) que dice que no se atiende en orden de llegada sino de gravedad y riesgo para la vida”, declaró.

Problema nacional La Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales realizó una encuesta sobre agresiones en el servicio de urgencias de 56 IPS y encontró que 15 de cada 100 médicos fueron objeto de alguna agresión verbal o física.

Según el estudio, los más afectados son los auxiliares de enfermería que reciben 40 % de las agresiones, seguidos por los médicos generales (25 %), enfermeras (16 %) y médicos especialistas (6 %). Dentro de las clínicas también son maltratados los vigilantes y personal de seguridad (17 %), las auxiliares de servicios generales (7,7 %) y las recepcionistas (5,5 %). (18)

¿Por qué hay violencia? Según estas aclaraciones, nos lleva a entender que en cualquier momento posiblemente cualquier personal de salud o primer respondiente puede sufrir un acto de violencia, tanto como extra-hospitalaria como intra-hospitalaria. Como al tiempo de espera en las salas de urgencias, los desacuerdos en la clasificación de la atención (triage), la limitación del número de acompañantes y muchas cosas más, pero no es lo primordial en este caso donde los TAPH sufren las escenas de pacientes agitados, violentos o con agitación psicomotriz, como en casos extremos que comprometen la vida de los pacientes (heridos por balas o armas blancas, accidentes graves de tránsito, partos o infartos) son siempre prioridad en la atención primaria y su llegada hace que el tiempo de respuesta para otros pacientes con cuadros menos críticos sea largo, lo que lleva a que muchos pacientes presenten actos violentos o de agitación. “Los ciudadanos tienen el derecho a la salud, pero también la responsabilidad de saber cuándo y cómo hacer uso de ese derecho”.

Hay otras formas de agresión menos visible que ya se convirtieron en rutina para el personal de TAPH de salud. "El Estar acostumbrados a leer noticias dramáticas, en las que un grupo de delincuentes entra a una ambulancia a rescatar personas baleadas o en otros casos lo contrario, agresión al momento de la atención, ése es un aspecto de la violencia que tiene que ver con algo estructural de la sociedad, pero en el que los personales prehospitalarios,

personales de rescate y personal médicos, no pueden hacer mucho. Es un extremo muy visible, pero no refleja el clima de violencia cotidiana que se vive y que de alguna forma refleja el malestar entre personal sanitario en general de salud y pacientes.

Podría pensarse, que la agresividad contra los profesionales de la salud TAPH varía en sobremanera entre los centros públicos y privados al momento de la atención, aunque tampoco varía a mejorar con la presencia de personal policial. La impaciencia, ansiedad, los diferentes escenarios geográficos de estrato de una ciudad, cambian mucho el momento de la atención. Los pacientes sienten, muchas veces con razón, que su caso es el más importante. El lenguaje se ha ido degradando, las personas no encuentran las palabras para expresar las emociones, y pasan a actos violentos o verbales. La gente identifica al profesional de salud como el responsable de las carencias de su atención sin darse cuenta que la salud es una cadena para un fin terapéutico.

"Muchas agresiones tienen que ver con el sistema del primer respondiente, en este caso el TAPH, con pacientes en estados de alucianamiento, pacientes agitados por fin causa, paciente bajo efectos de narcóticos, paciente que acabe de sufrir un trauma, adultos mayores, malas noticias, mala atención, no tener una buena comunicación, personal – paciente, falta de espacios para contener los malestares masivos que el paciente tiene cuando un familiar está enfermo, familiares con mal manejo de su humor y otras circunstancias que ponen en curso las agresiones. “El sistema privado tampoco satisface: los tiempos de consulta son muy breves, los pacientes pasean entre especialistas que no están comunicados entre sí, consultan uno que lo manda a otro sin tener contacto de su historial clínico, lo que lleva a tener un sistema muy perturbado. Hay que tomar conciencia de la situación que vive el personal sanitario de salud en general, porque sólo de esa manera se pueden corregir errores y tratar de mejorar la atención brindada y el estado equilibrado de personal - paciente.”

Se diferencia los conceptos a ver y tratar en estas investigaciones en desarrollo, llevando a cabo conocimientos en el personal de TAPH, para que tenga fines con mejoría al momento de la atención de pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz. El primer paso a seguir es aplicar las medidas necesarias de seguridad para mantener la integridad física del paciente

y del personal que interviene. Estas medidas van desde una compañía tranquilizadora, hasta una contención mecánica, prefiriéndose siempre las medidas menos coactivas. Si el paciente porta armas u objetos que puedan ser utilizados como tales, deberá ser desarmado por personal de seguridad o policía. Debe mantenerse una distancia de seguridad prudencial, preservar una vía de salida de fácil acceso y realizar una entrevista en un lugar tranquilo y sin sobrestimación externa. Se debe solicitar la presencia de personal de seguridad si es necesario y tener en cuenta que la sola presencia de miembros de seguridad suele contener al paciente y permitir que éste comience a colaborar (esto es menos frecuente en la agitación orgánica).

Existen una serie de factores predictores de autoagresividad o riesgo inminente de agitación psicomotriz que se deben tener en cuenta para aplicar las medidas oportunas que son; Aumento creciente de la actividad motora, presencia de gestos y actitudes violentas: amenazas verbales, gritos, o exhibición de violencia sobre objetos, signos de ansiedad, sospecha de consumo de tóxicos reciente y/o habitual, antecedentes de conducta violenta previa, signos no verbales en la expresión facial: evitar contacto visual, mirar de reojo, expresión de perplejidad... Pueden hacernos pensar en la existencia de clínica delirante y/o alucinatoria que puede precipitar un paso al acto.

Un segundo paso a seguir consiste en valorar la presencia de síntomas somáticos de riesgo vital que requiriesen intervención más inmediata (alteración de constantes vitales, alteración del nivel de conciencia...). En la medida de lo posible tiene que llevarse a cabo una exploración general del paciente a nivel somático y, si es posible, la realización de las pruebas complementarias necesarias.

Población especial, infantil, geriátrica; La agitación psicomotriz en la población infantil puede aparecer como consecuencia de un cambio ambiental (mudanza familiar, pérdida de empleo de progenitores...), crisis familiar reciente (pérdida de un progenitor, divorcio...), o por circunstancias biográficas extremas como abusos sexuales o maltrato infantil.

También puede aparecer asociada a diferentes patologías: Sedación postanestesia, trastornos del espectro autista, S. Rett, otros síndromes genéticos, retraso mental, TDHA, Cuadros afectivos.

Geriátrico; Las situaciones más frecuentes en que la población geriátrica presenta cuadros de agitación son: el cuadro confusional agudo o delirium y los síntomas psicóticos y de conducta que aparecen en la demencia (en la enfermedad de Alzheimer la prevalencia de agitación y los síntomas psicóticos aparecen entre la mayoría de los pacientes atendidos).

Las medidas preventivas que se pueden llevar a cabo son las siguientes: mantener un ambiente confortable (temperatura, luz, ruidos, elementos orientación), acompañamiento familiar, comunicación con el personal sanitario, evitar cambios habitación o de lugar, ser siempre transportados con un acompañante que el paciente reconozca bien, movilización precoz, uso de gafas y audífonos, evitar fármacos para dormir si es posible y la contención mecánica.

Si el paciente anciano ya está en estado de agitación, lo primero que debe hacerse es valorar si las alteraciones conductuales se están produciendo por una causa médica intercurrente. Si es así, un tratamiento etiológico del proceso orgánico mejorará su comportamental. Como segundo paso, si no hay organicidad, hay que identificar los síntomas, posteriormente se deben poner en práctica todas las medidas no farmacológicas. Si finalmente se concluye que el paciente necesita medicación: Evitar la polifarmacia en lo posible, vigilar los efectos secundarios e interacciones, iniciar con dosis bajas y realizar lenta progresión de éstas, revisar progresivamente la necesidad del tratamiento y la dosis (en caso de que el TAPH este acompañado de medico aplicar esas medidas).

En la evaluación del paciente agitado, es el proceso de (evaluación diagnóstica) de un paciente agitado debe ir encaminado al diagnóstico diferencial de los cuatro grupos etiológicos y en especial a descartar lo más rápida y eficazmente posible las causas que puedan suponer un riesgo vital para el paciente. Para ello, es necesario realizar una historia clínica detallada, examinar el estado mental del sujeto, un examen físico y neurológico y

contar con pruebas de laboratorio complementarias rutinarias al momento de llegar al centro asistencial y otras pruebas diagnósticas en función de la etiología sospechada.

2.5.1. Violento o agitado

La violencia es asociada por muchos a hechos cruentos que tienen su origen en problemas psiquiátricos de personalidad, alcoholismo, problemas económicos y sociales y socioculturales.

Según algunos criterios la violencia puede ser estudiada desde varios enfoques: 1. Perspectiva biológica: algunos casos de lesiones en el sistema límbico, en los lóbulos frontales y temporales o anomalías en el metabolismo de la serotonina pueden predisponer a la agresión. 2. Perspectiva psicológica: los padres que más maltratan son aquellos que poseen baja autoestima, los que tienen antecedentes de maltrato, los que están deprimidos, los que tienen baja tolerancia a la frustración y los dependientes al alcohol. 3. Perspectiva psiquiátrica: los testigos y víctimas de violencia presentan altas tasas de depresión y estrés post-traumático. El abuso de sustancias y de alcohol, así como los trastornos de personalidad limítrofe o antisocial incrementa de manera considerable el riesgo de violencia. La violencia y el suicidio se han encontrado relacionados. 4. Perspectiva del contexto específico: hay diferencias en la expresión de la violencia en medios rurales y en medios urbanos debido a que los estresores en dichos ambientes son distintos. 5. Perspectiva social: Hay evidencia de que los aspectos sociales juegan papeles importantes en la expresión de las conductas violentas, uno de ellos es la transmisión intergeneracional de la violencia.

La agitación es en ocasiones la manifestación de una enfermedad médica, en otras es signo de ansiedad extrema y en otras la expresión de un trastorno mental subyacente. Si la agitación psicomotriz viene acompañada con alteración del nivel de conciencia se habla de delirio. Antes de abordar una decisión terapéutica se ha de establecer un diagnóstico diferencial de presunción y categorizar al paciente en alguno de estos tres grandes grupos diagnósticos. Los pacientes agitados son una situación clínica a la que con relativa frecuencia se enfrentan los

del personal sanitario en su desempeño como prestador de salud. En la primera valoración, además de tomar las oportunas medidas de seguridad, se debe resalta que debemos de hacer un diagnóstico de presunción basado en el origen de la agitación (causa orgánica, trastorno mental subyacente o manifestación de una ansiedad extrema). Ello facilitará una posible resolución mediante un abordaje verbal o por el contrario se procederá a la contención mecánica. En caso de que se tome esta última decisión, se debe planificar con antelación y realizarla con al menos 5 personas. Dicha maniobra suele ser el paso previo a la contención con sedación farmacológica. Es necesario tener en cuenta el riesgo que suponen estos pacientes para su entorno familiar, el personal que lo atiende o incluso su propia vida. (19)

2.5.2. Agitación psicomotriz

La agitación psicomotriz está considerada como una urgencia psiquiátrica sin importar que tipo de violencia rebele el paciente, que requiere una respuesta rápida y coordinada del personal sanitario que lo atiende, evitándose un incremento de la ansiedad y un probable comportamiento violento por parte del paciente para evitar heridas y lesiones al personal sanitario.((el inicio de la inmovilización o contención mecánica (CM), supone el haber agotado todas las medidas terapéuticas habituales como la verbalización (con éxito en el control de ciertos enfermos agitados, generalmente leves, agitaciones moderadas y sobre todo, de origen psíquico).)) La inmovilización parcial o generalizada farmacológica, es la forma de garantizarles a una persona y al personal sanitario su seguridad. Dos tipos de seguridad en estos casos; Propia del paciente y hacia los demás; Propia: Previene autolesione, evita interferencias en el plan terapéutico propio, evita fugas, por solicitud voluntaria del paciente. Hacia los demás: Previene lesiones a tercero, evitar interferencias en el plan terapéutico de otros pacientes, evitar daños materiales en el servicio. (19)

2.5.3. Trastorno mental orgánico

La prioridad, como en todo escenario, será descartar una causa orgánica que requiera un tratamiento específico. Diversos trastornos sistémicos del sistema nervioso central así como el abuso de tóxicos terminan repercutiendo sobre la función cerebral, y pueden ocasionar un cuadro de agitación psicomotriz que se manifiesta generalmente como un síndrome confesional agudo o de delirio, que presenta características propias y que generalmente no ceden con la contención verbal, por lo que se debe recurrir a la inmovilización del paciente. (19)

2.5.4. Trastorno psicótico

El paciente que padece un trastorno esquizofrénico de tipo paranoide es el que con mayor frecuencia puede protagonizar cuadros de agitación psicomotriz en el contexto de descompensaciones o reagudizaciones de su enfermedad por cualquier causa. Los síntomas positivos que se intensifican en las reagudizaciones (ideas delirantes, alucinaciones.) llevan con frecuencia a conductas auto o heteroagresivas en los pacientes que las sufren. Éstos en ocasiones, pueden pasar al acto de forma brusca, cuando previamente se han mostrado “aparentemente tranquilos”. La diferencia entre los pacientes esquizofrénicos o con otro tipo de enfermedad mental de tipo psicótico y los pacientes que sufren un cuadro psicótico dentro de un delirio (origen orgánico) estaría fundamentalmente en el nivel de conciencia: en el delirio, el estado de conciencia está siempre alterado y no lo está en las psicosis funcionales. Otra patología psiquiátrica donde también pueden darse episodios de agitación con relativa frecuencia son los trastornos bipolares en las fases de manía, sobre todo si cursan con síntomas psicóticos. La manía delirante se puede manifestar como un comportamiento agresivo, acompañado generalmente de euforia, verborrea y grandiosidad. Habitualmente el paciente tiene un diagnóstico previo de trastorno bipolar. Éste es el paciente con el trastorno funcional más peligroso. En general, en los pacientes con una descompensación de tipo psicótico es difícil conseguir un abordaje o contención verbal debido a su desconexión de la

realidad, pero no por ello hay que dejar de intentarlo. Es Esta con frecuencia asociada al consumo de tóxicos es más habitual observarla en los servicios de urgencias hospitalarios y extra hospitalarios primera instancia, aunque suele ser necesario recurrir a la contención y administración de medicación neuroléptica. (19)

2.5.5. Trastorno no orgánico y no psicótico

Aquí se englobarían aquellos pacientes con trastornos de la personalidad, o aquellos en que la agitación psicomotriz suele ser una situación reactiva a determinados factores como: Agitación reactiva o situacional (trastorno adaptativo). El paciente reacciona con agresividad o agitación a un nuevo contexto o situación al que le cuesta adaptarse. Ante situaciones catastróficas, reacciones a estrés agudo. El paciente puede reaccionar con ira, rabia y agresividad o incluso con un cuadro de apatía. – Reacciones emocionales, ante accidentes, muerte de familiares (duelo). – Niños sometidos a abuso sexual o maltrato. Debe indagarse esta posibilidad cuando se detecta un cambio brusco de comportamiento o actitudes agresivas en un niño sin patología previa ni historia de psicosis ni consumo de tóxicos. – Reacciones de agresividad por privación sensorial. En este grupo suele resultar más eficaz la intervención verbal, ya que no hay alteración del nivel de conciencia, ofreciendo tanto apoyo psicológico, como en ocasiones medicación (generalmente ansiolíticos que el paciente puede aceptar o rechazar), por lo que no es frecuente recurrir a medidas de contención física. (19)

2.5.6. Abordaje general y medidas de seguridad

En el medio extra hospitalario, la aproximación al lugar deberá realizarse recabando toda la información posible a través del centro coordinador. En el lugar se hará un rápido análisis de la situación, y se priorizarán las medidas de seguridad, valorando la conveniencia del uso de sirenas y rotativos. Seguridad; Ante todo hay que garantizar la seguridad del personal, paciente y familiares y del entorno material. Por ello, en presencia de armas, objetos peligrosos o riesgo inminente, el personal sanitario debe rezagarse para que actúen los

cuerpos de seguridad estando dispuestos a actuar una vez se haya procedido a la reducción física. Se adoptarán una serie de medidas de seguridad pasiva que proporcionen una mayor seguridad en la atención del paciente agitado, cuya actitud por definición es impredecible. Hay que sentirse seguros con el paciente, de lo contrario la inseguridad interferirá en la evaluación. (19)

2.5.7. Contención verbal o psíquica

La primera pauta de actuación es fomentar la verbalización. En esta fase algún miembro de la familia o acompañante puede contribuir. De esta forma podremos controlar a ciertos enfermos agitados, generalmente leves, agitaciones moderadas y sobre todo de origen psíquico, y evitar la necesidad de contención mecánica. (19)

2.5.8. Contención Mecánica

Ésta es una medida excepcional como último recurso cuando las otras estrategias han fallado; aunque en ocasiones puede ser la primera medida cuando se trata de una situación de agitación grave o con riesgo inminente, tanto de agresividad hacia otros, como intento de auto agresividad, si bien en esta última situación la conducta debe ser valorada detalladamente por el riesgo a todos. La contención mecánica también está indicada en pacientes agitados cuyo comportamiento dificulta el programa terapéutico, pero antes de proceder a la misma debe informarse al paciente de la razón o motivo y cuáles son las opciones terapéuticas y ofrecerle siempre la posibilidad del tratamiento farmacológico. Hay que explicar que esta técnica tiene una función terapéutica y que no se trata de un castigo. En ocasiones, sólo la presencia y la disposición del personal decidido para la contención hacen que el paciente reconozca su actitud negativa y provoque el cambio de actitud y su cooperación. (19)

2.5.9. Tratamiento farmacológico

La indicación de terapia farmacológica urgente y la vía de administración dependerán del grado de agitación y de la sospecha diagnóstica. Generalmente se recurrirá a la vía parenteral, y es preferible la intravenosa (IV) a la intramuscular (IM) por su rapidez de acción. Sin embargo, la obtención de un acceso IV en pacientes con agitación aguda puede resultar difícil y habitualmente requerirá la contención física previa, por lo que con frecuencia se recurre a la vía IM, aunque lo tranquilizarían requiriendo un poco más de tiempo. Si se opta por la vía oral, idealmente se utilizará en forma líquida y se asegurará que el paciente ha ingerido la medicación. La vía sublingual también es eficaz en esta situación. (19)

3. DIAGNOSTICO O ANÁLISIS

3.1. DESCRIPCION DE LA POBLACION

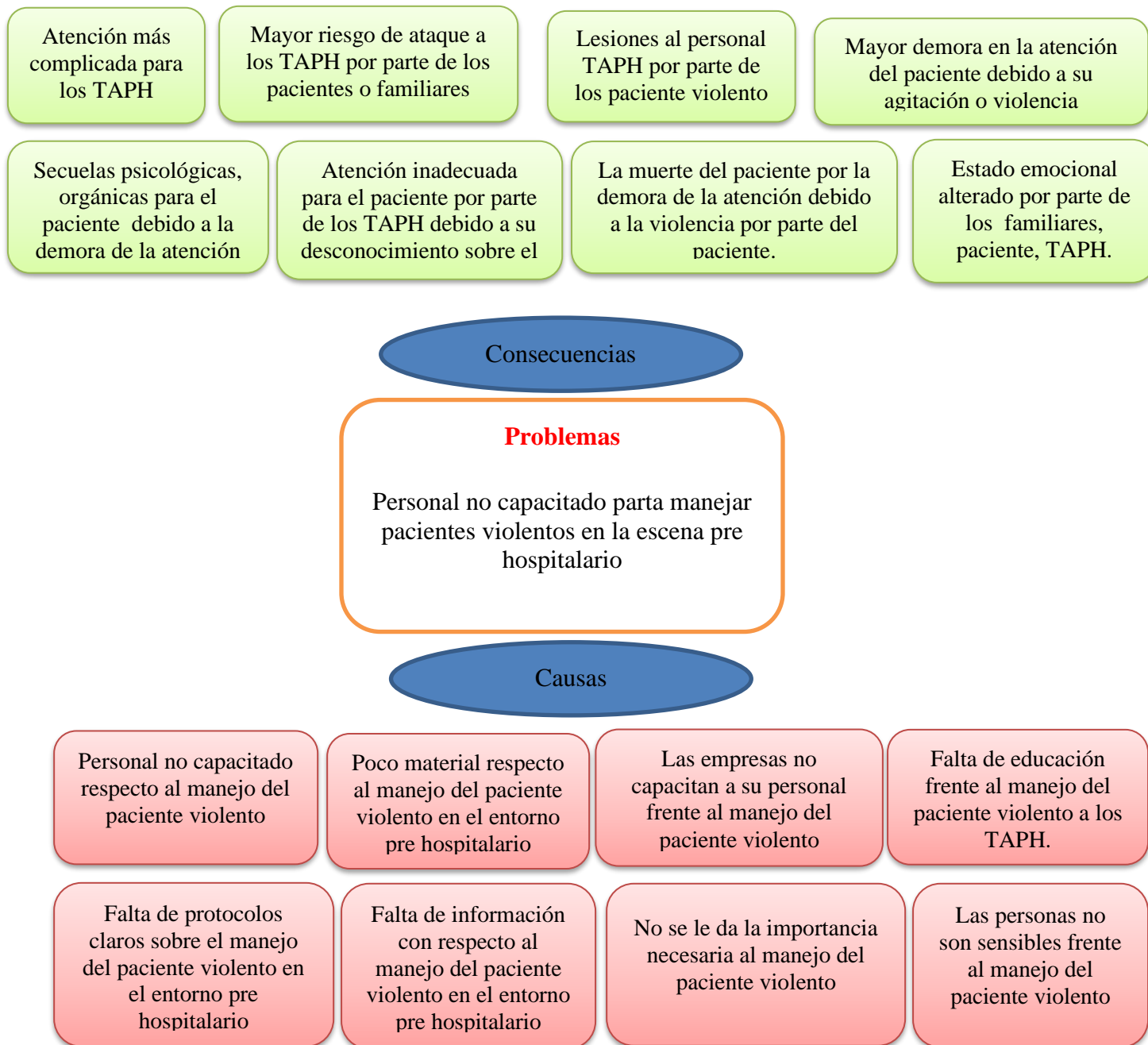
3.1.1. Población

Todos los TAPH del área metropolitana los cuales se encuentran actualmente trabajando en los diferentes servicios de urgencias y de respuesta como cuerpo de bomberos, cruz roja de los cuales se encuentran trabajando en el 123 actualmente 115 TAPH.

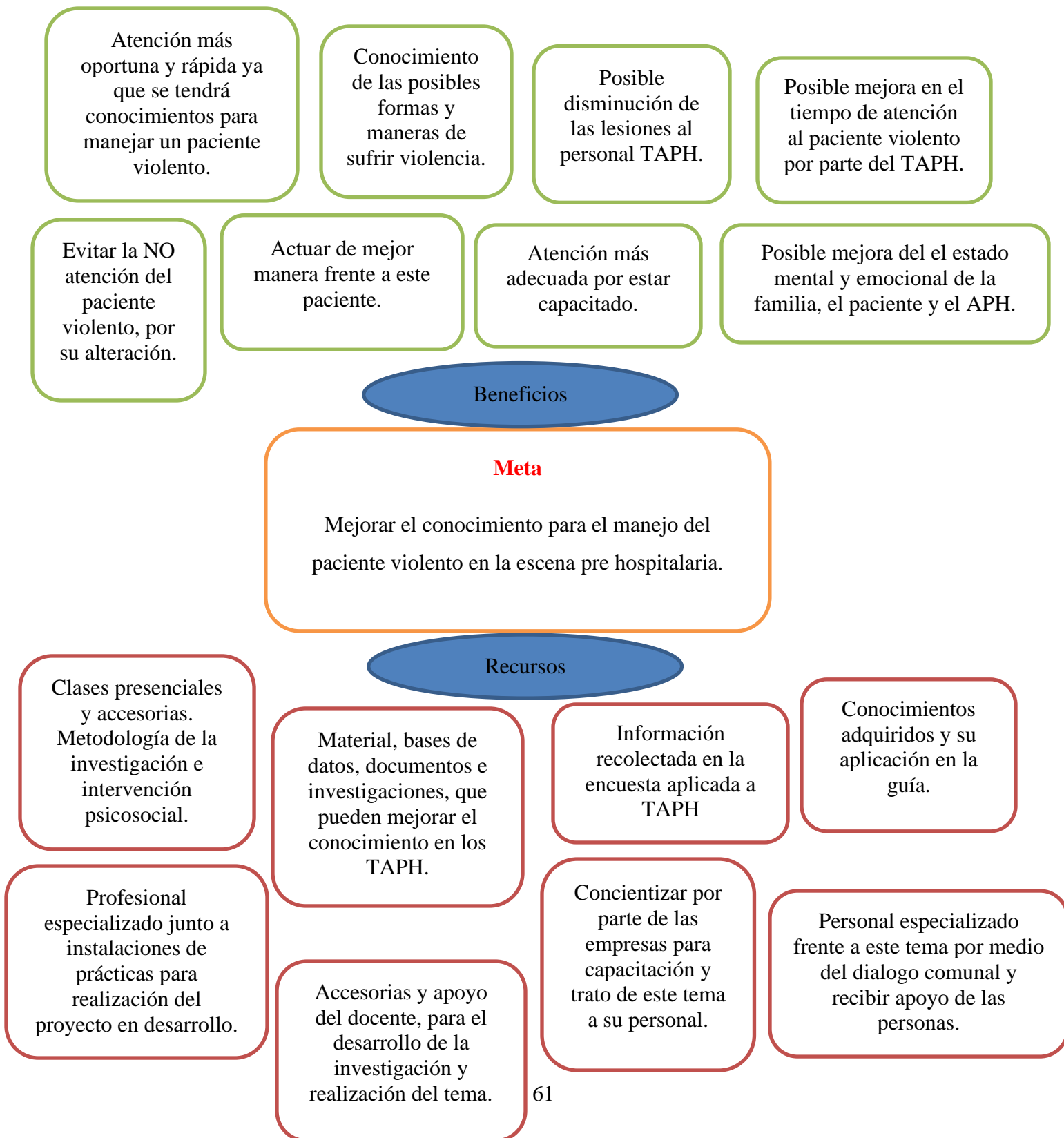
3.1.2. Muestra

De los 115 TAPH que se encuentran actualmente trabajando en el 123, la encuesta se la aplicara a 80 TAPH del Programa 123 de Medellín.

3.1.3. Árbol de problemas



3.1.4. Árbol de oportunidades



4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. ALCANCE DEL PROYECTO

El proyecto en desarrollo tiene como su alcance la elaboración de una guía aplicando información y protocolos (algoritmos) vistos en bibliografías y fuentes de bases de datos, aplicada y orientada al programa de atención pre hospitalaria de la corporación universitaria adventista, que comprende la falta de pasos y protocolos al momento de dirigir una atención a pacientes violentos y con agitación psicomotriz, la cual culminara el 2019-2.

4.2. METODOLOGÍA DEL PROYECTO.

Fue un proyecto de tipo desarrollo, lo que se realizó para el cumplimiento de este proyecto, se hizo uso de la metodología de investigación bibliográfica para seleccionar la información necesaria para la elaboración de la guía.

Primero se realizó una búsqueda y revisión del material bibliográfico sobre el abordaje y manejo de pacientes violentos,

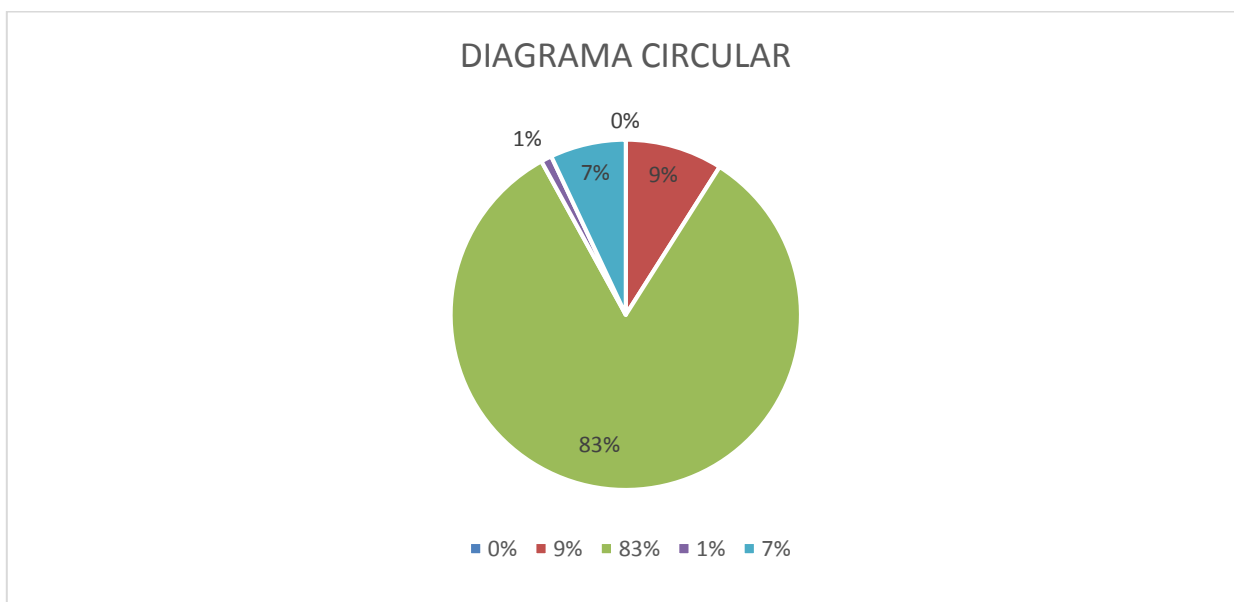
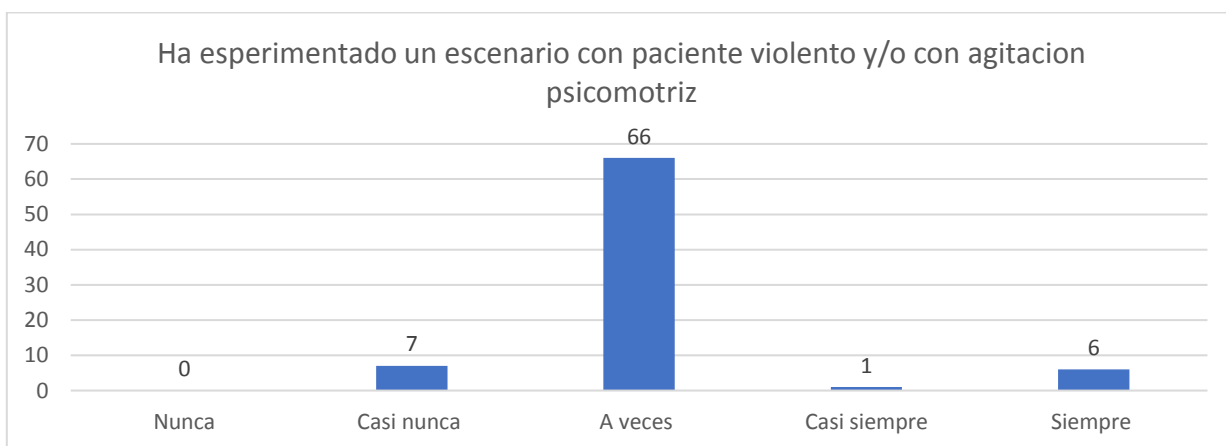
Segundo se realizó, se aplicó y se tabulo resultados de la encuesta sobre experiencias adquiridas del personal pre hospitalario en la escena con pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz, del programa 123 primera respuesta de la ciudad de Medellín.

Tercero se creó la guía teniendo en cuenta la información recolectada de las bases de datos y los datos obtenidos de la encuesta.

Cuarto dentro de la guía se realizaron protocolos (algoritmos) y pasos a seguir sobre el abordaje y manejo del paciente hostil y violento.

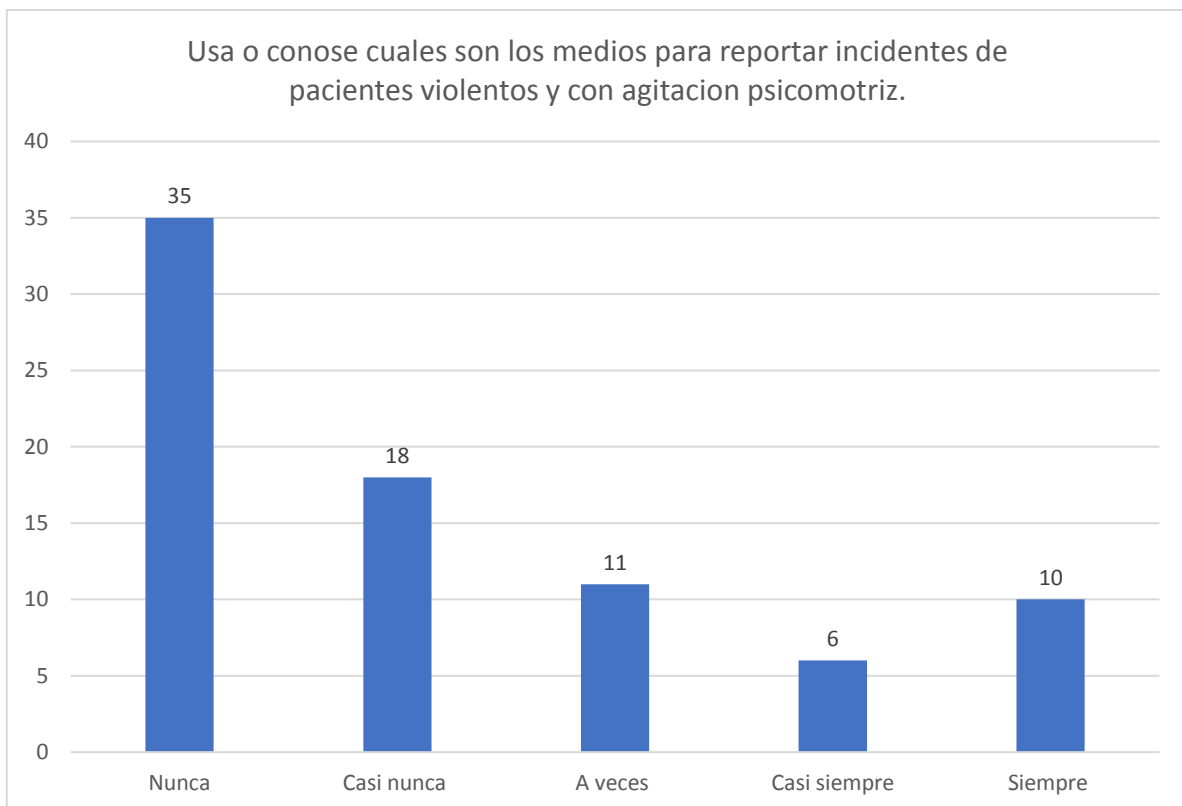
4.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.3.1. Pregunta número 1.

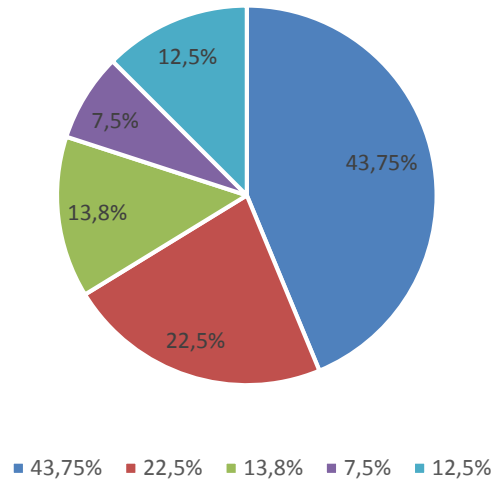


Por lo cual se puede observar en la anterior grafica que el 83% de los TAPH encuestados del programa 123 de la ciudad de Medellín, a veces han experimentado un escenario con pacientes violentos y con agitación psicomotriz, el 9% casi nunca han experimentado un escenario con este tipo de pacientes, el 7% siempre han experimentado este tipo de escenarios, el 1% casi siempre han experimentado este tipo de escenarios y 0% de TAPH nunca lo han experimentado. Al parecer se puede interpretar por medio de la grafica que los escenarios que involucran pacientes violentos y con agitación psicomotriz son frecuentes en la práctica diaria en el entorno prehospitalario, esto se puede deber a factores como el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, traumatismos y situaciones de estrés. Por lo cual es importante tener los conocimientos sobre el abordaje y manejo de este tipo de pacientes.

4.3.2. Pregunta número 2.

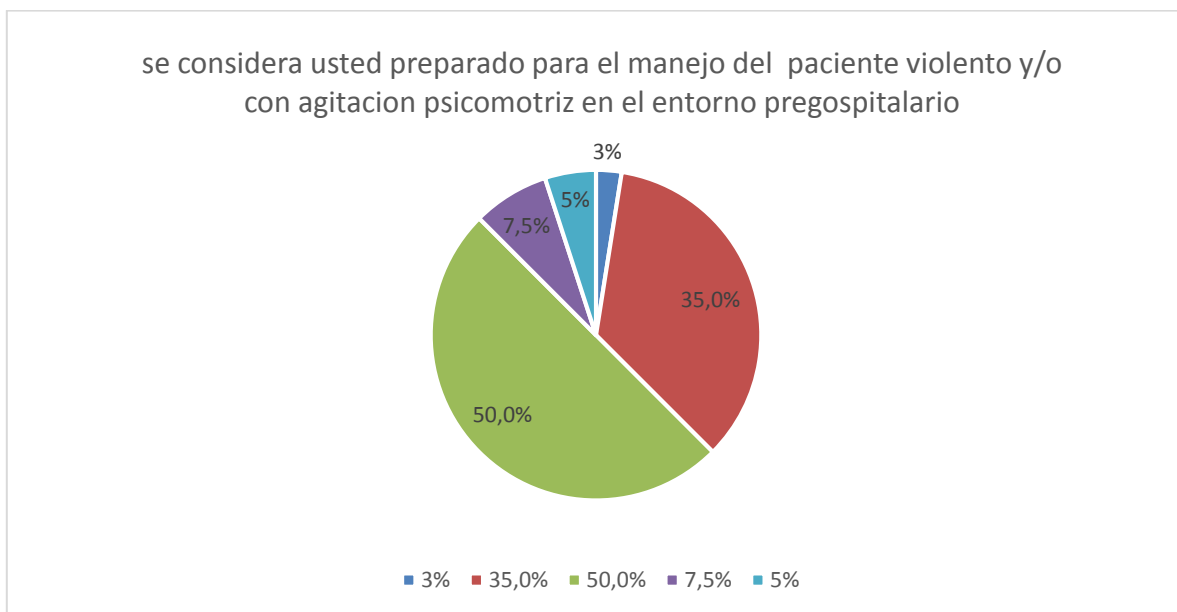
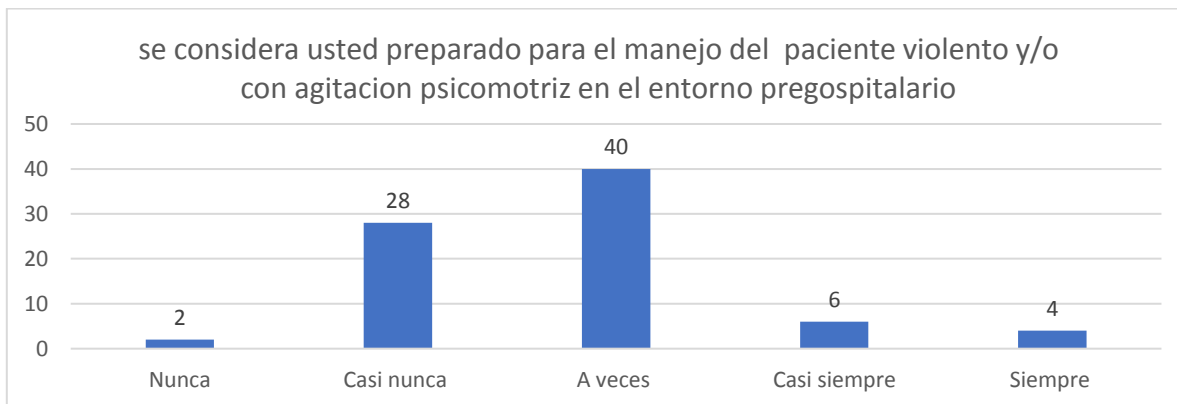


Usa o conoce cuales son los medios para reportar incidentes de pacientes violentos y con agitacion psicomotriz



Por lo cual se puede observar en la anterior grafica que el 43,75% de los TAPH encuestados del programa 123 de la ciudad de Medellín , nunca han usado o conocen cuales son los medios para reportar incidentes de pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz, el 22,5% casi nunca ha usado ni conoce los medios para reportar este tipo de incidentes, 13,8% a veces lo usa y conoce los medios , el 12,5% siempre usa los medios y los conoce, el 7,5% casi siempre lo usan o conocen los medios para reportar este tipo de incidentes. Al parecer se puede interpretar por medio de la grafica que los TAPH del programa 123 de la ciudad de Medellín en su mayoría no usan ni conocen los medios de reporte, esto se puede deber a la falta de información por parte de los TAPH o no le dan la importancia necesaria.

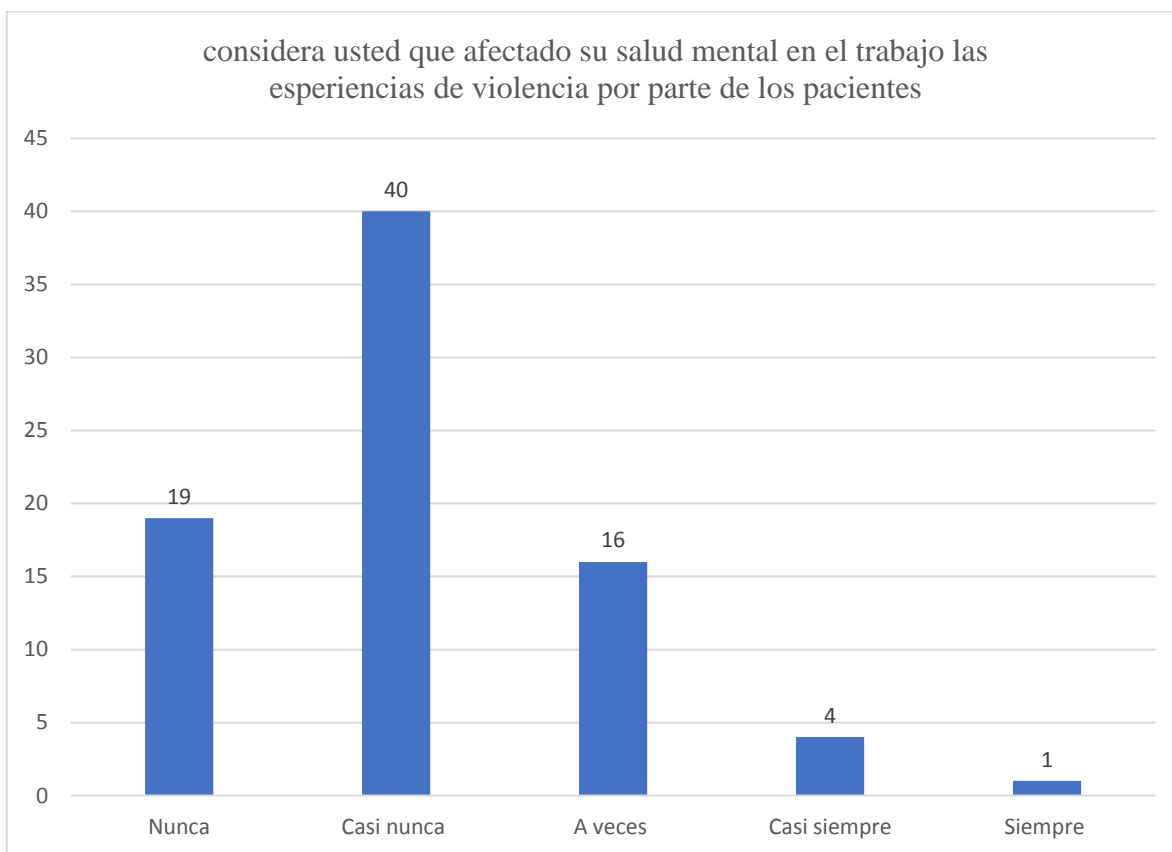
Pregunta número 3.



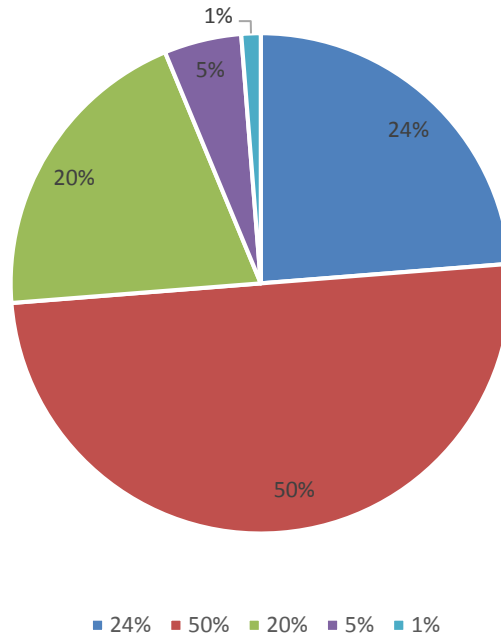
Por lo cual se puede observar en la anterior grafica que de los 80 TAPH encuestados, el 50.0%, que equivale a 40 de los TAPH encuestados, a veces se consideran preparados para el manejo del paciente violento y/o con agitación psicomotriz en el entorno prehospitalario, el 35,0% que equivale a 28 tecnólogos casi nunca se consideran preparados, el 7,5% que equivale a 6 TAPH casi siempre, el 5% siempre se consideran preparados y el 3% que equivale a 2 profesionales, nunca se consideran preparados para el manejo de este tipo de pacientes. Al parecer se puede interpretar por medio de la gráfica que los TAPH del programa

123 de la ciudad de Medellín, a veces no se sienten preparados para el manejo del paciente violento y/o con agitación psicomotriz en el entorno prehospitalario, esto se puede deber a la falta de conocimientos previos por parte de los TAPH.

4.3.3. Pregunta número 4.

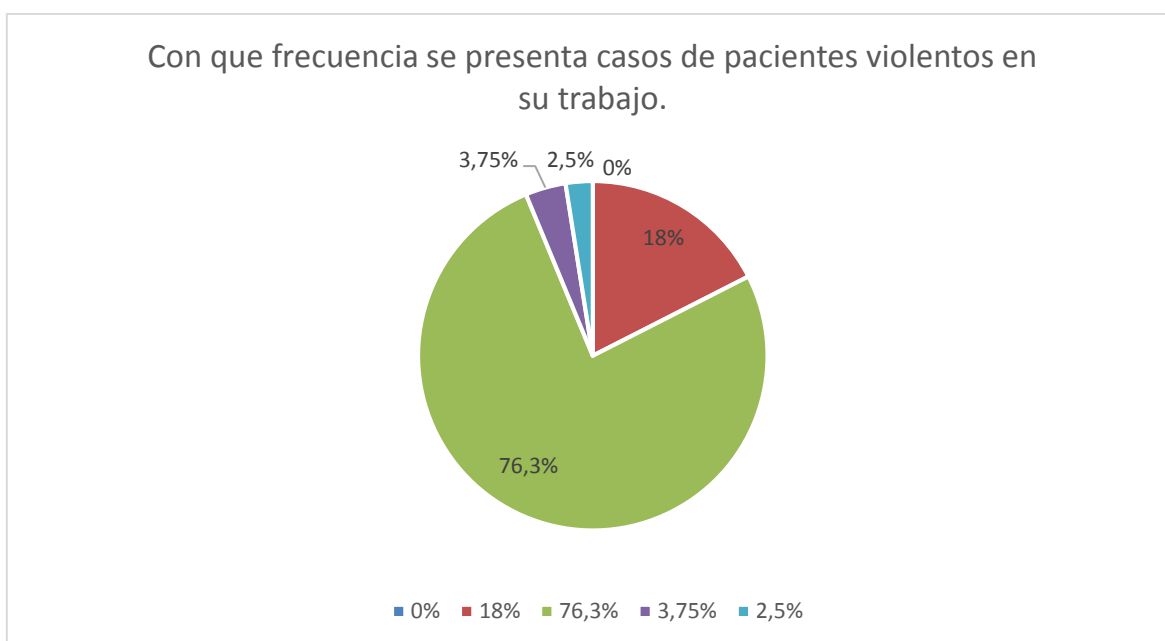
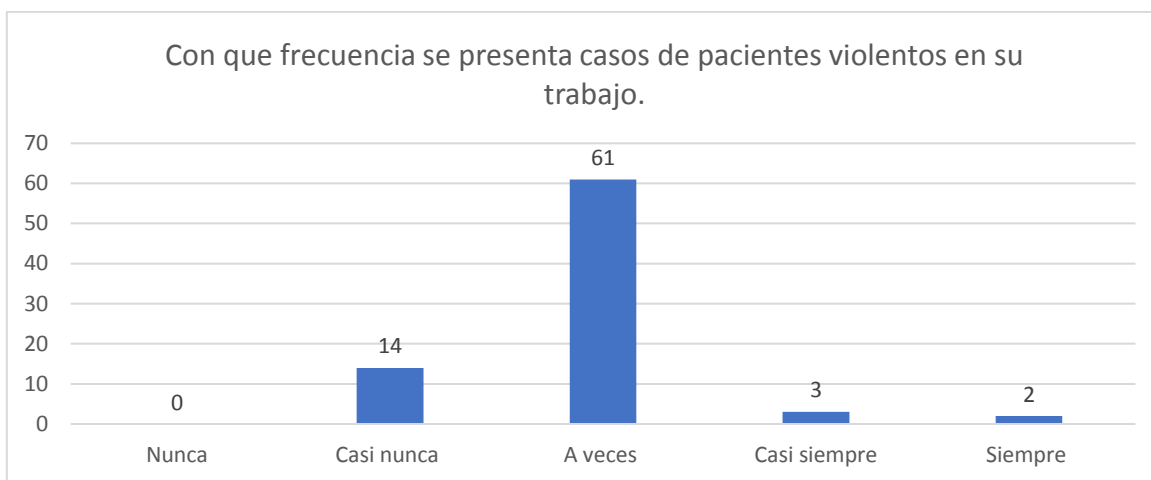


considera usted que afectado su salud mental en el trabajo las experiencias de violencia por parte de los pacientes



Por lo cual se puede analizar en la anterior grafica que de los 80 TAPH encuestados , el 50.0%, que equivale a 40 de los TAPH encuestados, casi nunca les ha afectado su salud mental en el trabajo, las experiencias de violencia por parte de los pacientes, el 24% que equivale a 19 TAPH a los cuales nunca les afecta, el 20% que equivale a 6 TAPH a veces les causa afectación de su salud mental, el 5% casi siempre les suele afectar y el 1% que equivale a 1 TAPH, siempre es afectada su salud mental por parte de una escena que involucre pacientes violentos. Al parecer se puede interpretar por medio de la gráfica que los TAPH del programa 123 de la ciudad de Medellín, casi nunca les ha afectado su salud mental en las escenas que involucren pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz, esto se puede deber a la alta estabilidad emocional por parte de los TAPH.

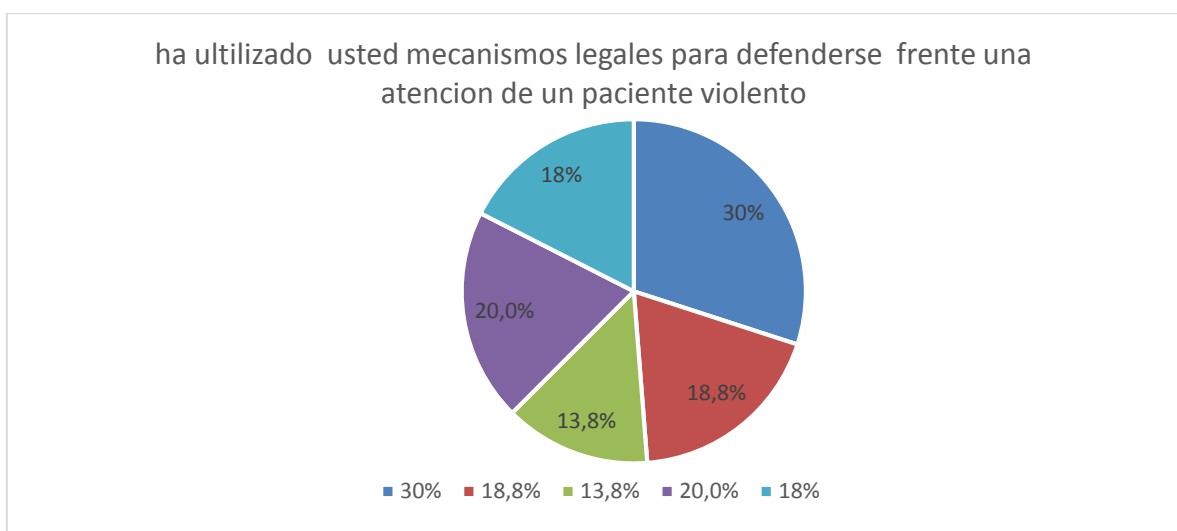
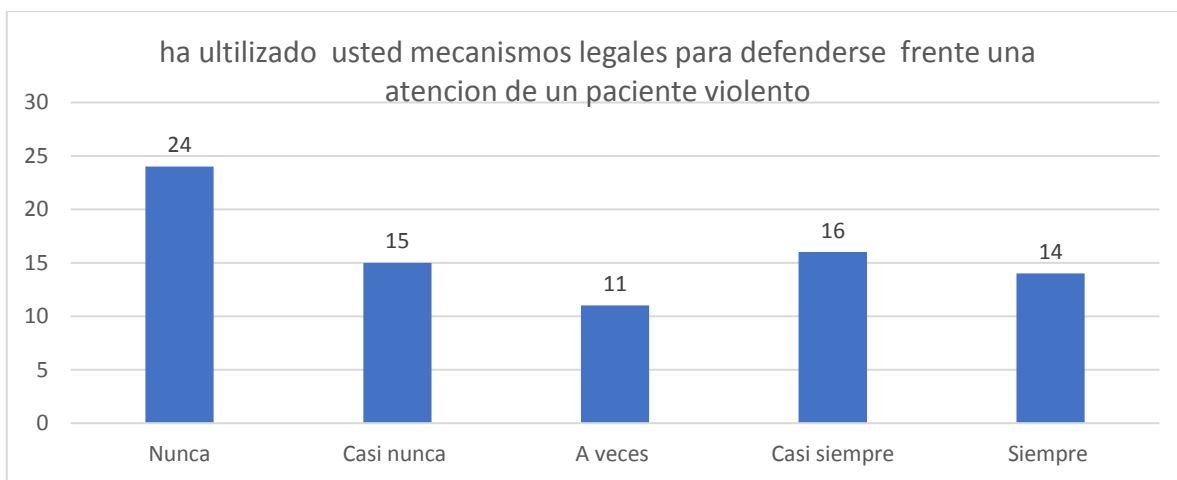
4.3.4. Pregunta número 5.



Por lo cual se puede analizar en la anterior grafica que de los 80 TAPH encuestados, el 76,3%, que equivale a 61 de los TAPH , a veces se presentan casos de pacientes violentos en el trabajo, el 18% que equivalen a 14 TAPH casi nunca presentan casos con pacientes violentos, el 3,75% que equivale a 3 TAPH casi siempre presenta casos, el 2,5% siempre presenta casos de pacientes violentos en el trabajo, y el 0% nunca presentan casos de pacientes violentos en él trabajo, Al parecer se puede interpretar por medio de la gráfica que los TAPH del programa

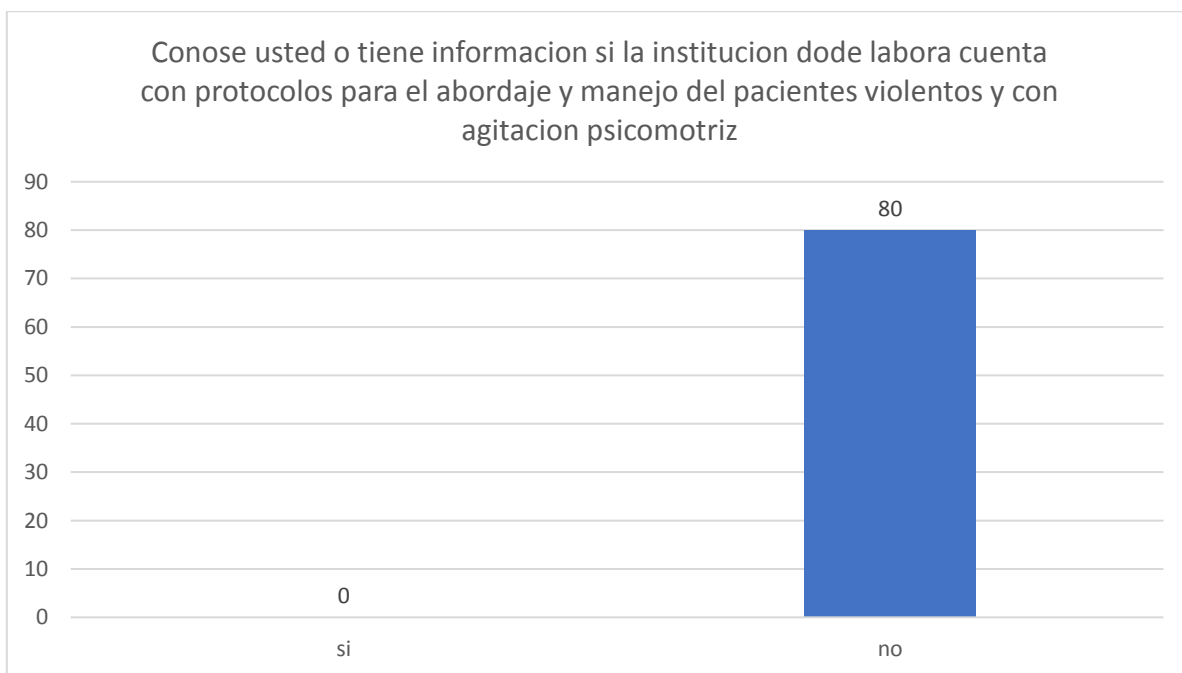
123 de la ciudad de Medellín, a veces se presentan casos de pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz en el trabajo, esto se podría deber al aumento de accidentes de tránsito, pacientes psiquiátricos y con uso de sustancias psicoactivas lo que podría incrementar la probabilidad de que se atiendan más pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz en el día.

Pregunta número 6.

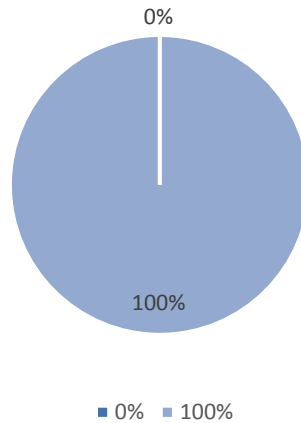


Por lo cual se puede analizar en la anterior grafica que de los 80 TAPH encuestados, el 30%, que equivale a 24 de los TAPH , nunca han utilizado mecanismos legales para defenderse frente una atención que involucre paciente violento y/o con agitación psicomotriz, el 20% que son 16 TAPH casi siempre usan mecanismos legales, el 18.8% que equivale a 15 TAPH, casi nunca usan mecanismos legales , el 18% que equivalen a 14 TAPH, siempre han utilizado mecanismos legales para defenderse, y el 13,8% con 11 TAPH, a veces lo usan en la atención del paciente violento y/o con agitación psicomotriz. Al parecer se podría interpretar por medio de la gráfica que los TAPH del programa 123 de la ciudad de Medellín, que la mayoría de encuestados, nunca utilizan los mecanismos legales, esto se podría deber a la falta de conocimiento o no se han visto en la necesidad de recurrir a los mecanismos legales para defenderse durante la atención y después de la atención del paciente.

Pregunta número 7.

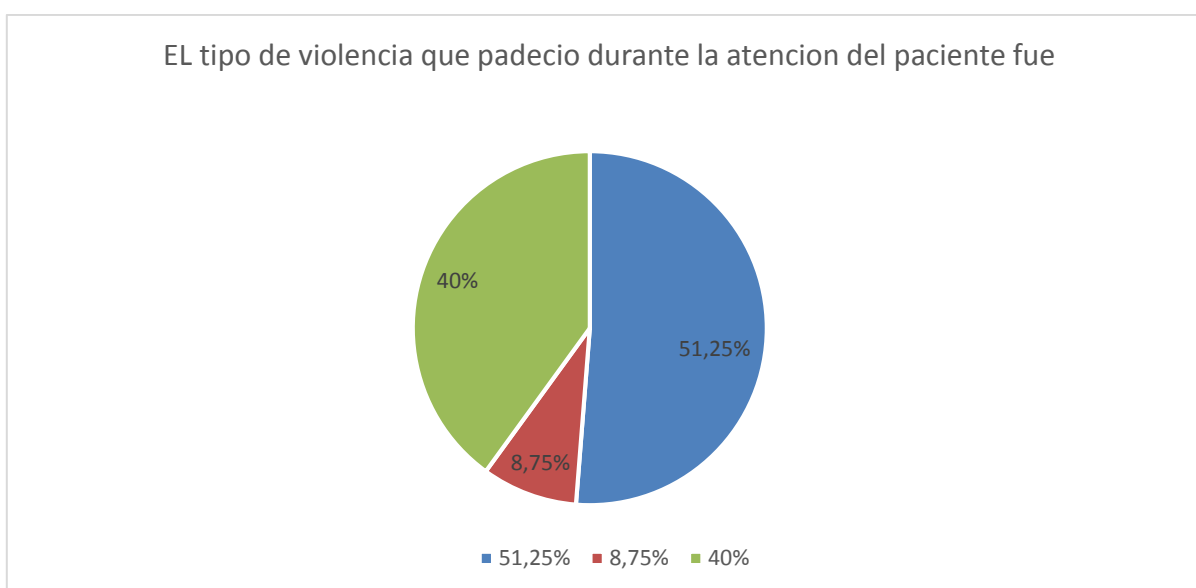
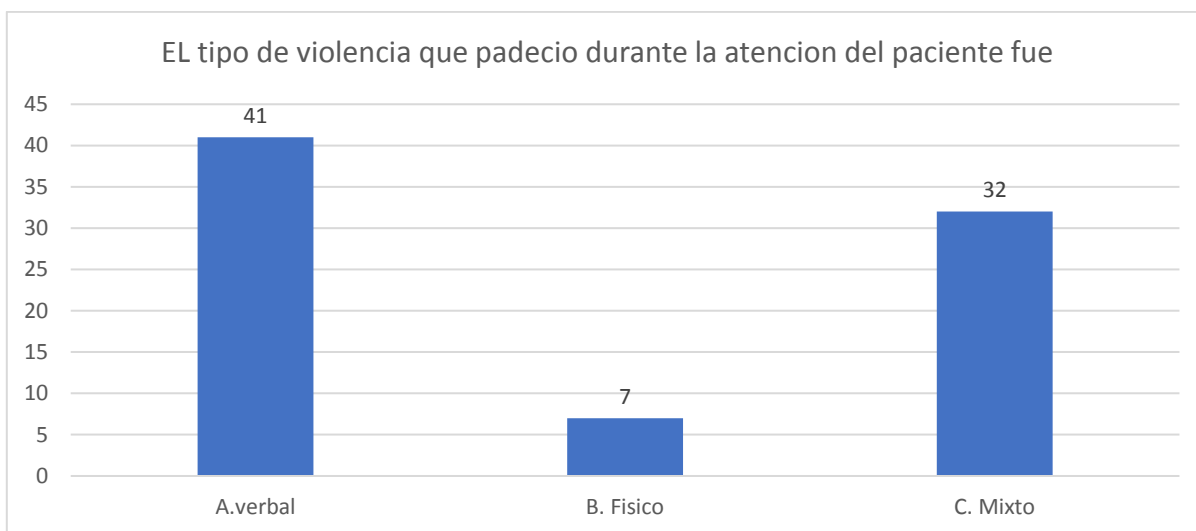


Conoce usted o tiene información si la institución donde labora cuenta con protocolos para el abordaje y manejo de pacientes violentos y con agitación psicomotriz



Por lo cual se puede analizar en la anterior grafica que de los 80 TAPH encuestados, el 100%, que equivale a 80 de los TAPH, contestaron que no conocen o no tienen información de los protocolos de abordaje a pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz en la institución donde laboran. Al parecer se podría interpretar por medio de la gráfica que los TAPH del programa 123 de la ciudad de Medellín, contestaron en su totalidad que no cuentan con protocolos de abordaje a este tipo de pacientes, esto podría deberse a la falta de interés sobre el tema o que no lo consideran relevante para la institución.

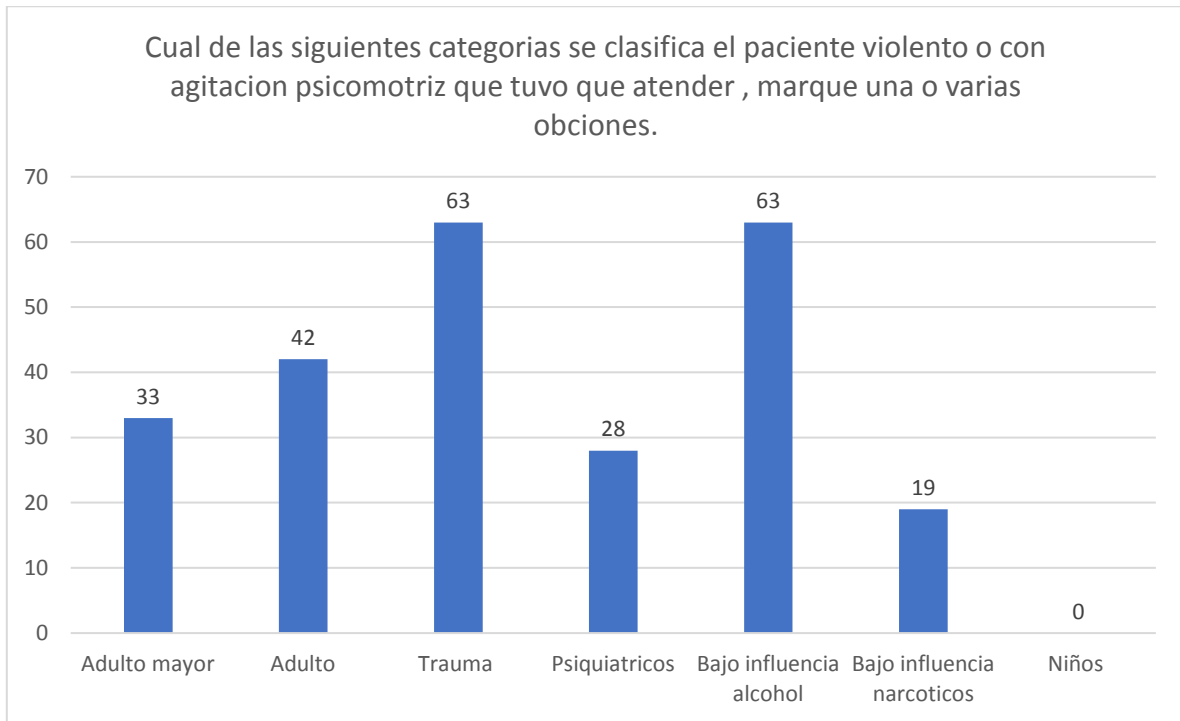
4.3.5. Pregunta número 8.



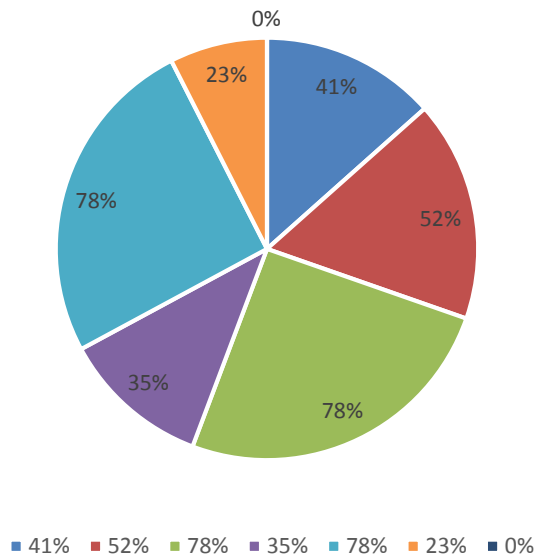
Por lo cual se puede analizar en la anterior grafica que de los 80 TAPH encuestados, el 51%, que equivale a 41 de los TAPH, el tipo de violencia que padeci6 fue de tipo verbal, el 40% que equivalen a 32 TAPH, el tipo de violencia que padeci6 fue mixto, el 8,75% que equivale a 7 TAPH, el tipo de violencia que padeci6 fue de tipo f6sico. Al parecer se podr6a interpretar por medio de la gr6fica que los TAPH del programa 123 de la ciudad de Medell6n, en su mayor6a contestaron que el tipo de violencia que padecieron fue de tipo verbal, seguida de

mixta y física, esto se podría deber al comportamiento de los seres humanos por iniciar por la agresión verbal.

4.3.6. Pregunta número 9.

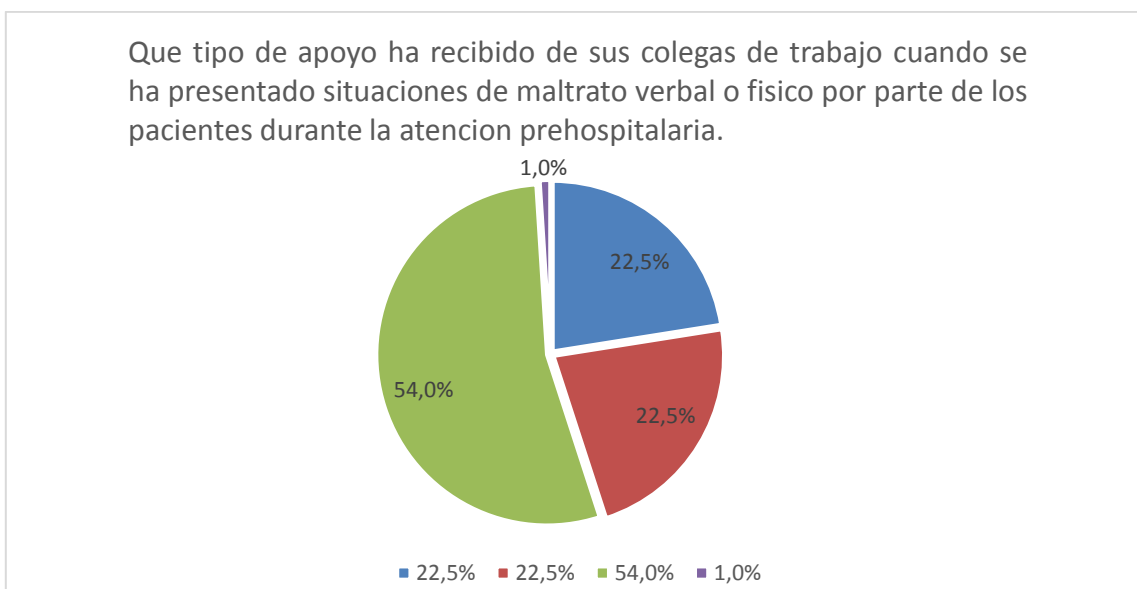
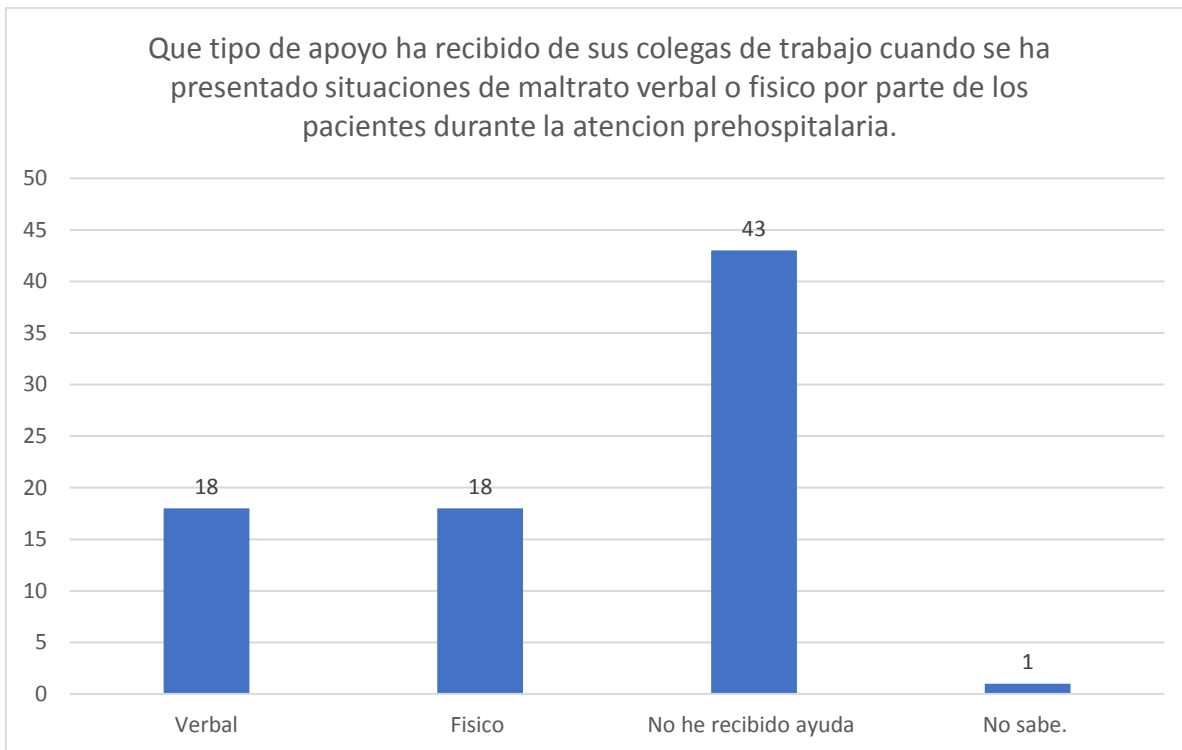


Cual de las siguientes categorias se clasifica el paciente violento o con agitacion psicomotriz que tuvo que atender , marque una o varias obpciones.



calificación individual: de 80 puntos o veces posibles en cada categoría que contestaron los 80 TAPH encuestados, las opciones de traumas y bajo influencias del alcohol con un 78% y 63 veces seleccionadas, suelen ser los pacientes más frecuentes a poder desarrollarse una escena donde se presente pacientes violentos y/o con agitación psicomotriz, siguiéndole el paciente adulto con un 52% que equivale a 42 veces seleccionada, seguido del adulto mayor con 41% que equivale 33 veces contestada por los TAPH, el psiquiátrico con un 35% y seleccionada 28 veces, bajo influencia de narcóticos con un 23% y 19 veces contestada, niños 0% y 0 veces contestada. Al parecer se podría interpretar por medio de la gráfica que los TAPH del programa 123 de la ciudad de Medellín, en su mayoría contestaron que los pacientes violentos que tuvieron que atender fueron por traumatismo y bajo influencia del alcohol, esto podría deberse a desplazarse altas velocidades en motocicleta sin elementos de seguridad y en estado de alicoramamiento.

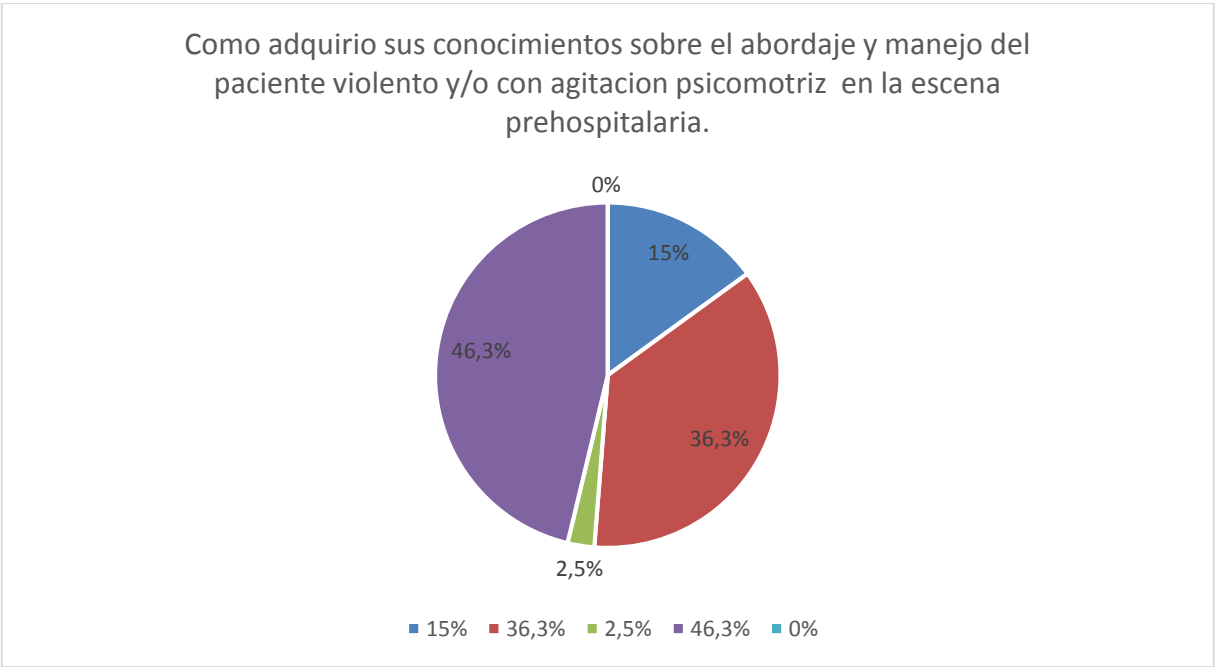
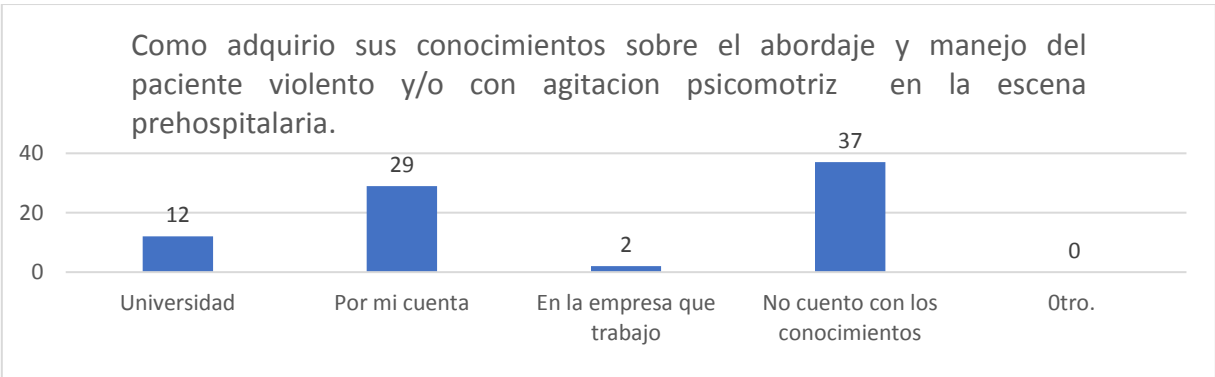
4.3.7. Pregunta número 10.



PREGUNTA ABIERTA: se seleccionaron palabras claves que tuvieron más repeticiones al momento de tabular; de los 80 TAPH encuestados se seleccionaron cuatro categorías sobre el tipo de ayuda que el tecnólogo en atención prehospitalaria ha recibido de su colega o compañero de tripulación, siendo la más alta el no he recibido ayuda con un 54% equivalente

a 43 veces contestada, seguidos de ayuda verbal y ayuda física con 22,5% siendo 18 veces contestada para ambas categorías, y no sabe 1,0% equivalente a un respondiente. Al parecer se podría interpretar por medio de la gráfica que los TAPH del programa 123 de la ciudad de Medellín, que la tripulación no es común que brinde colaboración o apoyo esto se puede deber a diferentes factores como lo pueden ser el temor a involucrarse en situaciones legales o ser agredidos por el paciente.

4.3.8. Pregunta número 11.



Con 80 TAPH del programa 123 encuestado, siendo 80 el 100% y acorde a la última pregunta con las categorías: no cuento con los conocimientos, por mi cuenta, en la universidad, en la empresa donde laboro, otros. El 46,3% equivalente a 37 TAPH, refiere no cuenta con los conocimientos sobre el abordaje y el manejo del paciente violento en la escena prehospitalaria, seguido de un 36,3% con 29 TAPH los cuales refieren adquirir su conocimiento por su propia cuenta, con un 15% equivale a 12 TAPH que indican haberlo aprendido en la universidad, con un 2,5% en la empresa donde labora que equivale a 2 TAPH y 0% en la categoría: otros. Esto se puede deber que las universidades no cuentan con materias sobre el tema de abordaje y manejo del paciente violento y/o con agitación psicomotriz.

4.4. PLAN DE TRABAJO

Tabla 2 plan de trabajo

Objetivos	Actividad	Inicio de la actividad	Culminación de la actividad	Responsable
Definición de Tema en proyecto de grado	Socialización entre los integrantes del curso metodología de la investigación.	12/02/2019	19/02/2019	APH Ivan Dario Zedan Mora APH Deivis De Jesus Payares Bohorquez
Determinar planteamiento del problema y la justificación	Investigar bibliografía sobre el tema principal	19/02/2019	26/02/2019	APH Ivan Dario Zedan Mora APH Deivis De Jesus Payares Bohorquez
Determinar la necesidad de crear una guía que indique pasos a seguir frente a un paciente o una escena violenta.	Crear, organizar determinar en cada clase de investigación ideas y solución del problema	27/02/2019	25/06/2019	APH Ivan Dario Zedan Mora APH Deivis De Jesus Payares Bohorquez

Como aplicar normas Vancouver	Asesoría grupal	12/03/2019	12/03/2019	APH Ivan Dario Zedan Mora APH Deivis De Jesus Payares Bohorquez
Primera entrega	Retroalimentación y entrega al profesor Jorge Sánchez	20/03/2019	20/03/2019	APH Ivan Dario Zedan Mora APH Deivis De Jesus Payares Bohorquez
Realizar y analizar una encuesta sobre experiencias adquiridas del personal pre hospitalario	Realizar una encuesta en 123, bomberos Medellín y centros de primera respuesta con pacientes violentos.	23/04/2019	30/04/2019	APH Ivan Dario Zedan Mora APH Deivis De Jesus Payares Bohorquez
Revisión y planteamiento de encuesta realizada	Organizar los datos obtenidos en el trabajo	01/05/2019	03/05/2019	APH Ivan Dario Zedan Mora APH Deivis De Jesus Payares Bohorquez
Desarrollo del marco teórico	Consultar bibliografías en base de datos para la realización de la guía	05/05/2019	15/05/2019	APH Ivan Dario Zedan Mora APH Deivis De Jesus Payares Bohorquez
Evaluar todo el modelo investigativo, identificando posibles errores para su entrega.	Revisar cada uno de los ítems del modelo investigativo, analizar resultados obtenidos e identificar posibles errores en el desarrollo textual del trabajo.	23/05/2019	25/05/2019	APH Ivan Dario Zedan Mora APH Deivis De Jesus Payares Bohorquez

4.5. PRESUPUESTO.

Tabla 3 Presupuesto

Recursos humanos			
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Total
Trabajo escrito inversión	120 horas	2500	300000
Asesor proyecto	16 horas	40000	640000
Realización de encuesta	10 horas	2000	20000
Colaboradores	-----	-----	10000
Equipos			
Gastos computador (internet)	150 horas	800	120000
Fotocopias	100	200	20000
Lapiceros	5	1000	10000
Marcadores acrílicos	4	2000	8000
Borrador acrílico	1	3000	3000
USB 2 GB	1	20000	20000
libreta de apuntes	1	5000	50000
Recursos financieros			
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
Presupuesto Total			1'291.000.00

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Se concluye que la importancia de haber conocido, practicado y manejado temas tan importantes como lo es “paciente agitado, violento y/o con agitación psicomotriz en el entorno del TAPH”. A diferentes niveles como; general, institucional, practico, cotidiano y como TAPH.

Colombia es un país en constante violencia sociocultural, llevando a involucrarse este acto en la salud por medio de la relación paciente-personal sanitario, donde se concluye que es una escena que siempre el TAPH tendrá que afrontar en cualquier parte del país, y no se encuentra preparado de la mejor manera para afrontar esta situación.

La institución no cuenta con una materia que haga énfasis teórico-práctica de temas asociados con situaciones complejas, en este caso de “violencia – agresión” en la relación paciente – personal TAPH.

Se vio que la institución hace énfasis en el cuidado laboral, cuidado personal, cuidado del equipo, sin contar con una clara capacitación para el correcto abordaje y atención en este tipo de escenas.

Se analizó que los diferentes sitios de rotación donde, el TAPH hace sus prácticas institucionales y laborales no cuentan con protocolos claros cómo se debe actuar en este tipo de escenarios, donde solo se improvisa sin seguir pasos claros y eficaces para una posible mejor atención.

Los TAPH encuestados no cuentan con el conocimiento claros respecto al tema, ni conocen protocolos estipulados que los ayude a actuar frente a un paciente violento o con agitación psicomotriz, afirman que la mayoría del conocimiento respecto al tema principal, lo adquieren por medios propios y no por medio de su institución formadora de TAPH.

Se ha concluido que el proyecto contribuye de manera importante para obtener conocimientos, identificar y resaltar los diferentes conceptos importantes tratados en esta guía para tratar de mejorar con los usuarios que requieran el servicio de primer respondiente de TAPH con personal tripulantes de ambulancias capacitados.

Como se mencionó también a lo largo del proyecto, las diferentes dificultades que puede presentar el TAPH en estos tipos de escenarios ya que no conocen, el cómo deben actuar, ni el cómo defenderse legalmente frente a estos casos llevando a si a una demora al momento abordar y trasladar.

Se concluyó que uno de los objetivos claros es la creación de la guía, para el mejoramiento en todos los puntos de vista de una atención adecuada. ejemplo; tiempo de respuesta, relación paciente-TAPH y mejorar la calidad del servicio.

En conclusión, la guía plasmada es basada en una atención rápida y oportuna con una posible mejor relación paciente- TAPH que se debe tener con el usuario y sus familiares y/o acompañantes con una atención eficaz.

5.2. RECOMENDACIONES

-El país cuenta con una gran profesión de TAPH, donde se ha logrado el reconocimiento en las grandes ciudades, sobre este prestador de salud y sobre a qué se dedica el tecnólogo en atención pre hospitalaria, donde se evidencia que al ser el primer respondiente en la mayoría de veces, corre mayor peligro de sufrir escenarios que involucren pacientes violentos por tal razón, se recomienda que se le brinde la debida importancia al tema del paciente violento en escenas prehospititarias, para evitar agresiones físicas, donde también se hace énfasis en recomendar la creación del “qué hacer” al momento de sufrir agresión física, a quien debe consultar para realizar el debido proceso de reporte de incidente.

-Dentro de un proyecto como lo fue este, siempre se desea y se recomienda que haya una mejora continua del mismo; por lo tanto, tengan a futuro interés con el proyecto y la guía implementada en el mismo, la complementación de protocolos y pasos actualizados y nuevos para su aprendizaje en las instituciones.

Incluir en alguna materia de importancia temas de complejidad como el de paciente violento y/o con agitación psicomotriz, su práctica y preparación.

Abordar capacitaciones para el conocimiento de esta guía a futuro, implementando sus pasos y mejorando cada día más en la falencia que se presenten a medida de la experiencia.

Seguir formando grandes TAPH como profesionales y personas, con sentir, personalidad y calidad, donde se cubran todos los campos, implementando y mejorando cada vez más en temas donde se encuentren falencias como el abordaje y manejo de pacientes violentos y con agitación psicomotriz.

Añadir al perfil del TAPH que tenga integridad completa para responder de la mejor manera frente a actos violentos o de agitación, demostrando profesionalismo en su atención, estudiado y protocolizado, dando un gran campo de acción y aprendizaje para su correcta implementación en una escena de la misma.

Se recomienda al programa de TAPH de la institución adventista, que se realice actos de prácticas, talleres, y tardes académicas, teniendo como tema el paciente violento y con agitación psicomotriz, para mayor fortalecimiento de sus estudiantes.

Afrontar la realidad respecto a la violencia que se vive cada día y hacer énfasis a gran escala sobre este tema a nivel personal, viendo los diferentes acontecimientos y preguntarnos el “que haría yo en un caso similar”

6. BIBLIOGRAFIA.

- 1 Organización paramédica de salud. <http://iris.paho.org>. [Online].; 1993. Acceso 01 de 05 de 2019. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/20384/CE111_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 2 INSTITUTE IGARAPÉ. igarape.org.br. [Online].; 2018. Acceso 01 de 05 de 2019. Disponible en: <https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2018/04/Citizen-Security-in-Latin-America-Facts-and-Figures.pdf>.
- 3 Varinia Alejandra Rodríguez Campo TMPKDTGR. scielo.isciii.es. [Online].; 2015. Acceso 01 de 05 de 2019. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100003.
- 4 Colombia Médica. scielo.org.co. [Online].; 2017. Acceso 14 de 05 de 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v48n1/es_1657-9534-cm-48-01-00009.pdf.
- 5 Ryan D.y Maguire P. <http://clysa.elsevier.es>. [Online].; 2014. Acceso 01 de 04 de 2019. Disponible en: <http://clysa.elsevier.es/es/violencia-laboral-urgencias-extrahospitalarias-una/articulo/S1130527414700234/#.XKP0UtJKjIX>.
- 6 Aragón MBdQ. www.fundacionmapfre.org. [Online].; 2011. Acceso 02 de 04 de 2019. Disponible en: https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1077073.
- 7 Adventista CU. <https://www.unac.edu.co>. [Online]. Acceso 26 de 04 de 2019. Disponible en: <https://www.unac.edu.co/index.php/mision-y-vision-2/>.

8 WILSON ARANA DCIPP. www.unac.edu.co. [Online].; 2015. Acceso 26 de 04 de 2019.
. Disponible en: <https://www.unac.edu.co/wp-content/uploads/PDF/normatividad/10.Propuesta-Pedagogica-UNAC-2015.pdf>.

9 COLOMBIA ECD. descentralizadrogas.gov.co. [Online].; 2013. Acceso 28 de 08 de 2019.
. Disponible en: http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/nacionales/Ley_1616_de_2013.pdf.

1 Secretaria del Senado. oas.org/dil. [Online].; 2003. Acceso 13 de 05 de 2019. Disponible
0 en: https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_Civil_Colombia.pdf.

1 El Presidente de la República. suin-juriscal.gov.co. [Online].; 1970. Acceso 13 de 05 de
1 2019. Disponible en: <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1230453>.

1 Ministerio de Salud y Protección Social. minsalud.gov.co. [Online].; 2012. Acceso 13 de
2 05 de 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204343%20de%202012.pdf.

1 CONGRESO DE LA REPÚBLICA. secretariassenado.gov.co. [Online].; 2012. Acceso 19
3 de 05 de 2019. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1562_2012.html.

1 REPUBLICA. CDL. minsalud. [Online].; 2009. Acceso 28 de 08 de 2019. Disponible en:
4 https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201306%20DE%202009.pdf.

1 OMS 2002. www.who.int. [Online].; 2002. Acceso 14 de 05 de 2019. Disponible en:
5 [https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.p
.df.](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf)

1 Silva. books.google.com.co. [Online].; 2008. Acceso 14 de 05 de 2019. Disponible en:
6 [https://books.google.com.co/books?id=EVYHo5Oy68wC&pg=PA103&dq=que+es+la+c
. onducta+agresiva&hl=es&sa=X&ei=iGV2VZuCDcqiNoCKgNgD&ved=0CCEQ6AEw
AQ#v=onepage&q=que%20es%20la%20conducta%20agresiva&f=false.](https://books.google.com.co/books?id=EVYHo5Oy68wC&pg=PA103&dq=que+es+la+conducta+agresiva&hl=es&sa=X&ei=iGV2VZuCDcqiNoCKgNgD&ved=0CCEQ6AEwAQ#v=onepage&q=que%20es%20la%20conducta%20agresiva&f=false)

1 Ribas,Recios,Nogales y Perez. books.google.com.co. [Online].; 2006. Acceso 14 de 05 de
7 2019. Disponible en:
8 [https://books.google.com.co/books?id=BJgOduvToc0C&pg=PA386&dq=conductas+agr
esivas+y+violentas&hl=es&sa=X&ei=9Hh2Va7fHcuCyQTPm4CwAQ&ved=0CBsQ6A
EwAA#v=onepage&q=conductas%20agresivas%20y%20violentas&f=false.](https://books.google.com.co/books?id=BJgOduvToc0C&pg=PA386&dq=conductas+agresivas+y+violentas&hl=es&sa=X&ei=9Hh2Va7fHcuCyQTPm4CwAQ&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=conductas%20agresivas%20y%20violentas&f=false)

1 elcolombiano. Se agravan agresiones a médicos MEDELLIN; 2016.

8

1 VÍCTOR FERNÁNDEZ GALLEGO1, EDUARDO MURCIA PÉREZ.
9 emergencias.portalsemes.org. [Online].; 2008. Acceso 03 de 06 de 2019. Disponible en:
10 [http://emergencias.portalsemes.org/descargar/manejo-inicial-del-paciente-
agitado/force_download/.](http://emergencias.portalsemes.org/descargar/manejo-inicial-del-paciente-agitado/force_download/)

2 M^a Jesús García Álvarez 1 RBG. www.agamfec.com. [Online].; 2012. Acceso 13 de 05 de
0 2019. Disponible en: [https://www.agamfec.com/wp/wp-
. content/uploads/2014/07/18_4_Act_ABCD_2_Cadernos.pdf.](https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_4_Act_ABCD_2_Cadernos.pdf)

2 Rafael Antonio Estévez Ramos *IBMMGdR. www.medigraphic.com. [Online].; 2010.
1 Acceso 13 de 05 de 2019. Disponible en: [https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-
. 2011/ene111g.pdf.](https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111g.pdf)

2M. Elena Pileño Martínez FJMR. <https://rua.ua.es>. [Online].; 2003. Acceso 13 de 05 de 2019. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC_13_06.pdf.

.

2Bustos JI, Capponi I, Ferrante R, Frausin MJ, Ibañez B. <http://www.clinica-unr.com.ar>. 3[Online].; 2010. Acceso 13 de 05 de 2019. Disponible en: <http://www.clinica-unr.com.ar/2015-web/Especiales/47/Especiales%20-%20Exitacion%20psicomotriz.pdf>.

2González EN. www.nureinvestigacion.es. [Online].; 2015. Acceso 13 de 05 de 2019. 4Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/164/150/>.

2Juan Ignacio Bustos ICRF. www.alcmeon.com.ar. [Online].; 2010. Acceso 13 de 05 de 52019. Disponible en: https://www.alcmeon.com.ar/16/63/11_Bustos.pdf.

.

2Télez Lapeira VFMRPPyLG. previa.uclm.es. [Online].; 2005. Acceso 13 de 05 de 2019. 6Disponible en: <https://previa.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema1/Agitado.pdf>.

2Lapeira T. previa.uclm.es. [Online].; 2005. Acceso 13 de 05 de 2019. Disponible en: 7<https://previa.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema1/Agitado.pdf>.

2GÓMEZ-DURÁN EL GJOML. medes.com. [Online].; 2014. Acceso 13 de 05 de 2019. 8Disponible en: <https://medes.com/publication/90513>.

.

2González CO. rodin.uca.e. [Online].; 2017. Acceso 13 de 05 de 2019. Disponible en: 9<https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/19742/PAULA%20D.CUMBRERAS.%20DE%20SENA.TFG.%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMER%20C3%8DA%20EN>

[%20LA%20AGITACI%C3%93N%20PSICOMOTRIZ.%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20Y%20DEL%20ENTORNO%20SANITARIO.pdf?sequence=1.](#)

3 analesdepediatria.org. www.analesdepediatria.org. [Online].; 2005. Acceso 13 de 05 de 02019. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-atencion-al-paciente-agitado-.violento-articulo-S1695403305702538>.

3 EL Estado. cna.gov.co. [Online].; 1991. Acceso 13 de 05 de 2019. Disponible en: https://www.cna.gov.co/1741/articles-186370_constitucion_politica.pdf.

3 El Senado. vlex.com.co. [Online].; 2013. Acceso 13 de 05 de 2019. Disponible en: <https://vlex.com.co/vid/proyecto-ley-2013-senado-451051098>.

3 EL CONGRESO DE COLOMBIA. minsalud.gov.co. [Online].; 2015. Acceso 13 de 05 de 32019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.

3 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. diario-oficial.vlex.com.co. [Online].; 2017. Acceso 13 de 05 de 2019. Disponible en: <https://diario-oficial.vlex.com.co/vid/resolucion-numero-000926-2017-674771237>.

3 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. minsalud.gov.co. [Online].; 2013. 5 Acceso 13 de 05 de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>.

3 El Congreso de Colombia. minsalud.gov.co. [Online].; 2011. Acceso 13 de 05 de 2019. 6 Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf.

3Gloria Cueva. www.scielo.org.pe. [Online].; 2012. Acceso 14 de 05 de 2019. Disponible
7en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a15v29n1>.

.
3Colombia ECd. discapacidadcolombia. [Online].; 2013. Acceso 28 de 08 de 2019.
8Disponible en: [http://www.discapacidadcolombia.com/index.php/legislacion/145-ley-
. estatutaria-1618-de-2013](http://www.discapacidadcolombia.com/index.php/legislacion/145-ley-estatutaria-1618-de-2013).

