

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE PACIENTES AGRESIVOS
CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL, CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y/O ALCOHOL



UNAC

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
COLOMBIA

AUTORES

ISMAEL MONTOYA DURANGO

ESTEFANÍA LONDOÑO JIMÉNEZ

ASESOR

DRA. LINA MARÍA ORTIZ VARGAS.

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.

MEDELLÍN, COLOMBIA.

2023



UNAC
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
COLOMBIA

Personería Jurídica reconocida mediante
Resolución No. 8529 del 06 de junio de 1983,
expedida por el Ministerio de Educación Nacional.
Carrera 84 No. 33AA-1 Medellín, Colombia
PBX: + 57 (4) 250 83 28
NIT: 860.403.751-3
www.unac.edu.co

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de investigación: **“Protocolo para la atención en salud de pacientes agresivos con problemas y trastornos de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol.”**, elaborado por los estudiantes ISMAEL MONTOYA DURANGO, ESTEFANÍA LONDOÑO JIMÉNEZ, del programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria, nos permitimos conceputar 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- SOBRESALIENTE

Medellín, 08 de noviembre de 2023

PHD. LINA ORTIZ VARGAS
Asesor Metodológico

Cap. JESÚS ESPINOSA ECHAVARRÍA
Asesor Temático

ISMAEL MONTOYA DURANGO
Estudiante

ESTEFANÍA LONDOÑO JIMÉNEZ
Estudiante



TABLA DE CONTENIDO

1. PANORAMA DEL PROYECTO	4
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	6
1.4 OBJETIVO GENERAL.....	6
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
1.6 VIABILIDAD DEL PROYECTO	7
1.7 LIMITACIONES DEL PROYECTO	8
1.8 IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO	9
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 MARCO CONCEPTUAL.....	9
2.2 MARCO REFERENCIAL.....	13
2.3 MARCO INSTITUCIONAL.....	52
2.3.1 MISIÓN.....	52
2.3.2 VISIÓN.....	52
2.3.3 CONCEPTUALIZACIÓN.....	52
2.3.4 OBJETIVOS DE SU PROYECCIÓN SOCIAL.....	53
2.4 MARCO HISTÓRICO.....	53
2.5 MARCO GEOGRÁFICO.....	55
2.7 MARCO LEGAL O NORMATIVO.....	56
2.7 MARCO TEÓRICO.....	61
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	76
4. DISEÑO METODOLÓGICO	82
3.1 ALCANCE DEL PROYECTO.....	82
3.2 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	82
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	83
3.4 POBLACIÓN.....	83
3.5 MUESTRA.....	83
3.6 INSTRUMENTO.....	84
3.7 PLAN DE TRABAJO.....	85
3.8 PRESUPUESTO.....	86
5. BIBLIOGRAFÍA	87

1. PANORAMA DEL PROYECTO

1.1 JUSTIFICACIÓN.

Se está presentando una preocupación que ha venido incrementando desde inicios de la pandemia del 2020, y es que los índices de suicidio, de depresión y ansiedad se han disparado por causa del mismo confinamiento; estas pueden llegar a convertirse en problemas muy serios de salud cuando su intensidad varía de moderada a grave. Según un estudio realizado por el Tecnológico de Antioquia (3), en dónde se tomó una muestra de 5 hombres con edades de entre 20 y 25 años; el estudio concluyó que las personas que presentaban un consumo de sustancias psicoactivas de manera activa durante el confinamiento presentaron un incremento en la depresión de manera significativa; esto puede reflejar que el confinamiento afectó la salud mental de las personas e incrementó las posibilidades de un consumo activo de sustancias ilícitas. “Este estudio concluye que todos los sujetos evaluados con consumo activo durante la pandemia presentan depresión mayor lo cual podría indicar que la exposición a las condiciones de aislamiento social y otras deprivaciones propias de la pandemia, afectan la salud mental de las personas e incrementan el consumo de sustancias psicoactivas.” (3)

Los trabajadores del área de la salud vienen siendo educados con una mentalidad enfocada a que antes de velar por el bienestar y fortaleza de cualquier paciente siempre prima el de la persona en sí; en este caso el profesional del servicio sanitario. Se han meditado y delimitado opciones factibles y pertinentes como posibles temas de investigación a base de las vivencias dentro de prácticas hospitalarias; llegándose a un acuerdo central de plantear un conjunto de posibles acciones guía en caso de presentarse situaciones con pacientes que presenten problemas de salud mental y/o hayan consumido sustancias psicoactivas.

Hoy en día el personal sanitario se ve envuelto en circunstancias laboriosas por la dificultad que llegan a presentar este tipo de pacientes con respecto a que no presentan un juicio y un raciocinio óptimos, ya que estos se ven afectados por la misma enfermedad o trastorno mental e incluso por el abuso de la sustancia psicoactiva; a veces se presentan ambos casos; todo esto puede conllevar a acciones o momentos de estrés para el paciente y para el propio prestador del servicio de la salud, dando como consecuencia ataques físicos en forma de defensa hacia el personal sanitario, estos ocasionan lesiones en el trabajador, además de dificultar la atención al atendido. (1)

“La violencia contra el personal sanitario es una realidad de alta prevalencia y graves consecuencias psicológicas y laborales en los profesionales.” (3)

Los trastornos psicológicos hacen parte uno de los tres principales factores desde las características personales que facilitan la violencia hacia el personal del área sanitaria, junto con el carácter de la persona y la dificultad de la comunicación de esta. No se puede dejar de lado el hecho de que al presentarse estas escenas el personal capacitado puede generar inseguridad al momento de su atención debido al miedo de ser nuevamente agredidos; dando como finalidad una atención que no es óptima para su paciente. (2)

“Una sustancia psicoactiva o droga de recreación se define como una sustancia química que puede tener un origen sintético o natural y al momento de ingresar al organismo ésta genera cambios en el sistema nervioso central y en el organismo de manera general; esto altera el correcto funcionamiento de las esferas sensorial-perceptiva, cognitiva y emocional” (2); En la ciudad de Medellín el consumo de este tipo de sustancias ha venido aumentando con el pasar de los años afectando principalmente a los jóvenes, con el aumento del consumo de este tipo de sustancias estos se han visto con una disminución en su estabilidad emocional.

Según un estudio se encontró que los pacientes con algún trastorno de salud mental presentan agresividad mayor a los que no presentan trastornos; todo esto teniendo en cuenta factores como la edad, el género y el tipo de trastorno, etc. Utilizando la escala de agresividad explícita durante el estudio, se evidenció que los pacientes mostraron una menor intensidad de la agresividad al momento de su hospitalización y observación, esto explica que la severidad de la agresividad es dependiente del diagnóstico del trastorno de salud mental; pero no se desecha la posibilidad de que al momento del consumo de sustancias psicoactivas combinado con un trastorno en la salud mental se muestre un aumento de la agresividad. (2)

“La agresividad es frecuente en individuos cuyo diagnóstico indica algún trastorno mental y, a veces, no se evalúa en forma adecuada. La asociación entre agresividad y trastornos mentales se ha observado con mayor frecuencia en casos de trastorno de personalidad antisocial, retardo mental y trastornos psicóticos (específicamente esquizofrenia y trastornos psicóticos secundarios a una causa médica)”. (2)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

“Se viene exponiendo por parte del ministerio de salud desde el 2020 situaciones en dónde todo tipo de personal de primera respuesta del área de la salud se ve afectado ante amenazas, lesiones personales, hurto de medicamentos o forzar la atención en salud en condiciones que no son óptimas, esto se viene ejerciendo tanto por parte de pacientes como de acompañantes de estos. Se ha demostrado

un incremento en la agresividad contra el sector del área de la salud en un 19.44 %." (4)

"Atentar contra el personal sanitario debe ser investigado y sancionado categóricamente por las autoridades competentes. Así mismo, es deber ético, moral, social, constitucional y legal de cada residente en Colombia respetar y cuidar al ser humano que, exponiendo su vida misma, se enfrenta diariamente a esta pandemia para salvaguardar la vida de sus pacientes", señaló el jefe de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social, Luis Fernando Correa Serna. (4)

Un dato interesante a recalcar de este enfoque es que la mayoría de las escalas diseñadas para el estudio de la agresividad y la violencia no están adaptadas para las personas que tienen enfermedades de salud mental; debido a que todos los existentes son formularios en donde se plasma de manera clara el sentimiento de enojo, pensamientos violentos o las reacciones ante ciertos estímulos; esto deja en una gran desventaja al personal del área de la salud si desea medir los niveles de agresividad de una persona de este índole, además de dejarles vulnerables ante posibles lesiones por parte paciente generando una atención deficiente. (5)

En España existen varios protocolos en caso de que se presenten comportamientos hostiles de parte del atendido hacia el profesional en el área de la salud, enfocados principalmente a la comunicación asertiva con los pacientes, ya que esta es una de las principales y más fundamentales pautas. Pero es claro que esta característica dificulta al momento de intentar realizarla a un paciente con trastornos o enfermedades de salud mental; además no se evidencian opciones de protocolos adaptados a este tipo de población ni tampoco a las personas que se encuentran bajo estado de sustancias alucinógenas recreativas, en donde es muy bien sabido que su juicio y raciocinio también se ven alterados, aún más en la juventud que presenta deseos de combinar un tipo de droga con otra; esto afecta fuertemente al sistema nervioso y a las respuestas que tiene en su cuerpo, hasta afectar su comportamiento. (1)

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Existen a nivel nacional protocolos sobre el paciente agresivo con trastornos de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol.

1.4 OBJETIVO GENERAL.

Diseñar un protocolo de atención para pacientes con trastornos de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol que se tornen agresivos.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.5.1 Determinar cuáles son las principales dificultades a las que se enfrenta el personal de salud al atender a pacientes agresivos.

1.5.2 Identificar el porcentaje aproximado de pacientes agresivos que presente un trastorno de salud mental o intoxicación por sustancias psicoactivas que se han atendido en el municipio de Medellín y municipios aledaños.

1.5.3 Analizar cuáles son las posibles razones que pueden influir en el estado de consciencia de los pacientes agresivos.

1.5.4 Analizar los recursos existentes actualmente para el manejo de pacientes violentos y/o consumo de sustancias psicoactivas.

1.6 VIABILIDAD DEL PROYECTO.

Es un proyecto en el cual se propone en un tiempo de 15 semanas para llevarlo a cabo; teniendo en cuenta los múltiples factores que permiten llegar hasta esta meta como lo son el capital y el tiempo invertido en la investigación, se proyecta un logro de los objetivos proyectados del mismo y de las capacidades tanto humanas como de materia y costos.

“Este proyecto es viable porque si observamos las estadísticas estudiadas en los lugares más recurrentes de tener trastornos psiquiátricos; se obtiene, que, el Oriente antioqueño es considerado una de las principales regiones que en general presentan algún trastorno psiquiátrico, con un porcentaje de 8,7 %; llegando después de Bogotá con índices de hasta 9.8%, esto también teniendo en cuenta factores sugestivos de psicosis.” (6) En Medellín Antioquia se tiene un población de 2.427.129 habitantes según el DANE; de los cuáles el 47% (1.140.750) son hombres y el 53% (1.280.678) son mujeres. Esto nos infiere que la población a clasificada por el sexo a tener riesgo de presentar un trastorno de salud mental es bastante alta aquí en Medellín, lo cual es favorable desde la perspectiva de logro de personal a tomar en cuenta al momento de sacar los datos. De esta forma se evidencia la viabilidad que llega a tener la investigación del tema, así logrando una idea novedosa de cómo podría contrarrestarse las afecciones causadas al personal de salud por los inconvenientes que presente al momento de atender estos pacientes.

1.7 LIMITACIONES DEL PROYECTO.

Uno de los principales limitantes del proyecto es el tiempo por parte de los participantes del mismo; debido a que este es muy corto por razones de prácticas clínico-asistenciales requeridas y obligatorias en la carrera que se cursa por parte de los integrantes de la investigación; también se puede añadir de que los costos y los presupuestos de las encuestas puede limitar el proyecto, en caso tal de realizarse en físico por razones de que por medios virtuales hay más impersonalidad y más factores de fallo en las mismas, aunque eso no quita que al momento de la toma de los datos las personas deseen simplemente por facilidad y comodidad colocar respuestas al azar, lo que lanza resultados errados, que también es un gran impedimento al momento de recopilar toda la información. No se puede dejar de lado que a veces las personas no son muy colaboradoras por múltiples factores que no es de incumbencia mencionar, pero esto genera que haya una numerosa disminución de participantes en las encuestas y por ende índices muy bajos en las respuestas, estos datos también se deben de tener en cuenta.

Dejando de lado los factores humanos externos, algunas causas que pueden afectar fuertemente los resultados y limitar la investigación es que entre los propios miembros del proyecto no haya la suficiente comunicación para realizar los cambios necesarios, y todo lo que requiere y necesita el mismo; para no alejarse demasiado del factor humano que puede afectar el proyecto, cabe resaltar que la enfermedad para cualquiera de los individuos pertenecientes al proyectos puede retrasar demasiado el avance del mismo, además si este se retrasa no se llegará a la meta establecida del alcance pronosticado de tiempo límite de entrega, conllevando a un proyecto de bajo rendimiento.

1.8 IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO.

Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4). Mediano (5-9). Largo (10 o más).	Indicador verificable
El protocolo sea implementado por los estudiantes de la institución en sus prácticas.	Corto plazo.	Que los estudiantes conozcan e implementen este tipo de protocolo en sus prácticas semestrales
El protocolo se está implementando tanto en estudiantes de la institución como los egresados.	Mediano plazo.	Identificar a un grupo selecto de egresados y preguntarles por la funcionalidad del protocolo en su trabajo y si lo han dado a conocer.
El protocolo se implemente en los en el organismo de respuestas a emergencias en el área metropolitana.	Largo plazo.	Revisión en el plan protocolario de la unidad de organismos de socorro que se trabajará a futuro para ver si lo implementan.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 MARCO CONCEPTUAL.

Este marco conceptual y el análisis de los planteamientos metodológicos para identificar los principales factores de la problemática que existe hoy en día con respecto a la atención en salud para pacientes agresivos con trastornos de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas, nos permiten comprender mucho mejor la terminología técnica usada en este registro.

Ansiedad. “Se define como un estado de agitación, preocupación o inquietud del ánimo, el cual como trastorno se convierte en una de las sensaciones más frecuentes de la persona y se manifiesta por medio de tensión emocional, nerviosismo, preocupación de forma desagradable y diversas sensaciones somáticas. Ambas manifestaciones (emocionales y físicas) no se correlacionan con algún peligro real.” (8)

A.P.H. Es el servicio de salud responsable de las actividades, procedimientos, intervenciones terapéuticas prehospitarias, encaminadas a prestar atención de urgencias a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y hasta su traslado hacia un prestador de servicios de salud que garantice su atención. Puede incluir acciones de apoyo al salvamento y rescate. (9)

Deprivación. Viene de la palabra privar o quitar en inglés y sus equivalentes en inglés son carencia, pérdida o privación.

Depresión. “Trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.” (10)

Diagnóstico. “El diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un «cuadro clínico», destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente.” (11)

Escala. herramienta utilizada en con el fin de lograr la correcta medición en base a unas características o unas variables categóricas.

Esfera cognitiva. “El desarrollo cognitivo puede comprenderse como la adquisición sucesiva de estructuras lógicas cada vez más complejas. Desde esta perspectiva el desequilibrio-equilibrio de las formas de conocimiento disponible por el sujeto, en su confrontación con la realidad, se convierten en el motor de construcción y desarrollo del conocimiento.” (12)

Esfera emocional. Enfatiza el papel que ejercen las emociones dentro del funcionamiento psicológico de una persona cuando ésta se ve enfrentada a momentos difíciles como: los peligros, las discusiones, el fracaso, el enfrentar riesgos, los conflictos entre amigos o familiares. En todas estas situaciones hay una involucración emocional que puede resultar en una acción que culmine de modo exitoso o negativamente en el desempeño final. Por tal motivo, las emociones se pueden dividir en dos formas diferentes, en las emociones positivas y negativas. (13)

Esfera sensorial-perceptiva. “Es la encargada de ubicar, cuantificar y caracterizar el dolor, así como de enviar la información del daño producido al individuo. Se encuentra relacionada con la anatomía y fisiología del cuerpo humano. Es en esta esfera donde habitualmente se centran los tratamientos más

comunes como los analgésicos, así como otros métodos como la estimulación nerviosa transcutánea (TENS), o las terapias quirúrgicas.” (14)

Esquizofrenia. “La esquizofrenia es un trastorno mental grave por el cual las personas interpretan la realidad de manera anormal. La esquizofrenia puede provocar una combinación de alucinaciones, delirios y trastornos graves en el pensamiento y el comportamiento, que afecta el funcionamiento diario y puede ser incapacitante.” (7)

Intoxicación. “Es la reacción del organismo por el ingreso de una sustancia tóxica causante de una lesión, enfermedad o la muerte. Su nivel de toxicidad cambia según la edad, el sexo, nutricional, la vía de entrada y la concentración del tóxico” (15)

Organismo. Conjunto de órganos en perfecta sincronía que les permite estar perfectamente integrados y trabajar en equipo para dar como consecuencia a un ser vivo.

Prevalencia. Se define como una medida del número total de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo (como el tabaquismo o la obesidad) en un momento específico o durante un período determinado.

Retardo mental. “Según la universidad de Costa Rica, este se define cómo la condición de un individuo deficiente de forma mental, aquel incapaz de llevar a cabo una adaptación social independiente, debido a un desarrollo mental incompleto.” (16)

Sintético. En este proyecto está enfocado a las drogas sintéticas, así que se puede definir una droga sintética cómo la síntesis o creación artificial de la misma (droga) con fines de recreación o fines alucinógenos.

Sistema nervioso central. “Es una estructura compleja que está presente en los seres humanos y animales y que tiene la función de coordinar, integrar y controlar al organismo. Está conformado por el encéfalo, ubicado dentro de la cavidad craneal y la médula espinal, la cual se encuentra dentro del conducto o canal vertebral.” (17)

Sustancia. Es un material o materia que se encuentra en estado estable, debe de cumplir unas propiedades, cómo lo son el que sea líquida y homogénea.

Sustancia psicoactiva. Se entiende por sustancia psicoactiva o sus sinónimos cómo droga recreativa, sustancias alucinógenas, o sustancias ilícitas. Podemos entender de esto que son una sustancia que generan cambios en el organismo y generan dependencia en el mismo al entrar en contacto con los diferentes sistemas del cuerpo humano por cualquier medio de entrada, ya sea vía oral, inhalada, rectal o intravenosa; dependiendo de la sustancia, la vía y la dosis será el efecto y el tiempo que dure en el cuerpo.

Trastorno. Las enfermedades o trastornos mentales, en la antigua Grecia, Hipócrates definió a los trastornos psicológicos como otra enfermedad y consideró que tenía un tratamiento como cualquiera de estas, pues establecía como causa alguna patología o traumatismo cerebral. Además, asoció a dichos trastornos con la herencia. Hipócrates diagnosticó la manía, la paranoia, la histeria y la melancolía (Mebarak et al., 2009). Por otro lado, en la conceptualización de la enfermedad, las ciencias socioculturales, como la antropología, la sociología, la psicología y la sociobiología, representan una gran influencia. Así pues, la psicología busca la explicación de la enfermedad mental en la persona. Se enfoca en el tipo de personalidad, un ejemplo de esto es la descripción que realiza de la psicopatía. Una enfermedad mental caracterizada por actitudes de manipulación y seducción, la violación de las normas y leyes, asociado a las conductas agresivas sin sentimiento de culpa. Dichos conceptos fueron descritos mediante estudios en hospitales psiquiátricos y en presos, y basados en estos, encontraron que la “debilidad mental” y la “degeneración moral” eran responsables de la enfermedad mental. (18)

Trastorno de personalidad antisocial. Haciendo una observación sobre los dos manuales encontramos el trastorno antisocial de la personalidad en el DSM-V y el trastorno disocial en el CIE-11. Analizando los dos trastornos se puede contemplar que no hay una definición concreta para referirse a ellos, sino que se caracterizan por ser una gran variedad de conductas que vulneran las normas de la sociedad y los derechos de los demás. Bajo estos conceptos se puede contemplar una aproximación al concepto de psicopatía, puesto a que el desarrollo de ciertas conductas antisociales puede estar vinculado con algún tipo de trastorno psicopático. (19)

Trastorno Psicótico. “Los trastornos psicóticos serían definidos como un síndrome que puede incluir diferentes enfermedades que comparten una misma manifestación clínica. Actualmente, no existen test de laboratorio ni marcadores biológicos que permitan incrementar la fiabilidad de los diagnósticos, por lo que éstos se realizan a través de la observación y de entrevistas clínicas estructuradas.” (20)

2.2 MARCO REFERENCIAL.

2.2.1

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	A protocol to prevent and deal with aggressive behaviour against health workers - Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario
AUTOR (ES)	María Altemir - Alfonso Arteaga
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Marzo–abril 2018
CIUDAD (PAÍS)	España
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>La violencia contra el personal sanitario es una realidad de alta prevalencia y graves consecuencias psicológicas y laborales en los profesionales. Tras una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y SciELO, se revisan la incidencia de las agresiones sufridas por los profesionales de la salud, los contextos en los que estas son más frecuentes, sus principales repercusiones y distintas estrategias y protocolos que se han llevado a cabo en España. Dado que se echan en falta revisiones rigurosas en revistas científicas que sustenten dichos procedimientos, en este trabajo se desarrollan y proponen distintas pautas de actuación para los profesionales, tanto preventivas como de abordaje de la conducta hostil, basadas en la evidencia disponible. Por último, se propone un procedimiento sencillo de actuación dirigido a los profesionales que reciben una agresión en el desempeño de su trabajo, que permita su consulta y aplicación ante dichas situaciones.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>Este trabajo tiene como primer objetivo conocer los principales estudios realizados hasta la fecha para describir y analizar el fenómeno, así como para presentar distintas iniciativas y protocolos de actuación llevados a cabo. El segundo objetivo consiste en presentar un procedimiento de actuación tanto para prevenir agresiones como para intervenir en el caso de recibir una agresión en el desempeño laboral.</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>La violencia contra los trabajadores de la salud es una realidad con una alta incidencia en nuestro país e internacionalmente. Las consecuencias de este tipo de conductas en los profesionales de la salud son bien conocidas: principalmente, las repercusiones en su bienestar psicológico, que también tienen un impacto negativo en su desempeño profesional.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
Science Direct https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2445147918300018	

2.2.2

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos
AUTOR (ES)	Francisco Páez - Ernesto Licon - Ana Fresán - Rogelio Apiquian - Miguel Herrera Estrella - María García Anaya - Rebeca Robles García - Tania Pinto
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Salud Mental, Vol.25, No. 6, diciembre 2002 Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
CIUDAD (PAÍS)	Ciudad de México - México
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>La agresividad en pacientes con algún trastorno mental es frecuente. Se ha documentado que la conducta agresiva se presenta en individuos con trastornos mentales a consecuencia de diversos factores de riesgo como edad, género, rasgos de personalidad, abuso de sustancias, alucinaciones y delirios persecutorios y que no se trata exclusivamente de una circunstancia condicionada por el diagnóstico de un trastorno mental. Existen diversas escalas diseñadas para evaluar la agresividad, como los cuestionarios de auto información, pero estos presentan diversas dificultades. La Escala de Agresividad Explícita (EAE) resulta ser un instrumento específico y con una alta sensibilidad.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>Traducir al castellano la Escala de Agresividad Explícita (EAE), determinar su confiabilidad y validez predictiva, y establecer la relación entre la severidad de los síntomas psicóticos y la severidad global de la agresividad en una población de pacientes psiquiátricos.</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>En el presente estudio, el coeficiente de correlación intraclase de la evaluación global de la agresividad con la EAE fue similar al que se indicó en el estudio original. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia mostraron una severidad similar en la agresividad al compararse con los que recibieron otros diagnósticos, lo que sustenta los hallazgos documentados en otros estudios en los que se establece que la severidad de la agresividad es independiente del diagnóstico. Al inicio del estudio se observó una correlación entre los síntomas positivos y la evaluación global de agresividad con la EAE, lo que sugiere una validez concurrente.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
medigraphic	

<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam026c.pdf>

2.2.3

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Indicadores de depresión en personas con abuso de sustancias psicoactivas durante el confinamiento por covid-19 en el año 2020
AUTOR (ES)	Laura Victoria Fernández Osorio - Sara Ayala Betancur - Juan David Hernández Hidalgo - Juan Santiago Giraldo Zapata - Laura Manuela Carmona
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	2021-10-12 Tecnológico de Antioquia, Institución Universitaria
CIUDAD (PAÍS)	Medellín Antioquía - Colombia
ABSTRACT (RESUMEN)	
La depresión es una enfermedad con alta frecuencia mundial, donde se puede calcular que más de 300 millones de personas la padecen, Esta es distinta a las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Esta puede llegar a convertirse en un problema de salud muy serio, en especial cuando es cuenta con una duración e intensidad moderada a grave, llega a causar un gran sufrimiento y alterar nuestro diario vivir, las actividades laborales, escolares, familiares y otras. el peor de los casos puede llevar al suicidio.	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
El objetivo de estudio de la presente investigación fue identificar los indicadores de depresión en personas con abuso de sustancias psicoactivas durante el confinamiento por COVID -19 en una muestra de la ciudad de Medellín, Colombia.	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
Este estudio concluye que todos los sujetos evaluados con consumo activo durante la pandemia presentan depresión mayor lo cual podría indicar que la exposición a las condiciones de aislamiento social y otras privaciones propias de la pandemia, afectan la salud mental de las personas e incrementan el consumo de sustancias psicoactivas.	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
Repositorio digital T.D.A Síntesis Indicadores depresion.pdf (tdea.edu.co)	

2.2.4

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Guía de Manejo Prehospitalario de Pacientes en Emergencia Médica Cardiovascular bajo Efectos de Sustancias psicoactivas
AUTOR (ES)	Andrea Gaviria Patiño
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	22-mayo-2013 Medellín Antioquía - Colombia UNAC
CIUDAD (PAÍS)	Medellín Antioquía - Colombia
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Las drogas psicoactivas están definidas como toda sustancia química de origen natural o sintético que; al ingresar al organismo por cualquier vía de administración, afecta de manera significativa el normal funcionamiento del Sistema Nervioso Central y del organismo de manera global. Su efecto sobre el cuerpo dependerá de la sustancia que haya ingresado a él, provocando respuestas de alteración funcional en las esferas sensorial-perceptiva, cognoscitiva y emocional del sistema nervioso; y también originando un efecto directo sobre otros sistemas corporales. Estas consecuencias creadas por las sustancias psicoactivas llevan a la clasificación de éstas de acuerdo con el resultado orgánico que muestra la utilización de una u otra droga; dándonos la siguiente clasificación: Drogas que estimulan la respuesta.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>Desarrollar una guía de manejo de emergencias médicas cardiovasculares en pacientes que se hallen bajo los efectos de sustancias psicoactivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Definir la fisiología básica cardiovascular y del sistema nervioso central. -Definir las emergencias médicas cardiovasculares: infarto agudo al miocardio, accidente cerebro vascular, emergencia hipertensiva y arritmias cardiacas -Definir las sustancias psicoactivas más utilizadas en la ciudad de Medellín. -Definir la fisiología básica cardiovascular y del sistema nervioso central. 	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<ul style="list-style-type: none"> -Conocer la fisiología básica del sistema cardiovascular y del sistema nervioso es de vital importancia para entender la fisiopatología de las sustancias psicoactivas sobre los componentes corporales. -Las emergencias médicas cardiovasculares son urgencias de carácter vital que deben ser tratadas bajo un marco específico de tratamiento que permita la buena evolución de los pacientes que se encuentren experimentando un afección cardiovascular de esta etiología. 	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Repositorio UNAC Corporación Universitaria Adventista (unac.edu.co)</p>	

2.2.5

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Min Salud rechaza la violencia contra personal médico
AUTOR (ES)	Ministerio de salud Boletín de Prensa No 346 de 2020
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	10/06/2020 Bogotá D.C. - Colombia
CIUDAD (PAÍS)	Bogotá D.C. - Colombia
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Situaciones como amenazas, lesiones personales, control o restricción del tránsito de medicamentos y/o equipos, hurto de medicamentos y/o equipos, restricción y/o prohibición de la oferta de servicios de salud, forzar la atención en salud en condiciones inadecuadas y obstaculización de la atención de heridos o enfermos, son algunos de los incidentes que mayor ocurrencia tienen en el territorio nacional y que han tenido un incremento de 19.44% frente al año anterior.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)</p> <p>En este sentido, el Ministerio invita urgentemente a las autoridades municipales y departamentales a incrementar las acciones dirigidas a prevenir la violencia contra el personal sanitario y procurar su protección en los territorios.</p> <p>Adicionalmente, "solicitamos a la comunidad, los pacientes y sus familiares, así como los grupos al margen de la ley, que respeten la Misión Médica en el marco del Derecho Internacional Humanitario, así como del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, que establecen la salud como un derecho fundamental, por lo que heridos y enfermos deben ser asistidos en toda circunstancia y recibirán los cuidados sanitarios que requieran", concluyó Correa.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Minsalud MinSalud rechaza la violencia contra personal médico</p>	

2.2.6

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Pandemia y salud mental: estudio revela aumento de estas enfermedades en el país
AUTOR (ES)	Diana Cabrera David Colmenares - CEO de Allianz Colombia.
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	19 abr 2022 Región Atlántica, región Central del país, Bogotá, región Pacífica y región Oriental
CIUDAD (PAÍS)	Colombia
ABSTRACT (RESUMEN)	
La Encuesta Nacional de Salud Mental que realizó Allianz Colombia, entre 2020 y 2021 en la atención de la pandemia de la covid-19, evidenció que cuatro de cada cinco personas que requieren ayuda o atención por trastornos mentales no la recibe por no saber que la necesita, por estigmatización o por simple falta de acceso.	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>-Se puede inferir que alrededor del 75% de los pacientes tiene control de uno o más síntomas en un proceso de alrededor de ocho sesiones en promedio. En ese mismo sentido alrededor del 15 al 20% de pacientes desafortunadamente no continúan con el proceso terapéutico.</p> <p>- Esta cifra es la más alta registrada desde 2015 y superior dos veces a la cifra de 2020.</p> <p>-La salud mental es un tema que nos compete a todos. El confinamiento y las incertidumbres propias de la pandemia y de otros contextos, evidenciaron la necesidad de abrir conversaciones honestas que dejen de lado el estigma y el señalamiento para dar paso a la escucha abierta y a la importancia del tratamiento oportuno.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>RCN radio</p> <p>https://www.rcnradio.com/salud/pandemia-y-salud-mental-estudio-revela-aumento-de-estas-enfermedades-en-el-pais</p>	

2.2.7

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Esquizofrenia resistente: Definiciones e Implicancias del concepto de Esquizofrenia Resistente a tratamiento
AUTOR (ES)	Benjamín Pizarro-Galleguillos - Óscar Waissbluth - Álvaro Cavieres - Pablo R Moya - M. Leonor Bustamante
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	
CIUDAD (PAÍS)	Chile
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>La esquizofrenia (EQZ) es una entidad clínica altamente heterogénea. Determina un severo impacto en la calidad de vida de los pacientes y un alto costo para la sociedad. Los antipsicóticos son la primera línea de tratamiento, sin embargo, hasta un tercio de los pacientes presentan una esquizofrenia resistente a tratamiento (ERT). Se ha propuesto que la ERT pudiera corresponder a un grupo neurológicamente distinto de la enfermedad con una arquitectura genética particular y no solo al extremo del espectro de severidad de esta. A pesar de ello, actualmente no existe consenso en la literatura en torno a la definición de ERT.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>En primer lugar, casi todos los estudios comparan la respuesta sólo en términos de síntomas positivos. El rol central de los síntomas positivos dice relación con el efecto de estos fármacos, que es claramente superior en este dominio sintomático respecto a otros, así como en la relevancia de ellos para la discapacidad de los pacientes. Aunque existe creciente evidencia de que los síntomas cognitivos y negativos pueden tener un rol pronóstico a largo plazo, hasta ahora no hay evidencia de que los AP puedan tener un rol decisivo en aliviarlos. Esto parece ser la causa de por qué incluso estudios contemporáneos, realizados en un período de mayor conciencia respecto al impacto de estos otros dominios sintomáticos, siguen enfocándose casi exclusivamente en los síntomas positivos.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Scielo https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272019000400394&script=sci_arttext</p>	

2.2.8

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Reflexionando en torno a la ansiedad: definiciones, teorías y malentendidos
AUTOR (ES)	Iván Montes-Nogueira - Tania Romo-González
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	27 de marzo de 2017 Veracruz - México
CIUDAD (PAÍS)	Veracruz - México
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>La ansiedad es un constructo que ha recibido muchas acepciones, tanto en el lenguaje formal como en el coloquial. Esto quizá es debido a que la vida de las sociedades industriales es cada vez más caótica y acelerada, haciendo parte de la vida a los trastornos de la emoción. Por lo que en este artículo comenzaremos por definir a la ansiedad como: “un estado desagradable de agitación e inquietud, cuya principal característica es la anticipación del peligro, y que presenta tanto síntomas físicos, cognitivos y emocionales” (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). Definir y entender la ansiedad es de gran importancia, ya que de acuerdo con Oblitas y Becoña (2000) cualquier trastorno físico u orgánico implica alteraciones psicológicas y viceversa. Esto cobra relevancia ya que la vida acelerada en las ciudades ha generado que las personas se encuentren cada vez con más frecuencia en períodos de mucho estrés, desequilibrando al organismo y generando diversas reacciones emocionales negativas, lo que conlleva al desarrollo de diversas enfermedades o realizar conductas poco saludables.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p></p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>-La ansiedad es un constructo que se ha usado y se sigue usando de forma incorrecta, por lo cual es necesario el conocer su significado. -No se debe considerar a la ansiedad como un problema sin antes haber realizado un diagnóstico, ya que cuando es adaptativa le sirve a la persona. -Su estudio se ha centrado en dos teorías, la rasgo-estado y la tridimensional, ambas se mantienen vigentes y continúan siendo aplicadas en la investigación.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Researchgate Reflexionando-en-torno-a-la-ansiedad-definiciones-teorias-y-malentendidos.pdf (researchgate.net)</p>	

2.2.9

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Guía de seguridad del paciente en Atención Prehospitalaria (APH)
AUTOR (ES)	Luis Enrique Gómez A. - Andrea Blanco Mejía
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	9-12-2022 Bogotá D.C. - Colombia
CIUDAD (PAÍS)	Bogotá D.C. - Colombia
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>En Colombia, la seguridad del paciente en la Atención Prehospitalaria (APH) se maneja a través de los Paquetes Instruccionales para las buenas prácticas de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con los programas de seguridad del paciente de cada institución. No obstante, es de aclarar que estos programas (revisados previamente con los prestadores de servicios de salud) no incluyen capítulos específicos de Atención Prehospitalaria. Es por esto, que se hace necesario brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de la seguridad del paciente en la atención prehospitalaria.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>La presente Guía tiene como propósito brindar orientaciones técnicas en Seguridad del Paciente para la Atención Prehospitalaria, así mismo, busca aportar material de referencia para las capacitaciones y apoyo en los análisis de casos con énfasis académico, contribuyendo a una Atención Prehospitalaria más segura en el Distrito Capital</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Lo primero es que por muchos años se ha manejado Seguridad del Paciente de la Atención Prehospitalaria fuera del trabajo de las líneas de vigilancias (farmacovigilancia, tecnovigilancia, etc.) y de la seguridad clínica (prevención de caídas, úlceras por presión, etc.), esto reflejado por la no articulación en los comités intrahospitalarios y era necesario la unificación como línea de trabajo en seguridad del paciente puesto que presenta acciones inseguras (errores) muy específicos que deben estar planteados con sus factores contributivos y fallas latentes, así como con las barreras que deben proteger y ser específicas; además ser presentados su trabajo y resultados en el Comité de Seguridad del Paciente para recibir el apoyo al cumplimiento de planes de mejora como parte de los insumos para crecimiento de la prevención de riesgos y aprendizaje (mejora continua).</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Salud Capital m (saludcapital.gov.co)</p>	

2.2.10

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19
AUTOR (ES)	Rafael Miranda Pedroso - Erick David Murguía Izquierdo
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	21 diciembre 2020 Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente (HPCQD)
CIUDAD (PAÍS)	Pinar del Río - Cuba
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>El personal de salud pública que se enfrenta a la COVID-19, está expuesto a múltiples riesgos entre ellos los trastornos psicológicos. El objetivo de este estudio fue determinar la presencia de síntomas asociados a ansiedad y depresión en personal de salud que trabaja con enfermos de la COVID-19. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que participaron 61 profesionales y técnicos de atención sanitaria, que trabajaban directamente con pacientes con COVID-19, a los cuales se les consultó acerca de la presencia de síntomas asociados a la depresión y ansiedad, sus principales preocupaciones y el tiempo de trabajo continuo para evitar la aparición de síntomas psicológicos.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p></p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>La COVID-19 como otras enfermedades constituye un suceso vital y de gran significación, que provoca un fuerte impacto emocional en el personal de salud que asiste a los enfermos. En la COVID-19 son muchas las cualidades psicodinámicas que influyen ya sean afectivas, experiencias traumáticas, depresión, estados emocionales y otras variables estructurales, tales como temperamento, carácter y rasgos de la personalidad. La mayoría del personal de la salud que atiende a los enfermos de la COVID-19, son del sexo femenino, en las edades de 20 a 29 años y enfermeros, este resultado está determinado según criterios del autor por las resoluciones dictadas por el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, protegen a las personas mayores de 60 años, a las madres, además el mayor porcentaje del personal de enfermería que trabaja en el centro asistencial es del sexo que predomina en el estudio en una proporción 2/1 con respecto al masculino.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Portal Amelica Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19 (amelica.org)</p>	

2.2.11

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	El proceso diagnóstico
AUTOR (ES)	Daniel Capurro N - Gabriel Rada G
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Universidad Católica Pontificia de Chile
CIUDAD (PAÍS)	Santiago de Chile - Chile
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Al hablar de «cuadro clínico», hay 3 elementos que se interrelacionan y que vale la pena definir. <i>El síndrome</i> o conjunto de síntomas y signos que presenta el paciente a raíz de la enfermedad; <i>la enfermedad</i>, tal cual lo leemos en textos de medicina, por ejemplo, insuficiencia suprarrenal, cáncer del pulmón, hipertensión arterial; y <i>el contexto</i>, que es el ambiente social, económico, psicológico en que se sitúa la persona que padece la enfermedad.</p> <p>Gran parte del tiempo dedicado a la práctica clínica lo utilizamos en hacer diagnósticos, es decir, decidiendo qué tiene nuestro paciente. El paciente que entra a nuestra consulta por primera vez, el que ingresa de urgencia en un turno o el que se complica estando hospitalizado, todos necesitan un diagnóstico confiable, para adoptar conductas terapéuticas concordantes y comunicarle a él y a su familia, el pronóstico asociado a la condición diagnosticada. El diagnóstico es un elemento fundamental en la cadena de actividades que implica una buena atención médica.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>El proceso diagnóstico es un elemento central del quehacer clínico, sobre el cual se basan todas las conductas posteriores. Si bien la mayoría de las veces es un proceso intuitivo, hemos revisado algunos de los fundamentos teóricos y elementos concretos que explican la forma que los médicos tienen de hacer diagnósticos.</p> <p>El punto de inicio en cualquier aproximación cuantitativa o semicuantitativa lo constituye la probabilidad pre testada. Esta probabilidad inicial se modificará con la aplicación de uno o más test, los cuales pueden corresponder a cualquier nueva pieza de información. La magnitud de esa modificación está determinada por el rendimiento de la prueba que se utilice.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Scielo https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400018</p>	

2.2.12

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Fundamentación de la línea de investigación: Desarrollo cognitivo
AUTOR (ES)	Nohemí María Velásquez Reyes - Ana Yakeline Caicedo Torres - Lesly Andrea García Cortes
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	14/08/2008 Medellín Antioquía - Colombia UNAC
CIUDAD (PAÍS)	Medellín Antioquía - Colombia
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Esta Línea pretende introducir a los lectores en delimitaciones conceptuales propias de los estudios sobre el desarrollo humano, este espacio les permite a los futuros maestros acceder al estudio de las teorías y a las recientes investigaciones que explican el funcionamiento de la mente en actividades tan importantes como el procesamiento de la información, la adaptación social y cultural. Así mismo, les posibilita comprender los procesos de desarrollo cognitivo y el funcionamiento de la mente para orientar de una manera más consciente y exitosa los procesos de enseñanza aprendizaje. Los sistemas educativos deben recorrer todavía, un largo camino hasta conseguir que, al interior de las instituciones, exista un desarrollo humano.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>-Validar las actividades académicas y pedagógicas en el programa de Licenciatura en Preescolar con el tema de desarrollo cognitivo; abriendo camino hacia la producción de conocimientos vinculando a procesos de desarrollo o de proyección social que respondan a las necesidades del entorno institucional.</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>La corporación universitaria adventista cuenta con una estructura administrativa y académica para dirigir la investigación. La forma como estos dos aspectos contribuyen al desarrollo de la investigación a nivel general y particular se presenta a continuación. La división de investigaciones y posgrados (DIP) es una dependencia adscrita a la Vicerrectoría académica, cuyo propósito es fomentar, coordinar y evaluar para liderar esta División se encuentra con un funcionario con dedicación exclusiva al desarrollo de las funciones que son propias de su cargo.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Repositorio UNAC http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/242/_Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	

2.2.13

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Programa Ruleta de Colores: Propuesta Interactiva Infantil para el Reconocimiento y Gestión de las Emociones en Niños de 7 años de Belén Zafra en el año 2022
AUTOR (ES)	Tibisay Andrea Bernal Herrera - Lina Fernanda Patacón Salamanca
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	31-oct-2022 Medellín Antioquía - Colombia UNAC
CIUDAD (PAÍS)	Medellín Antioquía - Colombia
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Las noticias que se muestran en Colombia cada día muestran el conflicto, la inseguridad y la degeneración de la calidad de vida de los ciudadanos de algunas de las comunas del país debido a una irrupción descontrolada de los impulsos o emociones, y los niños no son ajenos a estos sucesos. El aumento de la delincuencia, los embarazos prematuros, la depresión infantil, los trastornos en la alimentación, indican que esta es una época en la que la sociedad parece descomponerse. Es así como sucede en la comuna 16, en especial en el barrio Belén Zafra, donde algunos niños no tienen la libertad de optar por un buen futuro, y algunos piensan que lo que están viviendo en su comuna es normal porque es lo que ven diariamente en el entorno que los rodea.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>-Aplicar una propuesta didáctica interactiva que promueva el desarrollo de las emociones en niños de 7 años del barrio Belén Zafra en la ciudad de Medellín. -Diseñar herramientas didácticas para el fortalecimiento de la educación emocional de los niños del barrio Belén Zafra.</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que, este estudio permite espacios para la educación de las emociones en los niños de 7 años, asimismo brinda herramientas para que los niños puedan identificar sus emociones, estas herramientas son los materiales didácticos, que según, Morales (2012), facilitan el proceso de enseñanza- aprendizaje, dichos materiales deben despertar el interés de los niños.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Repositorio UNAC http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/1213/Programa%20Ruleta%20de%20Colores%20-%20PROYECTO%20DE%20GRADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	

2.2.14

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Carga de trabajo de enfermería y su relación con el conocimiento y actitudes frente al dolor en cuidados intensivos
AUTOR (ES)	D. David Zuaza Rico
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	01/04/2019 Universidad de Valencia. Valencia - España
CIUDAD (PAÍS)	Valencia - España
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el término “dolor” como “Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior/ Sentimiento de pena y congoja”. Por tanto, cabe entender que el dolor es una experiencia subjetiva que solo puede evaluarse por la evidencia de quien lo sufre, aunque el uso de instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona aporta mayor objetividad a esa valoración. Se trata pues de un constructo inherente a la existencia humana que ha estado latente a lo largo de toda la historia. De hecho, en las pinturas rupestres llevadas a cabo con la finalidad de pedir a los dioses caza en abundancia, ya se descubrieron escenas de lesiones, mutilaciones y muerte en las que supuestamente el dolor es un elemento inherente al devenir del ser humano.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>-Conocer la relación existente entre el nivel de conocimientos y actitudes de los enfermeros/as de la Unidad de Cuidados Intensivos polivalentes del Hospital Universitario Central de Asturias sobre dolor y la frecuencia de valoración de este en el paciente crítico.</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Se recogieron 77 cuestionarios entre el personal habitual de cuidados intensivos, lo que supone una tasa de respuesta del 91,6%. La puntuación media del cuestionario KASRP fue de 5,87 puntos para el total de la población y de 5,97 puntos para la muestra seleccionada para el estudio. Se calculó para cada enfermero/a el número medio de valoraciones realizadas, que se relaciona con el conocimiento del dolor, la carga de trabajo, sexo, estado civil, años como enfermero/a, años en la UCI, edad, tipo de contrato, personas a cargo y grado académico. La carga de trabajo se categorizó en Baja (NAS: 0-33,3); Media (NAS: 33,4- 66,6); Alta (NAS: 66,7-100) y Sobrecarga (NAS > 100).</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Roderic UV https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/70566/Tesis%20Doctoral%20David%20Zuazua.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	

2.2.15

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Manejo prehospitalario de intoxicación por benzodiazepinas en pacientes adultos
AUTOR (ES)	Katherine Paola Cevallos Simba
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	04/04/2022 Universidad Central de Ecuador UCE Quito- Ecuador
CIUDAD (PAÍS)	Quito- Ecuador
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Metodológicamente se realizó una recopilación, revisión y análisis sobre la intoxicación por benzodiazepinas en pacientes adultos, tomando en cuenta la selección, integración, organización y evaluación de la información teórica encontrada por medio de una búsqueda en fuentes bibliográficas reconocidas. Teniendo en cuenta la importancia sobre la puesta en marcha de un Protocolo para el manejo de este tipo de paciente, contribuyendo a la formación y actualización de los profesionales en formación prehospitalaria, necesario para ofrecer una atención de calidad, pues la atención a tiempo es primordial en estos pacientes, ya que según los resultados encontrados la intoxicación por benzodiazepinas es una reacción causada por el acceso de esta sustancia tóxica al organismo, por lo tanto, la atención debe ser inmediata, ya que esta causa severos daños de forma muy rápida.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<ul style="list-style-type: none"> -Determinar cuál es el manejo adecuado en la atención prehospitalaria en la intoxicación por benzodiazepinas en pacientes adultos. -Establecer las manifestaciones clínicas de la intoxicación por benzodiazepinas en pacientes adultos. -Describir el tratamiento farmacológico para contrarrestar la intoxicación causada por benzodiazepinas. 	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<ul style="list-style-type: none"> -El manejo prehospitalario en intoxicación por benzodiazepinas en pacientes adultos antes de la admisión al hospital es muy importante, porque el daño al cuerpo es severo si el paciente no recibe un tratamiento oportuno y adecuado. -Es pertinente para los profesionales en el manejo prehospitalario contar con un protocolo al ingresar un paciente adulto por intoxicación por benzodiazepinas, ya que la vida del paciente depende de su oportuna atención. 	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
Repositorio UCE UCE-FCDAPD-CAPH-CEVALLOS KATHERINE.pdf	

2.2.16

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Retardo mental: qué es, tipos y tratamiento
AUTOR (ES)	Mauricio Colazingari
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Diciembre 28, 2020
CIUDAD (PAÍS)	
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>La naturaleza a veces es grandiosa, otras veces injusta. Pero a su modo nos da toques especiales, ya sea para afrontar la vida con nuestras propias discapacidades o incluso ser mejores personas a pesar de ciertas diferencias. En este sentido, el retardo mental es un tema delicado, pero sumamente especial, porque más allá de las diferentes cualidades y las personas que lo padecen, es cierto también que poseen las capacidades humanas más especiales e intelectuales.</p> <p>En este artículo, conocerás acerca del retardo mental, cuáles son los tipos de retardo que existen y qué tratamientos son recomendables para ayudar a quienes lo padecen, prometiendo una vida estable y llevadera.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>La familia es una pieza clave para reforzar la autoestima, la felicidad y estabilidad mental de una persona con retardo mental.</p> <p>El retardo mental, se puede prevenir desde el momento del embarazo y durante la vida diaria, hay muchos factores en el ambiente o en un espacio social que debemos conocer, para mantener una distancia con ello y prolongar nuestra salud mental.</p> <p>El plomo es un elemento químico muy nocivo, que puede producir anemia y sus efectos son irreversibles. Por ello, las mujeres embarazadas deben mantenerse alejadas de los materiales o superficies que tengan cierto grado de plomo.</p> <p>Además de ello, la radiación puede causar malformaciones, enfermedades como cáncer y deterioro mental. Es importante guardar cierta distancia, cuando se esté cerca de objetos que emiten radiación (como microondas o rayos X).</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
tu info salud https://www.tuinfosalud.com/articulos/retardo-mental/	

2.2.17

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Sistema nervioso central
AUTOR (ES)	Equipo editorial, Etc.
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	05 agosto, 2021
CIUDAD (PAÍS)	
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>El sistema nervioso central (SNC) es una estructura compleja que está presente en los seres humanos y animales y que tiene la función de coordinar, integrar y controlar al organismo. Está formado por el encéfalo (ubicado en el cráneo) y por la médula espinal (ubicada dentro y a lo largo de toda la columna vertebral) y es el que permite realizar funciones como el movimiento, el aprendizaje, la respiración, entre muchas otras. El sistema nervioso central recibe información, de estímulos externos o internos, que procesa a través de células llamadas neuronas y elabora respuestas. También se encarga de la organización de los diferentes aparatos, como el respiratorio o el digestivo.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Estructura del sistema nervioso central: Es un órgano que forma parte del sistema nervioso central y que está ubicado en la corteza cerebral. Cerebro medio. Cerebro posterior. Cerebelo: Es un tejido nervioso que tiene una estructura cilíndrica y aplanada y que se extiende desde la base del cráneo hasta casi el final de la columna vertebral.</p> <p>Sistema nervioso central: El sistema nervioso central es el encargado de regular todas las actividades que se llevan a cabo dentro del organismo y procesar la información que ingresa desde los sentidos. El nivel de mayor jerarquía en el sistema nervioso central es el que está en la corteza cerebral.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
concepto https://concepto.de/sistema-nervioso-central/	

2.2.18

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Caracterización de la estigmatización a la enfermedad mental en unas áreas de Bogotá, Colombia
AUTOR (ES)	Mariana Pinto Álvarez. M.D.
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	2020 Bogotá D.C - Colombia Universidad Javeriana
CIUDAD (PAÍS)	Bogotá D.C - Colombia
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Introducción: La estigmatización a la enfermedad mental es una de las principales barreras de acceso hacia los servicios de salud mental en Colombia y el mundo (González et al., 2016) (Livingston & Boyd, 2010). Existen dos grandes teorías que fundamentan el estigma hacia la enfermedad mental. La primera, descrita por Patrick Corrigan; y la segunda, por Link y Phelan. El estigma hacia la enfermedad mental se considera un problema de salud pública dado el aumento en la prevalencia de estas patologías, su alta carga de enfermedad y los costos elevados para los sistemas de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) (Ministerio de Salud y Protección social, 2014).</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>-Caracterizar la estigmatización de la enfermedad mental en unas áreas de Bogotá, Colombia.</p> <p>-Explorar las actitudes de una comunidad de Bogotá hacia la enfermedad mental según la conceptualización del estigma de Link y Phelan.</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Se encontró que el estigma hacia la enfermedad mental predomina en los hombres, personas con bajo nivel educativo, en las personas mayores de 60 años y en ocupaciones como 11 obreros, servicio doméstico y especialistas en mercadeo. De igual forma, la mayoría de las personas eran más autoritarias, menos benevolentes y con predominio de conductas de rechazo social.</p> <p>Discusión y conclusiones: Los resultados encontrados fueron acorde a los hallazgos en otros países, en donde también se aplicó el cuestionario Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI). Así pues, se evidenció que las personas con ocupaciones que implicaban un mayor nivel educativo eran menos discriminadoras. Por otra parte, se determinó que las personas en general aceptan los servicios de salud mental y su función, siempre y cuando no tengan un contacto directo con ellos.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Repositorio Universidad Javeriana</p> <p>Trabajo de Grado - Mariana Pinto Alvarez - Maestria en Salud Publica.pdf (javeriana.edu.co)</p>	

2.2.19

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Factores de riesgo del Trastorno Antisocial de Personalidad en la infancia y su relación con la delincuencia
AUTOR (ES)	Cristina Vera Soriano
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	2021/ 22 Universidad Jaume I (UJI) Ciudad de Castellón de la Plana - España
CIUDAD (PAÍS)	Ciudad de Castellón de la Plana - España
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Las personas que padecen Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) se caracterizan por tener un patrón de desprecio hacia los derechos, sentimientos y sufrimientos ajenos. Son personas que carecen de empatía y consiguen obtener sus objetivos beneficiándose del malestar de los demás. Además de su incapacidad de adaptación a las normas sociales. El trastorno predomina en la población adolescente. Una característica importante que comentar es que no puede ser diagnosticado hasta los 18 años, de modo que se intentará averiguar cuál es el trayecto que toma para que derive en un TAP. En el siguiente trabajo se tratará de analizar los factores individuales, ambientales y sociales que favorecen al desarrollo del trastorno antisocial de la personalidad a partir de la infancia, su evolución a lo largo de la adolescencia y averiguar si la conducta permanece o cesa al paso del tiempo. Además, los comportamientos antisociales están relacionados con las conductas delictivas, por lo que también se analizará el vínculo entre ellos.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Durante el transcurso del trabajo se ha intentado mostrar la naturaleza del trastorno antisocial y se puede observar la cantidad de información que existe acerca de este término. Se trata de un concepto muy amplio, que consiste en un conjunto de comportamientos diferentes y ha sido estudiado desde múltiples puntos de vista. Existe alguna confusión sobre el verdadero término del trastorno antisocial de la personalidad, debido a su relación con la psicopatía. Son diferentes aspectos los que se utilizan para describir los comportamientos que van en contra de las normas sociales y violan los derechos de los demás. De tal manera, se formulan diagnósticos erróneos sobre la conducta desviada del sujeto etiquetándolo como un psicópata y, por tanto, dejan de lado las áreas afectivas e interpersonales.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>Repositorio Universidad Jaume I (UJI) https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/199698/TFG_2022_VeraSoriano_C.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	

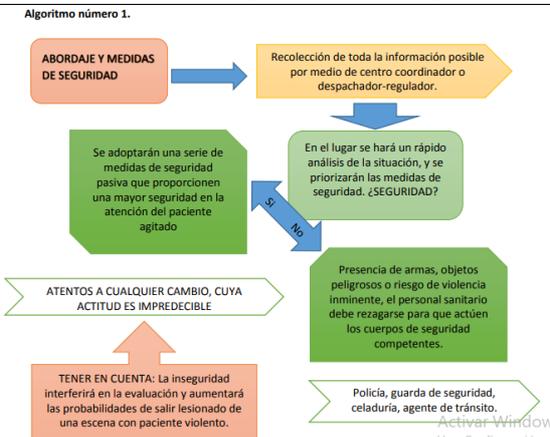
2.2.20

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Validez y fiabilidad del inventario poli diagnóstico para trastornos psicóticos OPCRIT 4.0 adaptado al español
AUTOR (ES)	Rafael Martínez-Leal, Maria Soriano, Luis Salvador-Carulla, Annabel Folch-Mas
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	8 de julio de 2022 - México
CIUDAD (PAÍS)	México
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Se realizó la traducción y retro traducción del inventario original en inglés al español y se comprobó la validez de criterio, la validez concurrente y la fiabilidad Inter evaluador de este, a partir de una muestra de 106 historias clínicas de usuarios adultos de un centro de salud mental comunitario. Resultados. Los datos obtenidos demostraron la validez y fiabilidad de la adaptación del OPCRIT 4.0 en la evaluación de la muestra de historias clínicas. Conclusiones. La adaptación y validación al español del instrumento OPCRIT 4.0 permite disponer de un sistema rápido, fiable y útil para obtener el diagnóstico del trastorno psicótico en un paciente a través de diferentes sistemas de clasificación.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>Adaptar y validar al español el Inventario de Criterios Operativos Diagnósticos (OPCRIT 4.0) para trastornos psicóticos. Se trata de una herramienta que permite diagnosticar a un paciente mediante las principales clasificaciones diagnósticas</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>A partir de los datos expuestos se puede concluir que la adaptación del inventario OPCRIT 4.0 al idioma español se demostró fiable y válido en su aplicación para la evaluación de los trastornos psicóticos. El OPCRIT supone una forma rápida, válida y fiable de obtener confirmaciones diagnósticas para la mayoría de los trastornos psicóticos, teniendo como referencia las principales clasificaciones diagnósticas. Es de fácil aplicación y tiene como único requisito el ser usado por un clínico experimentado tras un mínimo entrenamiento. Debido a su facilidad de uso y a su rapidez, puede ser utilizado en una amplia variedad de estudios cuando la prioridad es contar con un diagnóstico fiable y preciso.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>medigraphic https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2022/sal224h.pdf</p>	

2.2.21

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout The professional in emergency care: aggressiveness and burnout
AUTOR (ES)	C. Miret, A. Martínez Larrea
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	An. Sist. Sanit. Navar. 2010, Vol. 33, Suplemento 1
CIUDAD (PAÍS)	
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>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 (burnout). Por otra parte, los «profesionales quemados» incrementan, con sus actitudes en el trabajo, el riesgo de agresiones contra sí mismos y contra sus compañeros.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Se puede afirmar que la violencia contra los profesionales sanitarios y el síndrome de desgaste profesional se han convertido en un problema de salud pública, que afecta de forma creciente a los profesiona- C. Miret y otro les sanitarios, al propio sistema asistencial y, por ende, a los pacientes, usuarios de los servicios sanitarios. Ambos factores además están interrelacionados. Cuando con frecuencia atendemos a pacientes quejosos, en ocasiones con agresividad contenida o violencia manifiesta, nos refieren que el desencadenante de su estado ha sido la percepción de un trato deshumanizado e indigno, «sin ni siquiera mirarle a la cara». La despersonalización, fruto del desgaste profesional, incrementa el riesgo de agresiones contra el personal sanitario, y el ambiente hostil contra el personal sanitario incrementa el estrés y el desgaste profesional.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original19.pdf	

2.2.22

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Guía de abordaje y manejo de personas violentas y/o con agitación psicomotriz en el entorno prehospitalario
AUTOR (ES)	Deivis de Jesús payares Bohórquez
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Medellín-Colombia 2019
CIUDAD (PAÍS)	Colombia
ABSTRACT (RESUMEN)	
Instruye el manejo que se debe dar frente a pacientes violentos. En primera instancia se debe tener en cuenta el abordaje y las medidas de seguridad, que se debe tener en cuenta para el acercamiento al lugar de la urgencia y las preguntas necesarias para la recolección de la información para así identificar el abordaje y manejo específico del paciente, se presenta el algoritmo de actuación frente a un paciente agitado, preparación y cuidado de la escena, identificación de la etiología o causa de la agitación y formas de contención ya sea verbal o mecánica	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
Desarrollar una guía sobre el abordaje y manejo de personas violentas y/o con agitación psicomotriz en el entorno prehospitalario	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Algoritmo número 1.</p>  <pre> graph TD A[ABORDAJE Y MEDIDAS DE SEGURIDAD] --> B[Recolección de toda la información posible por medio de centro coordinador o despachador-regulador.] B --> C{En el lugar se hará un rápido análisis de la situación, y se priorizarán las medidas de seguridad. ¿SEGURIDAD?} C -- No --> D[Presencia de armas, objetos peligrosos o riesgo de violencia inminente, el personal sanitario debe rezagarse para que actúen los cuerpos de seguridad competentes.] D --> E[Policía, guarda de seguridad, celaduría, agente de tránsito.] C -- Si --> F[Se adoptarán una serie de medidas de seguridad pasiva que proporcionen una mayor seguridad en la atención del paciente agitado.] F --> G[ATENCIÓN A CUALQUIER CAMBIO, CUYA ACTITUD ES IMPREDECIBLE.] H[TENER EN CUENTA: La inseguridad interferirá en la evaluación y aumentará las probabilidades de salir lesionado de una escena con paciente violento.] </pre>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/1102/Producto.pdf?sequence=2	

2.2.23

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Decálogo para la atención y manejo de pacientes agresivos
AUTOR (ES)	Rodrigo Rojas
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Julio 29, 2020
CIUDAD (PAÍS)	Ciudad de México.
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Algunas de estas Instruye el manejo que se debe dar frente a pacientes violentos. En primera instancia se debe tener en cuenta el abordaje y las medidas de seguridad, que se debe tener en cuenta para el acercamiento al lugar de la urgencia y las preguntas necesarias para la recolección de la información para así identificar el abordaje y manejo específico del paciente, se presenta el algoritmo de actuación frente a un paciente agitado, preparación y cuidado de la escena, identificación de la etiología o causa de la agitación y formas de contención ya sea verbal o mecánica</p> <ul style="list-style-type: none">● Mantener la calma y hablar con un tono firme pero respetuoso.● Evitar confrontar o provocar al paciente agresivo.● Tratar de identificar la causa de la agresión y ofrecer soluciones o alternativas.● Mantener una distancia prudente y evitar el contacto físico.● Solicitar ayuda o refuerzos si la situación se sale de control.● Llamar a las fuerzas de seguridad si el paciente usa algún objeto como arma o amenaza con hacer daño	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>El trabajo de atención directa a pacientes no es nada sencillo, en especial porque cada uno es distinto a los demás. Lo que todos los médicos desean es tener a una persona que sea cordial, siga las indicaciones y respete a los profesionales de la salud. La realidad es que no siempre ocurre eso, lo cual implica estar preparado para enfrentarse a todo tipo de incidentes.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>https://www.saludiario.com/decalogo-para-la-atencion-y-manejo-de-pacientes-agresivos/</p>	

2.2.24

Título del artículo (investigación)	Regional emergency medical Advisory Committee new york city
AUTOR (ES)	
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Effective January 1, 2022
CIUDAD (PAÍS)	

ABSTRACT (RESUMEN)

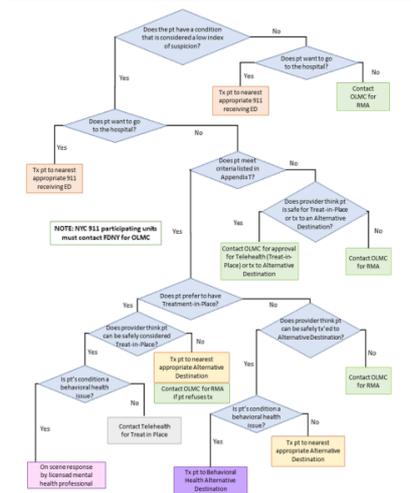
This procedure sets forth the NYC regional guidelines for the coordination of prehospital resources at the scene when multiple EMS agencies are present. An EMS agency is any NYS DOH or NYC REMAC approved ambulance or first response service, including municipal, hospital, volunteer or commercial entities that are authorized to provide patient care and/or transport in NYC

OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)

The Regional Emergency Medical Advisory Committee (REMAC) of New York City Unified Protocols include the statewide Basic Life Support Adult and Pediatric Treatment Protocols as the current minimum standards for basic life support (BLS) delivered by Certified First Responders (CFR), and Emergency Medical Technicians (EMT) in New York State. Paramedic (advanced life support [ALS]) protocols have been included in the unified format to ensure a continuous transition of care from CFR through ALS.

CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)

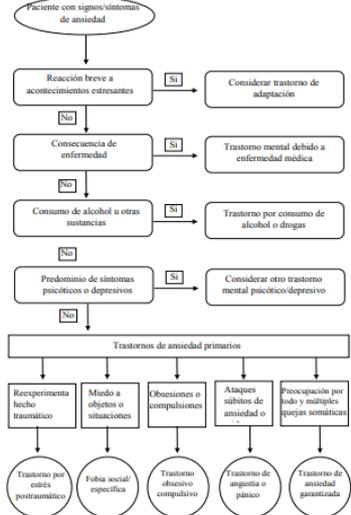
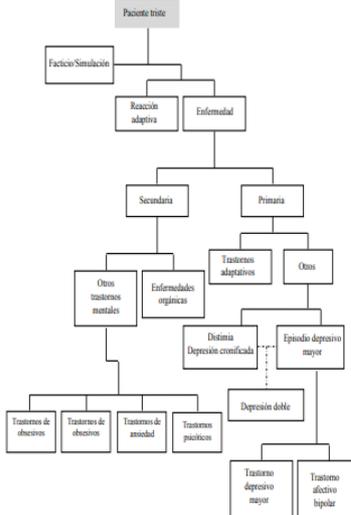
THE REGIONAL EMERGENCY MEDICAL SERVICES COUNCIL OF NEW YORK CITY



ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS

<https://www.nycremsco.org/wp-content/uploads/2021/01/2022-REMAC-GOP-FINAL-PDF.pdf>

2.2.25

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Psiquiatría protocolo de atención a las urgencias psiquiátricas en pacientes adultos
AUTOR (ES)	
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	
CIUDAD (PAÍS)	
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>La agitación psíquica corresponde básicamente a patologías como esquizofrenia, trastornos delirantes y psicóticos, la fase maníaca del trastorno bipolar y una serie de trastornos no psicóticos, como los provocados por ansiedad, estrés postraumático y trastornos de la personalidad, entre otros. En las últimas décadas, el suicidio y las conductas asociadas a él se han convertido en una de las razones crecientes de demanda de asistencia sanitaria en los servicios de urgencias. Es una de las tres causas más importantes de muerte entre los 15 y los 44 años, en uno y otro sexo.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>Establecer líneas de actuación en la contención de pacientes psiquiátricos en situaciones de urgencia, garantizando su seguridad y la del personal que les asiste.</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">ALGORITMO DE ANSIEDAD</p>  </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">ALGORITMO DE UN PACIENTE TRISTE</p>  </div> </div>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>http://medbox.iiab.me/modules/es-dr_min_salud/Medicina%20Interna/4_URGENCIAS%20PSIQUIATRICAS.pdf</p>	

2.2.26

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	El paciente agresivo y la conducta médica en el servicio de urgencias
AUTOR (ES)	Pilar Ardura Rodríguez
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	NPunto Volumen II. Número 12. marzo 2019
CIUDAD (PAÍS)	
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>La agitación psicomotriz es un trastorno conductual de alta prevalencia en los servicios de emergencias sanitarias. Su incidencia es mayor en hombres que en mujeres y es más frecuente en jóvenes y adultos de edad media que en personas de edad avanzada. El paciente agresivo o violento es un problema que genera imprevisión y las intervenciones deben ser adoptadas sin demora, no deben estar supeditadas a la actuación de otros especialistas.</p> <p>El principal objetivo es tranquilizar, reducción de los síntomas de agitación y agresión sin inducir profunda o prolongada sedación, manteniendo la calma del paciente. La administración farmacológica debe aplicarse con la menor dosis posible, ajustada a los requerimientos clínicos. La contención mecánica puede ser necesaria en situaciones de violencia que implica riesgos para el paciente o el personal y debe ser realizada de acuerdo con criterios estrictos.</p> <p>Es importante que cada paciente tenga una valoración y un manejo individualizado, por lo que la actuación debe ser flexible y adaptable a cada caso. Se debería establecer una comunicación adecuada entre servicio de Salud mental y profesionales de Atención Primaria para mejorar la calidad asistencial, con un aumento de la eficacia y eficiencia del sistema sanitario.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>-El paciente agresivo o violento es un problema que genera imprevisión e ineficiencia, y las intervenciones deben ser adoptadas sin demora, no deben estar supeditadas a la actuación de otros especialistas (psiquiatras).</p> <p>-Las causas de la conducta violenta y agresiva no están claramente establecidas. Es probable que las intervenciones que mejoren las condiciones ambientales y organizativas y las habilidades de comunicación y sociales prevengan o, al menos, atenúen o controlen a potenciales agresores.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>https://www.npunto.es/revista/12/el-paciente-agresivo-y-la-conducta-medica-en-el-servicio-de-urgencias#:~:text=No%20intentar%20razonar%20con%20el,abuso%20no%20pueden%20ser%20tolerados</p>	

2.2.26

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Manejo prehospitalario del paciente psicótico y agresivo con enfermedad bipolar
AUTOR (ES)	
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Diciembre de 2005
CIUDAD (PAÍS)	
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Los estados psicóticos agitados representan una disfunción cerebral grave. Estos estados, que pueden ser causados por muchos trastornos médicos y/o psiquiátricos, requieren tratamiento urgente debido al riesgo que pone en peligro la vida de uno mismo y de los demás. Una causa común es cuando una persona experimenta una fase psicótica maníaca de un trastorno bipolar. La psicosis, una emergencia conductual, suele ser compleja y puede ser peligrosa, especialmente en el ámbito prehospitalario. La psicosis puede ser un síntoma que señala problemas médicos (p. ej., traumatismo cerebral, estados metabólicos, estados de abstinencia inducidos por fármacos, etc.), problemas psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia en fase aguda, trastorno bipolar) o estados de crisis. El paciente suele no cooperar y estar fuera de control. La psicosis no es una enfermedad separada, sino más bien un estado en el que el cerebro ya no puede funcionar e interpreta la realidad de manera incorrecta. Los pacientes presentan delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento. Los delirios pueden ser extraños ("He sido habitado por un extraterrestre"), persecutorios ("Alguien está conspirando contra mí") o grandiosos ("Tengo poderes especiales y puedo gobernar el mundo con mi voluntad").</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>El trastorno bipolar es una enfermedad de por vida con un 90% de posibilidades de recaída en un momento u otro. Estos pacientes tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, violencia y abuso de sustancias, todo lo cual puede aumentar su mortalidad. Los intentos de suicidio pueden ser un factor de riesgo en la enfermedad bipolar. Las condiciones médicas también pueden enmascarar algunos de los síntomas presentes. La ira y la violencia pueden ser la única forma en que un paciente puede obtener ayuda.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/emsworld/article/10323481/pre-hospital-management-psychotic-and-aggressive-patient-bipolar-disease</p>	

2.2.27

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Enfoque de manejo de pacientes con comportamiento violento y agresivo en un hospital de distrito en Sudáfrica
AUTOR (ES)	Oladele V. Adeniyi y Ntandazo Puzi
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	27 de octubre de 2021.
CIUDAD (PAÍS)	Estados Unidos
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>El comportamiento agresivo y violento es muy común en el ámbito hospitalario. La simple agitación puede progresar de manera impredecible hacia una agresión y violencia abierta por parte de cualquier paciente en los centros de emergencia (CE). El comportamiento agresivo a menudo se manifiesta en formas de lenguaje verbalmente abusivo, amenazas verbales y comportamiento físico intimidante. El comportamiento violento comprende el uso intencional de fuerza o poder físico, amenazado o real, contra uno mismo (suicida) o contra otro (homicida) o propiedades, grupo o comunidad, que podría potencialmente resultar en lesiones, muerte, daño psicológico o privaciones. Por lo tanto, las personas con agitación y agresión inusuales deben ser tratadas como una emergencia tanto en la comunidad como en los entornos sanitarios para mitigar la progresión a la violencia física. Si bien la incidencia y prevalencia del comportamiento agresivo y violento son mayores en individuos con un trastorno mental subyacente, un trastorno por uso de sustancias o un trastorno mental comórbido y un trastorno por uso de sustancias, otros individuos también pueden presentar estos comportamientos en las CE.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Los médicos que trabajan en los hospitales de distrito deben ser conscientes de que los pacientes con comportamiento agresivo y violento a menudo se presentan en los CE. Deben recibir formación en el protocolo de desescalada y el abordaje del paciente con conducta agresiva y violenta. Se debe priorizar el tratamiento oral cuando sea posible. Sin embargo, las restricciones mecánicas se pueden aplicar mínimamente con miras a lograr la sedación en algunos pacientes por vía parenteral.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8603198/	

2.2.28

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Agitated/combative patient guideline
AUTOR (ES)	
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	January 1, 2018
CIUDAD (PAÍS)	
ABSTRACT (RESUMEN)	

-Los pacientes agitados y combativos son una gran preocupación para la seguridad del proveedor de servicios de emergencia.

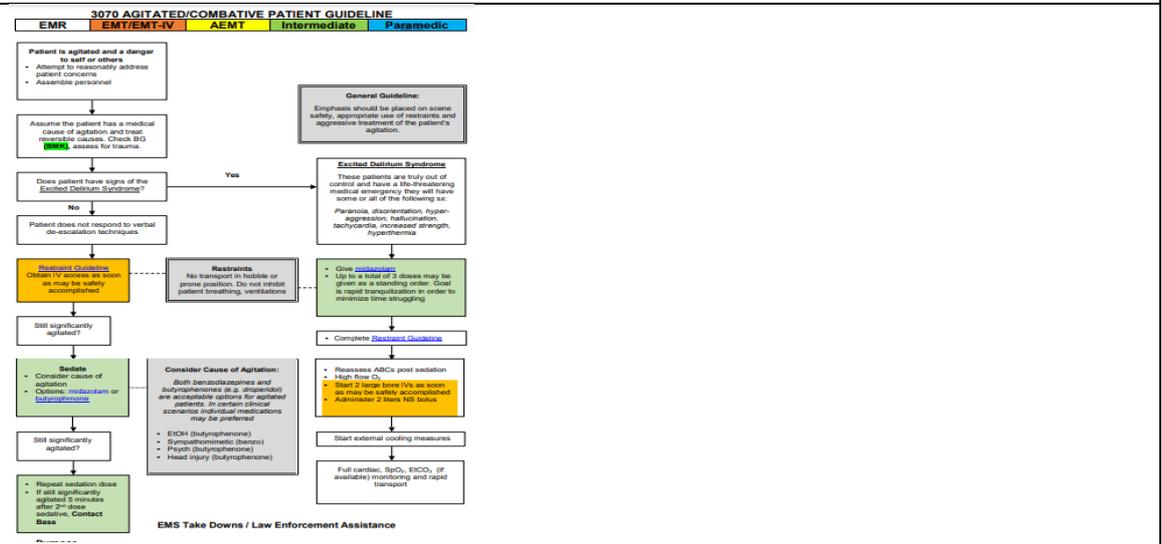
-La mayoría de los proveedores de servicios de emergencias médicas no están preparados ni capacitados para realizar retiros físicos de Pacientes combativos.

-Los SEM tienen como objetivo principal el cuidado y protección del paciente, y también cuentan con medicamentos que puede ayudar a tranquilizar al paciente DESPUÉS de haber sido físicamente sometido.

-Las autoridades policiales tienen mucha más capacitación y herramientas disponibles para poder manejar.

OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)

CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)



ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS

<https://ems.mesacounty.us/mcweb/ems/protocols/18.1/3070%20Agitated%20Combative%20Patient%20Guideline.pdf>

2.2.29

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Preventing and managing patient aggression and violence
AUTOR (ES)	
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	2021
CIUDAD (PAÍS)	Australia
ABSTRACT (RESUMEN)	
This brief guide has been designed to support general practice teams in identifying and managing incidents of patient aggression and violence. It outlines obligations in responding to and preventing these events to keep the practice team and patients safe.	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
All practices have a responsibility under WHS laws to provide a safe working environment for staff, contractors and visitors. Your practice must ensure, so far as is 'reasonably practicable', that people are not put at risk by work carried out as part of the business. Your practice is therefore obliged to identify, and eliminate or control, risks associated with patient aggression and violence, as far as is reasonably practicable.	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Running%20a%20practice/Practice%20management/Preventing-and-managing-patient-aggression-and-violence.pdf	

2.2.30

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Caring for a person who is Aggressive or violent
AUTOR (ES)	Gorman, L. M., Sultan, D. & Luna-Raines, M.
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	
CIUDAD (PAÍS)	Australia
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>La agresión o la violencia pueden ocurrir cuando las personas tienen habilidades inadecuadas para lidiar con sentimientos de frustración, miedo y ansiedad, o como expresión de estos sentimientos por parte de personas que no se encuentran bien. Estos comportamientos pueden estar presentes en una persona que experimenta dolor agudo o crónico, o en una persona que principalmente tiene un trastorno físico (como abstinencia de drogas o alcohol, derrame cerebral, lesión en la cabeza o enfermedad de Alzheimer). La agresión o la violencia también pueden ser el resultado del efecto de algunos medicamentos terapéuticos (por ejemplo, corticosteroides). Algunos trastornos neurológicos se han asociado con cambios en personalidad que también puede resultar en violencia. En algunos casos, un mayor riesgo de violencia y comportamiento impulsivo que resulta en violencia pueden estar asociados con personas con síntomas psicóticos activos (que pueden estar respondiendo controlar alucinaciones o delirios), personas con abuso de sustancias y aquellos con abuso de sustancias y trastornos mentales comórbidos.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Si una situación escala hasta convertirse en un acto de violencia, cuando el incidente concluya, el personal debe recibir directrices claras sobre los servicios de apoyo y la opción de tiempo fuera del servicio. deberes. Se deben organizar y coordinar reuniones informativas operativas.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0031/444586/aggressive.pdf</p>	

2.2.31

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Management of patients with Acute Severe Behavioural Disturbance in Emergency Departments																									
AUTOR (ES)																										
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	1 November 2021																									
CIUDAD (PAÍS)	Australia																									
ABSTRACT (RESUMEN)																										
<p>This Guideline provides recommendations regarding best practice to support the management and initial sedation requirements of patients who present to emergency departments (ED) with acute severe behavioural disturbance (ASBD). This guideline applies to children, adolescents (children and adolescents includes those under 16 years) and adults (including patients over 65 years of age and patients who are medically frail regardless of age).</p>																										
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)																										
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Responsiveness</th> <th>Speech</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Combative, violent, out of control</td> <td>Continual loud outburst</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Very anxious and agitated</td> <td>Loud outburst</td> <td>+2</td> </tr> <tr> <td>Anxious/restless</td> <td>Normal/talkative</td> <td>+1</td> </tr> <tr> <td>Awake and calm/cooperative</td> <td>Speaks normally</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Asleep but rouses if name is called</td> <td>Slurring or prominent slowing</td> <td>-1</td> </tr> <tr> <td>Responds to physical stimulation</td> <td>Few recognisable words</td> <td>-2</td> </tr> <tr> <td>No response to stimulation</td> <td>None</td> <td>-3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Follow the algorithm based on Sedation Assessment Tool score and assessment of frailty based on age and comorbidities as assessed by a senior ED staff specialist.</p> <p>Go to Appendix 2 for management of adults (regardless of patient age) with acute behavioural disturbance</p> <p>Go to Appendix 3 for management of medically frail adults (regardless of patient age) with acute behavioural disturbance</p> <p>Go to Appendix 4 for management of child/adolescent with acute behavioural disturbance</p>			Responsiveness	Speech	Score	Combative, violent, out of control	Continual loud outburst	+3	Very anxious and agitated	Loud outburst	+2	Anxious/restless	Normal/talkative	+1	Awake and calm/cooperative	Speaks normally	0	Asleep but rouses if name is called	Slurring or prominent slowing	-1	Responds to physical stimulation	Few recognisable words	-2	No response to stimulation	None	-3
Responsiveness	Speech	Score																								
Combative, violent, out of control	Continual loud outburst	+3																								
Very anxious and agitated	Loud outburst	+2																								
Anxious/restless	Normal/talkative	+1																								
Awake and calm/cooperative	Speaks normally	0																								
Asleep but rouses if name is called	Slurring or prominent slowing	-1																								
Responds to physical stimulation	Few recognisable words	-2																								
No response to stimulation	None	-3																								
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS																										
https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0031/629491/qh-gdl-438.pdf																										

2.2.32

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Prehospital medical services and paramedic engagement in Australian health care – Improving the pathways of care through collaborative action
AUTOR (ES)	Richard Brightwell, Ray Bange
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Accepted 5 December 2014
CIUDAD (PAÍS)	Australia
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Paramedics Australasia (PA) is the national body representing paramedics engaged in delivery of prehospital emergency health care. PA is thus uniquely positioned to provide insights into the role of prehospital medicine in the continuum of care. Every day in Australia, patients are placed at risk of harm within the health-care system. These risks are particularly notable in prehospital care where paramedics must often tend for patients under adverse operating conditions and perform interventions that carry significant risks. Paramedics must make clinical judgements that may profoundly affect patient outcomes – often with no access to patient history. Prehospital medicine has changed dramatically in recent years. Paramedic practice has evolved as a unique discipline combining medicine, public health and public safety. Contemporary prehospital medical care is now provided by professionally qualified practitioners. These developments have been built on a strong evidence base demonstrating the capacity to enhance patient outcomes through appropriate clinical interventions</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Recognising the existence of a problem is often the first step in its solution. In this regard a simple but fundamental shift in attitude is needed from which subsequent actions will flow. As part of that new paradigm PA has strongly recommended that: The State and Federal governments designate prehospital medicine as a significant and integral component of health care with funding and other policy matters considered within the context of the delivery of a primary health care service</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/8/e029186.full.pdf	

2.2.33

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Factors associated with the occurrence of prehospital medical interventions provided by physicians among nontrauma patients: a single-centre retrospective observational study in Japan
AUTOR (ES)	Tomohiro Abe, Kenshi Iwatani, Takeshi Aoyama, Tatsunori Ameda, Hidenobu Ochia
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	20 august 2019
CIUDAD (PAÍS)	Japon
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>Objectives Physician-staffed prehospital units are widely used in many countries. The criteria for predicting fatal injury are well recognised for trauma victims, but there are no criteria for predicting critical condition for nontrauma patients. This study aimed to identify the factors associated with non-trauma cases receiving prehospital interventions by physicians. Design Retrospective observational study. Setting Physician-staffed prehospital unit (car) at a single-base hospital in a suburban city in Japan. Participants Participants were 1058 non-trauma patients who received prehospital medical examinations from April 2014 to December 2017. Outcome measures The outcome was the occurrence of physician-only interventions (POIs) exceeding paramedics' competencies. Univariate analysis and multiple logistic regression analysis were performed. Patient's age and gender, presumed disease category, type of location of the emergency, time of alarm, activation time, activator's occupation, time to arrival, transportation time and the destination facility were included as covariates.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>This study identified the factors associated with non-trauma cases receiving prehospital POIs. Patient's age, presumed disease category, type of location of the emergency and transportation time are independent factors associated with requiring POIs.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/8/e029186.full.pdf	

2.2.34

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach
AUTOR (ES)	Braz. J. Psychiatry
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Mar-Apr 2019
CIUDAD (PAÍS)	Brasil
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>These guidelines were developed based on a systematic review of articles published from 1997 to 2017, retrieved from MEDLINE (PubMed), Cochrane Database of Systematic Review, and SciELO. Other relevant articles identified by searching the reference lists of included studies were also used to develop these guidelines. The search strategy used structured questions formulated using the PICO model, as recommended by the Guidelines Project of the Brazilian Medical Association. Recommendations were summarized according to their level of evidence, which was determined using the Oxford Centre for Evidence-based Medicine system and critical appraisal tools.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>To present the essential guidelines for non-pharmacological management of patients with psychomotor agitation in Brazil.</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>The non-pharmacological management of agitated patients should follow the hierarchy of less invasive to more invasive and coercive measures, starting with referral of the patient to an appropriate environment, management by a trained team, use of verbal techniques, performance of physical and mental assessment, use of medications, and, if unavoidable, use of the mechanical restraint.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>https://www.scielo.br/j/rbp/a/xTthMJxBtn7yYK9h5t8wPbn/#</p>	

2.2.35

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Protocolo para el manejo del paciente psiquiátrico con agitación psicomotora.
AUTOR (ES)	Eduard Vieta, Marina Garriga, Laura Cardete, Miguel Bernardo, María Lombraña, Jordi Blanch, Rosa Catalán, Mireia Vázquez, Victoria Soler, Noélia Ortuño & Anabel Martínez Arán
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	08 septiembre 2017
CIUDAD (PAÍS)	Brasil
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>La agitación psicomotora (PMA) es un estado de inquietud motora y tensión mental que requiere un reconocimiento rápido, una evaluación y un manejo adecuados para minimizar la ansiedad del paciente y reducir el riesgo de que evolucione hacia la agresión y la violencia. Los protocolos y algoritmos estandarizados y aplicables pueden ayudar a los proveedores de atención médica a identificar pacientes en riesgo de PMA, lograr un diagnóstico oportuno e implementar estrategias de manejo mínimamente invasivas para garantizar la seguridad del paciente y del personal y la resolución del episodio.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p></p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>Establecer equipos especializados en agitación y brindarles capacitación continua sobre la identificación de la agitación, el manejo del paciente y las alternativas terapéuticas podría reducir la carga de la PMA tanto para el paciente como para el sistema de salud.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1490-0</p>	

2.2.36

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	¿Cuáles son las estrategias para el manejo del paciente agresivo?
AUTOR (ES)	María Molina Hernández
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Año académico 2017-18
CIUDAD (PAÍS)	
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>La agresión es un estado en el cual se es capaz de dañar tanto a uno mismo como a los demás, ya sea mediante amenazas, insultos o con agresiones físicas. Hoy en día se puede observar que el nivel de episodios de agresividad ha aumentado considerablemente en el mundo. Los profesionales de enfermería son las principales víctimas de este comportamiento, sobre todo aquellos que trabajan en ámbitos sanitarios de urgencias, centros ambulatorios y unidades de psiquiatría. En el presente estudio se presentará una guía cuyo objetivo es poder contribuir al manejo del paciente agresivo, específicamente para aquellos que sufren una patología psiquiátrica. Se explicará cómo afrontar estas situaciones de manera óptima para evitar que se produzcan daños y garantizar la seguridad tanto del paciente como la de los demás. Se aconseja primeramente identificar el problema que conllevó a ese estado y la evaluación continua de la situación. Deberán tenerse en cuenta intervenciones ambientales, la comunicación con el paciente, medidas farmacológicas y no farmacológicas, el aislamiento y/o la restricción física.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>Presentar una guía que de manera general pueda contribuir al manejo de la conducta agresiva en el entorno hospitalario.</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
<p>La agresividad es un estado de tensión e inquietud mental que debe detectarse a tiempo mediante una evaluación y así poder realizar un mejor manejo de la situación para reducir al máximo el riesgo de escalada hacia uno mismo o los demás. Los episodios de agresividad han aumentado drásticamente en las últimas décadas, por ese motivo es esencial saber cómo tratar con estos pacientes psiquiátricos para minimizar los posibles contratiempos que se puedan ocasionar. El trabajo en equipo es muy importante para llevar a cabo una mejor resolución del proceso.</p>	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
<p>https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/147889/Molina_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	

2.2.37

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Protocolo del manejo del paciente agitado
AUTOR (ES)	
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	Febrero 2016
CIUDAD (PAÍS)	Pamplona-Colombia
ABSTRACT (RESUMEN)	
Proveer un instructivo en el cual se determinan las principales estrategias de tratamiento en caso de enfrentarse a un paciente que presente un episodio de agitación psicomotora o agresividad.	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)	
Asegurarse que el paciente no cuente con armas o utensilios que pueda utilizar como elemento de heteroagresión. Recibir información previa a la evaluación respecto al estado de agitación, agresión o violencia del paciente.	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
https://hsdp.gov.co/portal/wp-content/uploads/2020/10/MANEJO-PACIENTE-AGITADO.....pdf	

2.2.38

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva.
AUTOR (ES)	Stucchi-Portocarrero, Santiago; Cruzado, Lizardo; Fernández-Ygredda, Regina; Bernuy-Mayta, Martín; Vargas-Murga, Horacio; Alvarado-Sánchez, Franz; Rondón-de la Jara, José Luis; Núñez-Moscoso, Patricia
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN	2014
CIUDAD (PAÍS)	Lima, Perú
ABSTRACT (RESUMEN)	
<p>La presente Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva ha sido elaborada siguiendo la estructura de la norma técnica para la elaboración de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud del Perú (1), e intenta servir de referencia para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los adultos y adolescentes que acuden al Departamento de Emergencia en estado de agitación psicomotora.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La atención de la persona en estado de agitación o con signos de alarma previos a la agitación, debe darse de inmediato. - El entrevistador debe asumir una actitud respetuosa, tranquila y segura. - La aproximación al paciente debe ser con cautela, pero sin manifestaciones de miedo; no debe darse la espalda a una persona potencialmente violenta. - La distancia para la entrevista con el paciente potencialmente violento debe mantenerse entre 1,2 m y 3,6 m. - Debe intentarse llevar al paciente a un lugar menos transitado, pero bajo la vigilancia del personal de apoyo. 	
ENLACE COMPLETO Y BASE DE DATOS	
https://www.redalyc.org/pdf/3720/372033985003.pdf	

2.3 MARCO INSTITUCIONAL.

Teniendo en cuenta que se plantean objetivos entorno a la agresión contra el personal sanitario, más enfocado al personal de atención prehospitalaria, se considera debidamente pertinente una limitación en la investigación enfocada en la Corporación Universitaria Adventista por motivos de factibilidad al momento de la propia investigación y un ahorro de costos en transporte si se estudiara otra institución que cuente con estas características de estudiantes en prácticas asistenciales y contacto con pacientes con trastornos de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas.

2.3.1 MISIÓN.

La Corporación Universitaria Adventista – UNAC declara su misión:

“Transformar personas en líderes íntegros, innovadores, con responsabilidad social y ambiental, al servicio de Dios y del mundo.” (21)

2.3.2 VISIÓN.

La Corporación Universitaria Adventista declara su visión:

“Ser una universidad comprometida con la cultura de calidad y el desarrollo social y ambiental, a través de un modelo educativo transformador e innovador, con impacto local.” (21)

2.3.3 CONCEPTUALIZACIÓN.

En primera instancia, antes de profundizar en las diferentes concepciones de lo que puede ser la extensión universitaria, se hace necesario recordar los elementos sustantivos sobre los cuales descansa el concepto de universidad, a saber: Docencia, Investigación, Extensión e Internacionalización, siendo esta última la más reciente. Muchas universidades han trabajado en la construcción de un concepto de universidad que agrupe todos los aspectos que involucran los elementos que tienen que ver con su esencia. Una de ellas expone que la Universidad “debe ser concebida como un sistema de procesos que para darle respuesta a su misión social tiene que preservar, desarrollar y promover la cultura por medio de la docencia, la investigación y la extensión”. A partir del concepto de universidad se debe revisar la forma como se relaciona la institución educativa con la sociedad. Esta relación que en algunos momentos se puede ver elitista (no todos acceden a ella) debe dejar su sentido de verticalidad y pasar a lo horizontal para poder tener un contacto más directo con la sociedad que es su razón de ser.

La universidad existe para servir, para ser útil a la sociedad en la cual se desarrolla y se mantiene. Esa relación horizontal es la que le permitirá desarrollar una función integradora que se convierta en un bastión para la construcción de una sociedad más cercana al ideal. (21)

2.3.4 OBJETIVOS DE SU PROYECCIÓN SOCIAL.

- Fortalecer e innovar la forma en que la UNAC puede aportar al desarrollo Misional de la comunidad adventista.
 - Aportar a través del servicio y la formación de ciudadanos de paz al desarrollo social, cultural y económico de la región y la Nación.
 - Avizorar nuevas prácticas que se están vivenciando en la comunidad inmediata y que a través de metodologías de estudio e investigación se pueda generar conocimiento.
 - Fortalecer a través de su influencia en el servicio a la construcción de tejido social, que de mayores oportunidades a los jóvenes del mañana.
 - Establecer convenios y alianzas estratégicas con instituciones con las cuales se puedan desarrollar programas de beneficio a la sociedad.
 - Extender la oferta de servicios educativos más allá de los programas de educación formal, tomando en cuenta la necesidad de actualización en nuevos saberes que tienen los profesionales.
 - Organizar saberes y transmitirlos a través de capacitaciones que respondan a la demanda de la sociedad.
- (21)

2.4 MARCO HISTÓRICO.

La atención en salud de pacientes con problemas y trastornos de salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas; es una temática sumamente amplia y que al momento de abordarla, lanzaría demasiados datos, los cuáles la historia y el avance de estos a lo largo de la historia de cada uno de ellos no son aspectos que se tocarán en este proyecto, sin embargo se optó por elegir los avances de los trastornos de la salud mental, debido a las altas incidencias que estos representan en el sitio de investigación y de los altos índices de activación de código dorado que han venido registrándose con el tiempo en Medellín. (24)

Si empezamos a hablar de los trastornos mentales, estos históricamente han tenido tres explicaciones principales, a saber, los modelos sobrenatural, biológico y psicológico. Durante gran parte de la historia registrada, el comportamiento

desviado se ha considerado sobrenatural y un reflejo de la batalla entre el bien y el mal. Cuando se enfrentan a un comportamiento irracional e inexplicable y al sufrimiento y la agitación, las personas han percibido el mal. Históricamente, los trastornos mentales han tenido tres explicaciones principales, a saber, los modelos sobrenatural, biológico y psicológico. Durante gran parte de la historia registrada, el comportamiento desviado se ha considerado sobrenatural y un reflejo de la batalla entre el bien y el mal. Cuando se enfrentan a un comportamiento irracional e inexplicable y al sufrimiento y la agitación, las personas han percibido el mal. De hecho, en el Imperio Persa del 550 al 330 A.C. Todos los desórdenes físicos y mentales eran considerados obra del diablo. Las causas físicas de los trastornos mentales se han buscado en la historia. Hipócrates fue importante en esta tradición, ya que identificó la sífilis como una enfermedad y, por lo tanto, fue uno de los primeros defensores de la idea de que los trastornos psicológicos tienen una causa biológica. Este fue un precursor de los enfoques de tratamiento psicosocial modernos para la causalidad de la psicopatología, con un enfoque en los factores psicológicos, sociales y culturales. Conocidos filósofos como Platón, Aristóteles, etc., escribieron sobre la importancia de las fantasías, los sueños, y así se anticiparon, en cierta medida, a los campos del pensamiento psicoanalítico y de la ciencia cognitiva que se desarrollaron posteriormente. También fueron algunos de los primeros en abogar por el cuidado humano y responsable de las personas con trastornos psicológicos. (24)

Si empezamos investigar en quienes fueron los primeros en hablar o tienen los registros más antiguos acerca de la salud mental, encontraremos a muchas civilizaciones antiguas; entre las cuáles se destacan las de la antigua Mesopotamia, la India antigua y la antigua cultura China, cada una de ellas con sus creencias y sus características completamente diferentes al momento de abordar el tema, aunque sí es interesante recalcar que el registro más antiguo encontrado hasta el momento es el de la civilización Porcelana China en los años 1100 A.C. (24)

Las enfermedades mentales eran bien conocidas en la antigua Mesopotamia, donde se creía que las enfermedades y los trastornos mentales eran causados por deidades específicas. Debido a que las manos simbolizaban el control sobre una persona, las enfermedades mentales se conocían como "manos" de ciertas deidades. Los médicos mesopotámicos mantuvieron un registro detallado de las alucinaciones de sus pacientes y les asignaron significados espirituales. Se predijo que un paciente que alucinaba que estaba viendo un perro moriría; mientras que, si veía una gacela, se recuperaría. (24)

Las antiguas escrituras hindúes, el Ramayana y el Mahabharata, contienen descripciones ficticias de la depresión y la ansiedad. En general, se pensaba que los trastornos mentales reflejaban entidades metafísicas abstractas, agentes sobrenaturales, hechicería y brujería. El Charaka Samhita de alrededor del año 600 a. C. Las causas sugeridas incluían una dieta inadecuada, falta de respeto hacia los dioses, maestros u otros, shock mental debido al miedo o alegría excesivos y actividad corporal defectuosa. Los tratamientos incluían el uso de hierbas y ungüentos, amuletos y oraciones, y persuasión moral o emocional. (24)

El registro más antiguo conocido de enfermedad mental en la antigua China se remonta al año 1100 a. C. Los trastornos mentales se trataban principalmente con la medicina tradicional china usando hierbas, acupuntura o "terapia emocional". Los antiguos chinos creían que la posesión demoníaca desempeñaba un papel en la enfermedad mental durante este período de tiempo. Sintieron que las áreas de arrebatos emocionales, como las funerarias, podrían abrir el Wei Chi y permitir que las entidades posean a un individuo. El trauma también se consideraba algo que causaba altos niveles de emoción. Por lo tanto, el trauma es un posible catalizador para la enfermedad mental, debido a su capacidad para permitir que el Wei Chi se abra a la posesión. (24)

Avanzando un poco más en el tiempo y en la evolución que este término ha tenido a lo largo del pasar de los años, vemos que en Europa y América en tiempos del siglo XVI al XVIII; las personas víctimas de trastornos mentales eran muy vistas en víctimas de la caza de brujas que se extendió en oleadas en la Europa moderna temprana. Se usaron restricciones y confinamiento forzoso para aquellos que se consideraban peligrosamente perturbados o potencialmente violentos con ellos mismos, con otros o con la propiedad. A fines del siglo XVII y en la Ilustración, la locura se veía cada vez más como un fenómeno físico orgánico, que ya no involucraba el alma ni la responsabilidad moral. Los enfermos mentales solían ser vistos como animales salvajes insensibles. Los propietarios de manicomios a veces se jactaban de su habilidad con el látigo. El trato en los pocos asilos públicos también era bárbaro, a menudo secundario a las prisiones. (24)

Hacia finales del siglo XVIII se desarrolló un movimiento de tratamiento moral que implementó enfoques más humanos, psicosociales y personalizados. Figuras notables incluyeron al médico Vincenzo Chiarugi en Italia bajo el liderazgo de la Ilustración; el superintendente de expacientes Pussin y el médico con inclinaciones psicológicas Philippe Pinel en la Francia revolucionaria; los cuáqueros en Inglaterra, encabezados por el empresario William Tuke; y más tarde, en Estados Unidos, la activista Dorothea Dix. En el siglo XIX, en el contexto de la industrialización y el crecimiento de la población, vio una expansión masiva del número y tamaño de los manicomios en todos los países occidentales, un proceso llamado "el gran confinamiento" o la "era del asilo". (24)

2.5 MARCO GEOGRÁFICO.

La Corporación Universitaria Adventista, se localiza en el occidente de la ciudad de Medellín, en el barrio la Castellana; su dirección es: Cra. 84, Cl 33AA #1. La ciudad de Medellín tiene una extensión de 376,4 kilómetros cuadrados, tiene 16 comunas, 5 corregimientos, 249 barrios, 52 veredas, 20 áreas institucionales y 7 áreas de expansión. Medellín es la capital de Antioquia y es considerada la ciudad más innovadora del mundo. (22)

Según la alcaldía de Medellín se tienen unos altos índices de trastornos de salud mental dentro de la ciudad (81.7%) dividiéndose en los siguientes ítems:

- Ideación/conducta suicida: (26,3 %).
- Alteraciones del comportamiento: (13,2 %).
- Depresión: (13,2 %).
- Ansiedad: (10,5 %).
- Problemas en el grupo: (7,9 %).
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: (5,3 %).
- Adicciones: (5,3%).

(23)



2.6 MARCO LEGAL O NORMATIVO.

En la legislación colombiana existen múltiples normas y decretos que estipulan la atención a los pacientes que presenten trastorno de salud mental, y también hay otras que rigen el correcto servicio sanitario a pacientes en estado de consumo de sustancias psicoactivas. Entre todas estas, algunas de ellas son:

LEY 1616 DE 21 ENERO 2013 – LEY DE SALUD MENTAL “POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 2°. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente leyes aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente 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 administradores 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.

ARTÍCULO 3°. SALUD MENTAL. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento 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.

ARTÍCULO 4°. GARANTÍA 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.

TÍTULO 11 DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL.

ARTÍCULO 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 tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las Libertades individuales de acuerdo con 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.

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 T760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

(25)

RESOLUCIÓN 46/119, DE 17 DE DICIEMBRE DE 1991 PRINCIPIO 4
“PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL
MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL”.

Determinación de una enfermedad mental.

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.
 2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.
 3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.
 4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.
 5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.
- (26)

LEY 24.901 DEL 2 DE DICIEMBRE 1997.

ARTÍCULO 37.

“LA CUAL SE BUSCA CONTEMPLAR ACCIONES DE PREVENCIÓN ASISTENCIA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN PARA BRINDAR UNA COBERTURA INTEGRAL A NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DE PERSONAS CON NECESIDADES ESPECÍFICAS”.

Atención psiquiátrica. La atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolla dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales, agudos o crónicos, ya sean estos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes, como complicación de estas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación. Las personas con discapacidad tendrán garantizada la

asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad, tratamientos integrales, psicofísicos y sociales, que aseguren su rehabilitación e inserción social. También se cubrirá el costo total de los tratamientos prolongados, ya sean psicofarmacológicos o de otras formas terapéuticas. (27)

2.7 MARCO TEÓRICO.

Protocolo de salud mental.

- Que es un protocolo de atención en salud mental.
- Cuál es el protocolo de atención en salud mental más conocido hasta el momento.
- Qué es una atención adecuada para pacientes con problemas de salud mental a nivel prehospitalario.
- Cuáles son los problemas de salud mental más comunes en Medellín

Los pacientes con problemas psicológicos.

- Qué son problemas psicológicos.
- Cuáles son las problemáticas del traslado de los pacientes con problemas psicológicos.
- Cuáles son los estándares para clasificar que un paciente tiene un trastorno psicológico.

Los pacientes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.

- Cuáles son las edades más comunes de los pacientes que consumen sustancias psicoactivas.
- Cuáles son las sustancias más comunes de intoxicación en los pacientes que se trasladan en prehospitalario.
- Cómo identificar un paciente intoxicado por sustancias psicoactivas.

Pacientes agresivos.

- Cuáles son las principales problemáticas al realizar un traslado de pacientes agresivos.
- Qué es un paciente agresivo.
- Cuáles son los principales desencadenantes de la agresividad de los pacientes en Medellín.
- Qué tipo de medicamentos son los idóneos para tratar a los pacientes agresivos.

“Un protocolo de atención de la salud mental tiene como objetivo establecer las acciones y directrices de manera estandarizada que permitan realizar una respuesta adecuada consistente en identificar, contener y derivar casos de urgencia y emergencia de carácter psiquiátrico y/o psicológico.”(28) Un protocolo de atención de la salud mental según el estudio de “Proceso de Atención de Enfermería en Salud Mental” (29) “partiendo de que para llegar al protocolo primero se debe identificar el estado de salud de una persona, grupo o comunidad y los problemas de salud reales o potenciales, estableciendo planes para cubrir las necesidades identificadas y ofrecer actuaciones de enfermería para cubrirlas por medio de cinco etapas en las cuales en cada paciente según su valoración tendrá una manera diferente de ejecutar el proceso de atención.” (30)



El Ministerio de Salud y Protección Social de igual forma desarrolló un “modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud”. en el cual presenta sus objetivos y el cómo ejecutarlos; Desde la Percepción Social del Riesgo, el presente modelo pretende, a partir de la implementación de acciones frente al Riesgo, promover actitudes hacia el riesgo en las personas, que modifiquen la percepción del riesgo. Un factor fundamental desde la perspectiva de la gestión del riesgo es procurar que los usuarios de servicios, según la Ley 100, y quienes toman decisiones frente al riesgo estén informados y logren una adecuada percepción de (los) riesgo(s) específicos en salud asociados a la presentación del evento emergente, para que puedan asumir y tomar decisiones y cursos de acción de manera autónoma y corresponsable. Es preciso aclarar que, si bien la gestión del riesgo orienta el Modelo, para lograr la integralidad de las intervenciones es necesario incluir

acciones de promoción articuladas en red e integradas a las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación para que permitan desarrollar en contexto, planes, programas, proyectos, actividades y tareas en cada comunidad.

Riesgos para la salud mental derivados del Evento Emergente:

1. Riesgo de mortalidad representado por el riesgo de suicidio.
2. Riesgo de discapacidad asociada.
3. Riesgo de conducta desadaptativa (Violencia, Delincuencia, Fracaso Laboral y Escolar entre otros).
4. Riesgo de morbilidad asociada, representada por el consumo de alcohol.
5. Riesgo de secuelas emocionales derivadas de eventos vitales.
6. Riesgo de problemas de salud física.
7. Riesgos derivados del comportamiento y la interacción ciudadana.

La Gestión de riesgo para atención en salud, exige unos procesos mínimos, que el presente modelo pretende desarrollar mediante acciones (dirigidas a la persona afectada y a la comunidad) organizadas desde el sector salud y articulada a los diferentes sectores y la comunidad, acorde al contexto específico donde se implemente. Los procesos que adopta el presente modelo son los siguientes:

1. Análisis y Tipificación del Riesgo: Evalúa y clasifica riesgos asociados al evento, evaluando los factores determinantes y los riesgos derivados de su presentación, para determinar el nivel de riesgo y orientar las acciones a desarrollar. Se realiza tanto a la persona afectada como a la comunidad y estará a cargo de los servicios de salud y las direcciones y secretarías locales de salud, respectivamente.
2. Reconocimiento, apropiación y comunicación del riesgo: Permite organizar las prioridades de intervención desde la gestión de riesgo, para lo cual debe contar con la participación del usuario o la comunidad y debe tener en cuenta los recursos disponibles y la capacidad de respuesta a las necesidades específicas.
3. Identificación, Atención y Control del riesgo: Facilita la identificación en contexto tanto de personas en riesgo, como de factores determinantes sociales para la presentación del evento emergente. Una vez detectadas las personas en riesgo, orientar la atención y control de este tanto a nivel individual como comunitario.

4. Administración del riesgo: Involucra la implementación, integración y articulación de las acciones y estrategias de gestión de riesgo para la atención en salud del evento emergente. Además de los procesos descritos incluye, la implementación, evaluación, seguimiento y retroalimentación (a modo de nuevo ciclo) del modelo de gestión de riesgo.

5. Monitoreo y Seguimiento del Riesgo: supervisa la evolución de las acciones implementadas, tanto a la persona afectada, como en la comunidad, de manera regular; busca evaluar el proceso mismo durante su implementación para instaurar correctivos en caso necesario. Se desarrolla mediante los llamados controles de gestión, que el contexto de salud podemos mencionar entre otros: Indicadores, evaluaciones de control, informes, juntas médicas, entre otros.

6. Modificación de condiciones de riesgo: Se alcanza mediante la implementación de acciones específicas, que alrededor de la persona afectada organizan la atención en salud desde la gestión de riesgo, con su participación en el proceso; y en la comunidad promueven el reconocimiento e intervención de los factores determinantes de la presentación del evento emergente en su contexto.

7. Agenciamiento y Abogacía del Riesgo: Hace referencia a las intervenciones sociales, culturales y normativas, que en cada contexto legitiman las diferentes estrategias desarrolladas para, la atención en Salud, la salud Mental y el Bienestar de la comunidad, desde la gestión de riesgo y buscan fortalecer la integralidad de las intervenciones para el evento emergente.

8. Aprestamiento para la gestión del riesgo: abarca las estrategias de preparación para la implementación de acciones en el marco de la gestión de riesgo. El modelo contempla entre otras estrategias de sensibilización, información y educación; así como la evaluación y retroalimentación del modelo, esta última aporta insumos que se articulan a las primeras a modo de nuevo ciclo, en un proceso continuo a partir de la implementación. (30)

Los pacientes con problemas psicológicos.

De igual manera hay muchos estudios y protocolos diseñados para la atención de personas con problemas de salud mental entre estos tenemos "La atención y manejo primario del paciente psiquiátrico en el ámbito intra y extra hospitalario" por parte de la universidad del CES en el cual partiendo desde el hecho de que son muchos los factores que pueden evidenciar dolencia o trastorno mental; reconociendo si su origen es de carácter orgánico, se puede vislumbrar si su afectación se encuentra en estructuras anatómicas, trastornos endocrinos, neurofisiológicos, genéticos, o de origen exógeno, como el consumo de sustancias psicoactivas o trauma. Se entiende propiamente el trastorno mental como una perturbación psíquica, psicología, comportamental, alteraciones de memoria, dificultad para pensar con claridad, conducta agresiva, alucinaciones auditivas,

visuales y de percepción; en consecuencia, la atención del paciente psiquiátrico por parte del personal de urgencias tanto intrahospitalario como extrahospitalario representa un reto importante en la interpretación de signos, síntomas, el cuidado y vigilancia por su variedad de causas y reacciones insospechadas por parte del paciente que está sufriendo de un trastorno mental. En el ámbito pre hospitalario el personal de salud entiende la necesidad que existe en la desorientación o el camino a tomar al recibir el llamado de un paciente con patologías psiquiátricas y que los familiares o los mismos pacientes buscan en un profesional de la salud una ayuda, un apoyo a lo que los aqueja frente a su enfermedad, a lo cual se propone un manejo global de lo que se haría al momento de recibir un paciente psiquiátrico y tener una ruta establecida en cuanto a su atención basando esta revisión sistemática en material objetivo y claro por medio de extracción de información en bases literarias en las cuales se haya evidenciado manejos prácticos y funcionales ante patológicas comunes como la esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión entre otros. En primera medida es importante que el personal que intervenga en la atención de pacientes con estas patologías tenga una adecuada capacitación en el reconocimiento de posibles peligros y manejo de las diferentes manifestaciones. Sumado a esto se debe iniciar entablando una conversación con el paciente, recabando información en un ambiente tranquilo y donde el paciente no se sienta agredido, ya que se puede indagar con mayor facilidad sobre los signos y síntomas que presenta, diferenciando los normales de los patológicos, además asegurar el bienestar tanto del paciente como el del personal a cargo. Posterior a lo anteriormente mencionado se debe, como lo menciona el artículo de "The Management of Psychiatric Emergencies, Medicine" pasar al uso de medicación ante los pacientes con crisis de ansiedad, ya que los mismos generan un escenario poco seguro de atención tanto para el personal sanitario como para el mismo, esta práctica es claramente apoyada por un estudio realizado en base a medicamentos de uso psiquiátrico, esta práctica establece que como primera medida terapéutica para el manejo del paciente psiquiátrico se use medicamentos antipsicóticos o de sedación, dentro de los cuales tienen mayor uso el Haloperidol, Risperidona, Lorazepam, entre otros claro está, vigilando al paciente que no presente una reacción ante el uso de estos medicamentos psiquiátricos.(31)

Otra de estas investigaciones fue hecha por la universidad central del Ecuador en la cual esta nos habla sobre "Manejo prehospitalario de las emergencias psiquiátricas" y esta habla del cómo dar un manejo; Existen tres principios fundamentales para una buena atención a los pacientes con alteraciones afectivas y de conducta: Seguridad: Aborde esas situaciones con extrema cautela y manténgase alerta a las amenazas potenciales en todo el encuentro. Considerar primero posibles patologías previas (reversibles o externas). Descartar lesiones y causas reversibles antes de asumir que el paciente sufre un trastorno psiquiátrico. Usar técnicas "estándar" de intervención de crisis. Precauciones frente a una escena que se transforma en peligrosa:

No estar allí. No ingresar a la escena hasta que las autoridades consideren la escena segura. Retirarse. Si se encuentra ingresando a la escena y se presenta una amenaza, retírese de forma discreta abandonando el lugar y dando aviso al personal adecuado.

Distraer. Si se encuentra en la escena y la situación se vuelve peligrosa, utilice sus habilidades verbales para disuadir, reduciendo la tensión y el riesgo de agresión (mientras se prepara para abandonar el lugar).

Defenderse. Recordar, el objetivo es liberarse y huir. No quedarse luchando, siendo este el último recurso para escapar, centrando los esfuerzos en liberarse y huir.

INTERVENCIÓN; Presentación: Realizar el acercamiento al paciente (manteniendo una distancia segura de escape) preguntando si desea hablar de lo que está sintiendo. El ideal no es que el paciente diga "no". De darse el caso se comenzará a hacerle notar la situación en la que se encuentra, incentivando que el paciente se exprese. Antecedentes: Preguntar qué fue lo que sucedió y qué relación respecto a lo que acaba de pasar. Esto ayuda a brindar una imagen interna de lo que pasa con el paciente.

Pensamientos: Pedir que describa sus pensamientos sobre lo sucedido. Esto permite marcar un punto de inicio o desencadenante de la situación.

Emociones: Prestar atención a estados de agitación psicomotora y cambios en el humor. Identificar si el estado aumenta su intensidad o si esta disminuye, en caso de disminuir, siga como lo está haciendo, en caso de intensificarse, distraer con otra una pregunta fuera del tema con el fin de disminuir el estado emocional, cuando se logre, siga con el tema intensificador de la emoción.

Evaluación: investigar sobre los signos y síntomas físicos y psicológicos. Determinar si hay alguna alteración que pueda comprometer su salud física y mental. En este punto se denota el éxito de la comunicación o por si, por el contrario, se deberá pensar en el uso de contención mecánica o farmacológica.

Reconocimiento: Contarle al paciente sobre la situación en la que se encuentra. Buscando que se percate de posibles amenazas. Acercamiento total: Si el paciente así lo indica que, si se puede acercarse a éste, se procederá a realizar una inspección completa, indagando por las alteraciones que podrían generar trastornos de la conducta.

RECOMENDACIONES; No realizar críticas ni juzgar, esto puede desencadenar una reacción violenta por parte del paciente, en especial con trastornos de personalidad. Realizar una escucha activa con el paciente, brindando la sensación de que se le presta atención. Dirigir la conversación, buscando que no sea demasiado extensa. No discutir ideas del paciente, a menos que estas afecten la integridad del personal sanitario de terceros. Procurar no sobresaltar, o al menos, que no se note en el comportamiento, tono de voz. No fijar la mirada y no dar la espalda. No se puede catalogar un trastorno de la conducta como un problema psiquiátrico funcional sin investigar causas orgánicas. Observar al paciente, su movimiento, emociones, lenguaje, memoria y cognición. Siempre

estar alerta con el paciente. Indagar la escena evaluando potenciales armas de agresión por parte del paciente. Observar la escena en búsqueda de objetos que puedan brindar posibles impresiones diagnósticas, tales como empaques de fármacos, botellas de alcohol... entre otras. (32)

A nivel del departamento de Antioquia el incremento de los problemas de salud mental se vio altamente afectado luego de la pandemia. En 2021 una persona al día se quitó la vida en Antioquia. Aunque la Organización Mundial de la Salud alertó como consecuencia de la pandemia «un aumento a largo plazo del número y la severidad de los problemas de salud mental», el colapso de los servicios en julio de 2022 y el incremento de las cifras de atención en Antioquia son un signo de alerta de lo que ocurre en el departamento con estas enfermedades silenciosas y estigmatizadas. Los problemas mentales más comunes han sido

El trastorno afectivo bipolar y las esquizofrenias son las enfermedades mentales más frecuentes en los servicios de urgencias y hospitalización de Antioquia, mientras que la depresión y los trastornos de ansiedad han sido las causas más comunes de consulta externa durante 2021 y lo que va de 2022, según la Secretaría de Salud departamental. Previo a la pandemia —2019—, se realizaron 64 192 consultas entre urgencias, psiquiatría, psicología, neuropsicología y telemedicina por diversas enfermedades en el Hospital Mental de Antioquia —Homo—. Para el 2020, las consultas llegaron a 68 570, mientras que en el 2021 —año en que se levantaron la mayoría de las restricciones por covid-19—, esta cifra ascendió a 76 694. A julio de 2022 se habían alcanzado las 38 368 consultas, lo que muestra que muy probablemente superará el tope pasado. Aunque en 2021 la población más atendida en Antioquia fue entre los 61 y 65 años, los más afectados por las esquizofrenias fueron los hombres entre los 18 y los 25 años. El trastorno bipolar impacta en porcentajes similares a hombres y mujeres y su etapa inicial es entre los 24 y 25 años. Quienes más consultan por síntomas asociados a depresión y ansiedad fueron las mujeres entre los 25 y 30 años. Aunque el COVID no se ha ido, últimamente ha tenido más efectos sobre la salud mental que la física por el encierro, los duelos o las pérdidas económicas. Algunos servicios de salud pasaron a segundo plano, lo que impidió que los pacientes realizaran bien su tratamiento. Otro factor fue la época de vacaciones, que para los colombianos representó un aumento del consumo de alcohol y sustancias alucinógenas. Además, para el caso de Antioquia, por genética, somos una población propensa a sufrir enfermedades mentales como el trastorno afectivo bipolar. (33)

Los trastornos psicológicos también juegan un papel importante al momento de atender a pacientes en un ambiente prehospitalario, según la página “Psicoterapeutas.com” los trastornos psicológicos se pueden ver como enfermedad mental o como problema de conducta: Cuando los psicólogos cognitivos conductuales hablamos de conducta: incluimos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones, que tienen leyes especiales de condicionamiento, que están recogidas en la teoría de los marcos relacionales. Indudablemente los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones influyen en nuestro estado y en nuestra felicidad.

Hay diferentes causas de estos trastornos entre estos están los de Enfermedad orgánica: La enfermedad del cerebro existe, sería cuando es atacado por virus, tumores, etc. o cuando por alguna causa física no funciona bien. Estamos hablando de trastornos orgánicos y de algunas enfermedades que se suponen de origen físico, como la psicosis o el trastorno bipolar; aunque no se conocen los procesos que las provocan. En esos casos, la labor del psicólogo viene apoyada por la medicación y una labor fundamental es conseguir que el paciente cumpla las prescripciones de su médico. El objetivo del psicólogo es, de nuevo, conseguir una mejor calidad de vida para estas personas. Las tareas que se suelen enfrentar con técnicas cognitivas, entrenamiento en habilidades sociales o de aceptación para ayudar al paciente a aceptar su enfermedad y tener una vida más plena.

Desequilibrio en los neurotransmisores: En otros casos hay discusión sobre si las causas son orgánicas o no, por ejemplo, la depresión. Se habla de que los neurotransmisores se desequilibran y que es la causa de sentirnos deprimidos y comportarnos como tales. El problema, según los biologicistas, es que tenemos una enfermedad mental, porque nuestro cerebro funciona mal. Podría ser, pero hay que tener en cuenta que los neurotransmisores están al servicio de la conducta y que cambian cuando cambiamos nuestra conducta: si nos enfadamos la adrenalina se dispara, si nos deprimimos los neurotransmisores se desequilibran. Hay una categoría diagnóstica, la depresión endógena, que separa la depresión reactiva a situaciones concretas de la que se supone que se debe a causas físicas. Esta categoría está ya en desuso porque realmente se ha empleado cuando el profesional no ha encontrado una causa a la que atribuir la depresión.

Problemas derivados de la conducta: Los problemas de conducta producen sufrimiento y trastornos psicológicos y son el campo de los psicólogos. Si nos comportamos inadecuadamente. Por ejemplo, queriendo ser perfectos o negándose a sufrir, nos produciremos problemas psicológicos. Es preciso conocer las leyes que rigen nuestros pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones para no comportarnos de forma que nos hagamos daño a nosotros mismos.

Origen de los problemas psicológicos: Otra de las causas de sufrimiento psicológico que puede dar lugar a trastornos son las relaciones humanas. Las relaciones de pareja son una fuente fundamental de felicidad, pero también de sufrimiento cuando no van como nos gustaría. Lo mismo pasa con las amistades y también en las relaciones laborales. En nuestras formas de enfrentar nuestros problemas actuales podemos emplear esquemas de comportamiento aprendidos en la infancia que no son adecuados y que siendo adultos podríamos cambiarlos. Sin embargo, no lo hacemos porque los hemos automatizado y ni siquiera somos conscientes de que existan otras alternativas. Por ejemplo, nos comportamos con personas que nos hacen daño como lo hacíamos cuando éramos pequeños y no podíamos más que someternos a ellas; pero ahora podríamos comportarnos de otra forma sin correr los mismos riesgos que los que correríamos en nuestra infancia. (34)

La página "Access Medicine" nos presenta un artículo en el cual nos da unos estándares de cómo identificar un trastorno.

El diagnóstico es el proceso de identificar una enfermedad por sus signos y síntomas, pero también es la decisión a la que se llega en este proceso. En general, hay dos modelos diferentes que permiten hacer el diagnóstico de cualquier enfermedad, a saber:

- Sintomático: se diagnostica la enfermedad con base en los síntomas.
- Etiológico: se hace el diagnóstico basado en la causa de la enfermedad.

Llegar a un diagnóstico etiológico sólo es posible en aquellas condiciones en que se establece de manera inequívoca la relación entre una causa y un efecto, como ocurre con las enfermedades infecciosas o las cromosómicas, por citar dos ejemplos. En el caso de los trastornos mentales, sólo en algunos casos es posible establecer esa relación. Así, por ejemplo, eso es factible en los pacientes con trastorno por estrés postraumático o en el deterioro cognitivo grave por HIV o debido a enfermedad de Alzheimer. De modo que la mayor parte del diagnóstico de los trastornos mentales se realiza con base en los síntomas que el paciente presenta, ya que se acepta que la etiología de los trastornos mentales es "biopsicosocial", por lo que están involucrados factores biológicos, psicológicos y sociales: genes y ambiente. (35)

Los signos y síntomas de la enfermedad mental pueden variar según el trastorno, las circunstancias y otros factores. Los síntomas de la enfermedad mental pueden afectar las emociones, los pensamientos y las conductas. Los signos y síntomas de alarma de una enfermedad mental descompensada pueden tardar en identificarse y este retraso es causa de empeoramiento progresivo. Esta situación se agrava especialmente cuando la persona rechaza cualquier tipo de ayuda. Suele ser el entorno cercano de la persona el primero en detectar las señales de alarma, pero en ocasiones tienen dudas sobre el significado de esas señales y no saben cómo afrontarlas y cómo pedir ayuda. Cualquier señal de alarma debe generar una actitud de especial atención y en ocasiones de intervención activa. En otras situaciones de agitación, será necesario recibir del entorno próximo la máxima y adecuada información para solicitar ayuda sanitaria o de otra índole. En el caso de una persona que padece una sordera, la agitación puede deberse a su intención de comunicarse y la imposibilidad de dicha comunicación. Por ello debe contemplarse esta posibilidad y facilitar formación a los profesionales que puedan intervenir en estas situaciones de urgencia. (36)

Algunos ejemplos de los signos y síntomas son los siguientes:

- Sentimientos de tristeza o desánimo.
- Pensamientos confusos o capacidad reducida de concentración.
- Preocupaciones o miedos excesivos o sentimientos intensos de culpa.

- Altibajos y cambios radicales de humor.
- Alejamiento de las amistades y de las actividades.
- Cansancio importante, baja energía y problemas de sueño.
- Desconexión de la realidad (delirio), paranoia o alucinaciones.
- Incapacidad para afrontar los problemas o el estrés de la vida diaria.
- Problemas para comprender y relacionar las situaciones y las personas.
- Problemas con el uso de alcohol o drogas.
- Cambios importantes en los hábitos alimentarios.
- Cambios en el deseo sexual.
- Exceso de enojo, hostilidad o violencia.
- Pensamiento suicida. (37)

En caso de traslado se deberán tomar en cuenta si:

El traslado en contra de la voluntad de una persona con agitación psicomotriz lo decide el médico/a responsable de la valoración de esta.

El médico/a, como responsable sanitario, en el supuesto de precisar contención física, puede recabar directamente el auxilio del cuerpo policial competente por demarcación territorial, sin requerir ninguna actuación judicial.

Siempre y cuando el paciente sea ingresado de manera involuntaria, deberá cumplirse la legislación vigente mediante la comunicación al Juzgado correspondiente por parte del centro donde quedó ingresado, en las primeras 24 horas.

Cuando el paciente esté a disposición del sistema judicial, el traslado e ingreso del mismo se realizará de acuerdo con las instrucciones dictadas por el propio ámbito.

En caso de que el paciente esté bajo protección sustitutiva de la autoridad familiar por ser menor en desamparo, prevalecerá la normativa de protección a la infancia en caso de ingreso involuntario, siendo precisa la consulta al sistema de protección a la infancia para garantizar la continuidad de cuidados. Del mismo modo, si se conociera que se trata de adultos sujetos a medidas de protección por la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos (CTDJA), se comunicará

inmediatamente el hecho a los equipos de Tutelas de la Dirección Provincial del IASS correspondiente. (36)

Como bien sabemos algunos trastornos se pueden dar por el consumo de sustancias psicoactivas y estos se ven principalmente en edades.

Los pacientes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.

Según un estudio realizado por la consejería de sanidad de la junta de comunidades de Castilla-La nos cuenta que, en la mayoría de los casos, se analizaron desde una perspectiva de consumo y percepción referida a población general y sólo en algunos se presentaron porcentajes por grupos de edad. Las diferencias encontradas y la indiscutible relevancia de esta variable en los patrones de consumo animaron a realizar un estudio más detallado en el que la diferencia de edad no fuera una variable más, sino, un punto de partida en una segunda revisión de los resultados de la encuesta.

Se consideró que existen aspectos propios de ambos colectivos que justifican un estudio más detallado de cada uno de ellos y para analizarlo se dividió la muestra en dos grupos: el grupo joven, que reúne a los entrevistados que tiene entre 15 y 29 años y el grupo adulto o de los encuestados de 30 a 64 años. Tres aspectos nos parecen relevantes y justifican su estudio: El primero tiene que ver con el porcentaje de población que supone cada uno de los grupos en el total de Castilla-La Mancha. El grupo de 30 a 64 de 749.297 hombres y mujeres supone el 67.45% de la población de 15 a 64 años (el 43.74 % de la población total), se trata por lo tanto de un tramo de población bastante amplio, razón que por sí sola justifica la importancia de conocer las características de este grupo.

El de jóvenes, 383.160 en términos absolutos, aunque supone un porcentaje menor, el 32.54% (el 21,10% de la población total), sin embargo, es en el que se encuentran el mayor número de consumidores de prácticamente todas las sustancias. Por ello la muestra se hizo expresamente mayor para este grupo (38); no solamente eso, también podemos evidenciar por otro estudio realizado por la universidad CES que nos demuestra las Sustancias más utilizadas por los pacientes al momento de ser atendidos en un traslado; “durante el transcurso de la investigación se observó que hay una cantidad considerable de personas que utilizan a menudo diferentes sustancias que se consideran tóxicas y que además generan daño al interior del cuerpo. Para este fin se utilizaron 5 categorías: alucinógenos con 15 paciente, plaguicidas con 3 pacientes, alcohol con un total de 18 pacientes, medicamentos con 5 pacientes, y cáusticos con 9 pacientes, evidenciando que el alcohol ha sido la mayor causa de intoxicación encontrada en este estudio” (39).

Hay una gran variedad de tipos de sustancias psicoactivas, entre las cuáles encontramos a los colinérgicos, organofosforados, opioides, hipnóticos, entre

otros; por ende, el entender los síntomas para identificar cada una de las familias de las sustancias psicoactivas es importante al momento de atender estos pacientes:

“**Olor** A pesar de que la percepción del olor es algo que puede entrar en el campo de la subjetividad existen algunos olores que clásicamente se han asociado a algunas sustancias como lo son:

- Ajo: organofosforados.
- Gasolina: hidrocarburos.
- Peras: hidrato de cloral.
- Frutas: cetosis por isopropranolol
- Zanahoria: intoxicación por cicuta
- Almendras amargas: cianuro
- Huevos podridos: sulfuro de hidrogeno.

Piel. La evaluación minuciosa de la piel brinda herramientas para orientar frente a una causa tóxica en el paciente. Es necesario evaluar la presencia de sudoración, el color y la temperatura. Se debe verificar que no existan parches de medicamentos o emplastos que puedan ser los causantes de la intoxicación. Dentro de los hallazgos que se pueden encontrar se tienen:

- Coloración azul: metahemoglobinemia.
- Coloración roja o rosada: cianuro, monóxido de carbono, síndrome anticolinérgico, ácido bórico, niacina, o intoxicación escombroide (por pescados y mariscos).
- Bulas o ampollas: fenobarbital, salicilatos, accidente ofídico o picadura araña loxocelos.
- Seca: toxidrome anticolinérgico.
- Diaforesis: toxidrome colinérgico, accidente por escorpiones.

Pupilas. La evaluación del tamaño de la pupila y su reactividad, ayudan al enfoque, en el diagnóstico del paciente intoxicado. Los hallazgos clásicos corresponden a miosis o midriasis siendo sustancias causantes de dichas alteraciones, las siguientes:

- Miosis: organofosforados, carbamatos, opioides, clonidina, captopril, sedantes (barbitúricos, etanol, benzodiazepinas), hongos, fenoxiherbicidas, amitraz.
- Midriasis: cocaína, anfetaminas, nicotina, LSD, neonicotinoides, atropina, escopolamina, xantinas, sustancias anticolinérgicas, síndrome serotoninérgico.

Boca y nariz.

- Sialorrea: organofosforados o carbamatos, accidente por escorpiones.
- Úlceras orales: cáusticos.
- Xerostomía: anticolinérgicos, anfetaminas y metanfetaminas.
- Residuos de polvo en la nariz: sospechar sustancias de abuso como cocaína o heroína si es blanco, heroína si es café o ketamina si es rosado. Peristaltismo Se considera normal entre 12 y 30 ruidos peristálticos por minuto. Las alteraciones en el peristaltismo pueden asociarse a:
 - Disminución: toxidrome opioide, anticolinérgico y sedante hipnótico.
 - Aumento: toxidrome colinérgico y serotoninérgico, abstinencia a opioides. Examen neurológico Identificar la necesidad de protección de la vía aérea, especialmente si se va a realizar descontaminación gastrointestinal. Las manifestaciones más comunes son:
 - Depresión neurológica: sedantes, plaguicidas, anticonvulsivantes, opioides.
 - Agitación: anticolinérgicos, adrenérgicos, serotoninérgicos, delirium tremens.
 - Convulsiones: delirium tremens, organoclorados, plaguicidas, simpaticomiméticos.
 - Temblor: delirium tremens, litio, cafeína, teofilina, o anticonvulsivantes.
 - Rigidez muscular: estricnina, síndrome neuroléptico maligno.
 - Debilidad muscular: botulismo, accidente ofídico eláidico, síndrome intermedio.
 - Fasciculaciones: sustancias colinérgicas. Cuando se realiza una correlación adecuada de las manifestaciones clínicas evidenciadas en el paciente tras la evaluación clínica, se puede llegar a la conclusión de un diagnóstico sindromático que brinda la posibilidad de una mejor aproximación diagnóstica". (40)

Pacientes agresivos.

Existen múltiples factores al momento de atender pacientes que pueden generar disconformidad o irritabilidad en el mismo al momento de la atención contra el personal sanitario, entre estas encontramos; múltiples factores que originan esta clase de violencia. Éstos se pueden clasificar en tres grandes grupos: el primero sería los que dependen del propio paciente, el segundo los que dependen del profesional y el tercero los que dependen del entorno.

- Factores derivados del paciente.

1. Patología que presenta:

- Puede ser una enfermedad complicada por su gravedad o por otros problemas añadidos: SIDA, cáncer, afectación emocional, intensa y/o pérdida de autonomía del paciente.
- Síntomas confusos difíciles de catalogar o difíciles de expresar por el paciente, bien sea por miedo a un padecimiento grave o por miedo a tratamientos agresivos o simplemente por miedo a no saber expresarse.
- Problema mental no identificado o mal manejado.

2. Personalidad del paciente:

- Habitualmente no la podremos cambiar, deberemos aceptarla.
- Alteraciones psicológicas transitorias o permanentes que pueden complicar el trato e incluso molestar al profesional.
- Características físicas (higiene, vestido, etc.).
- Barreras comunicacionales o socioculturales.
- Opiniones o creencias contrapuestas con las nuestras.

3. Circunstancias en que se desenvuelve el paciente:

- Situación socioeconómica deficiente que impide el cumplimiento de opciones terapéuticas.
- Nivel cultural y profesional elevado.
- Entorno íntimo, social y/o familiar problemático.
- Experiencias previas negativas con el sistema sanitario. (41)

Se ha hablado demasiado de las principales problemáticas que pueden desencadenar el comportamiento agresivo de un paciente; pero es momento de hablar y profundizar más a fondo comentando qué es un paciente agresivo, un estudio en la Universidad Pública de Navarra nos lo define cómo; "La conducta conflictiva es el resultado de la interacción entre factores individuales y situacionales donde el agente causal es el individuo. La conducta típicamente

agresividad se intensifica en 3 etapas: ansiedad, agresión verbal y agresión física. La etapa determina el nivel de intervención del profesional de enfermería. La reacción del paciente en forma de agresividad y hostilidad sigue un patrón determinado que se conoce como la curva de la hostilidad. Esta curva tiene forma de "U" invertida. Para un adecuado manejo se deben conocer las fases de dicha curva, identificando los momentos en los que es más útil intervenir para conseguir que el paciente vuelva a un estado emocional normal." (41).

Ahora si se relaciona muchísimo más estas problemáticas aquí en la ciudad de Medellín encontraremos que las principales causas a generar que los pacientes se tornan agresivos son por entornos externos cómo lo pueden ser; Factores relacionados con el profesional sanitario.

1. Personalidad y profesional:

- Alteraciones de la propia salud. Problemas familiares.
- Múltiples quehaceres que llevan a manifestar prisa.
- Temperamento o carácter difícil.
- Actitudes profesionales disfuncionales.
- Barreras comunicacionales o socioculturales.

2. Circunstancias en las que se desenvuelve:

- Estrés e insatisfacción laboral.
 - Experiencias negativas en relación con pacientes.
 - Discontinuidad de la atención.
 - Dificultad en el abordaje de contenidos psicosociales.
 - Falta de actitud positiva hacia la salud mental.
- Factores relacionados con el entorno.

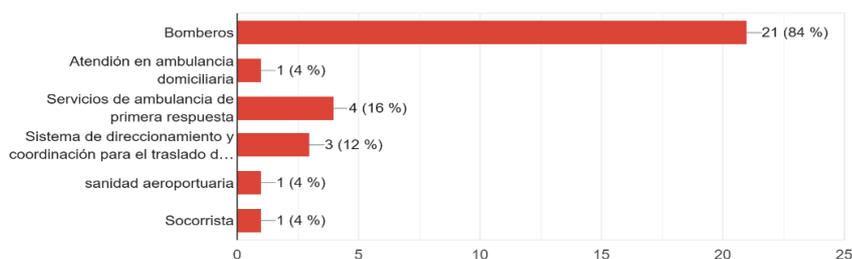
1. Características físicas y organizativas del centro:

- Áreas de recepción y circuitos inapropiados, no centrados en el usuario.
- Tiempos excesivos de espera.
- Interrupciones frecuentes en la consulta.
- Fallos reiterados en cuestiones burocráticas.
- Problemas en la socio demografía de la comunidad atendida. (41)

Actualmente no hay estudios que respalden la utilización de medicamentos hacia pacientes agresivos en forma de protocolo que se torne directamente hacia este tipo de población, no hay un listado de control de los mismo ni mucho menos unas bases científicas; lo que se conoce acerca de los medicamentos que se usan en el día a día para controlar este tipo de pacientes en el área intrahospitalaria se da por experiencia del personal del área de la salud.

3. ANALISIS DE RESULTADOS.

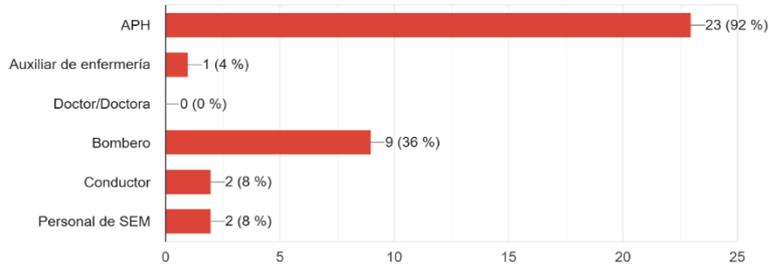
¿A qué organismo de socorro perteneces?
25 respuestas



Según lo que se puede observar el 84% de los encuestados pertenecen a los cuerpos de bomberos siendo este la incidencia más alta seguido por el 16% el cual pertenece a servicios de ambulancia de primera respuesta. En base a esto la mayoría del personal encuestado labora en cuerpos de bomberos del área metropolitana.

¿Que papel cumples en esta institución?

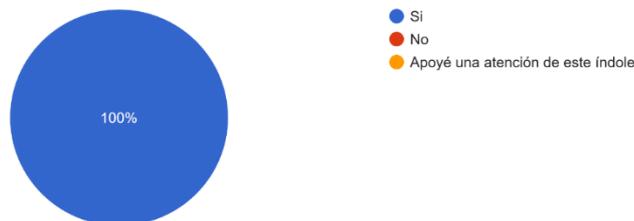
25 respuestas



Según los resultados de la encuesta el 92% de las personas encuestadas trabajan en las instituciones como personal de APH y el 36% pertenece a personal bombero. Se debe tener en cuenta que en la entidad en la que está la persona puede desarrollar más de un papel perteneciendo a personal bombero y así también ser APH, auxiliar de enfermería o ser personal de SEM.

¿En alguna atención a pacientes que hayas realizado, has atendido a un paciente que se tornara de naturaleza agresiva?

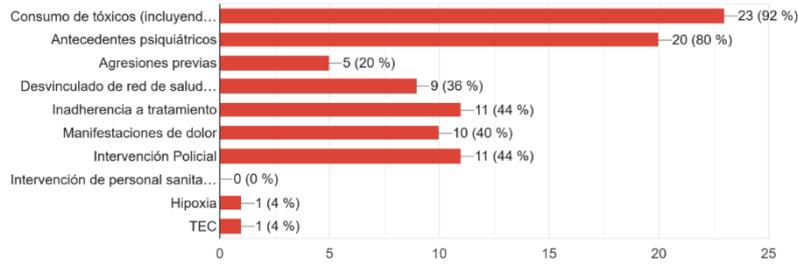
25 respuestas



El 100% de las personas encuestadas en alguna atención que ha realizado el paciente se ha tornado de naturaleza violenta, mediante esto podemos deducir que todo personal de primera respuesta está expuesto a encontrar pacientes agresivos o que se tornan a naturaleza violenta.

¿Cuáles son las razones que afectaron en el juicio de los pacientes?

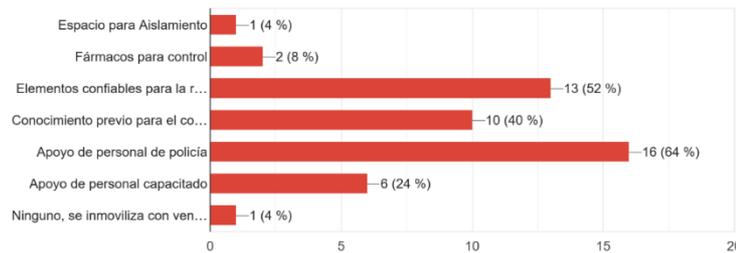
25 respuestas



Se observa que la principal causa que afectó el juicio de los pacientes con un 92% se dio por el consumo de tóxicos seguido por un 80% por antecedentes psiquiátricos, un 44% por adherencia a tratamiento y por intervención policial, un 40% por manifestaciones de dolor, con menos incidencia con un 36%, 20% y 4% por otras causas y se observa que el personal sanitario entre las personas encuestadas no ha sido una causa desencadenante.

¿Con qué recursos contabas para el manejo de este tipo de pacientes?

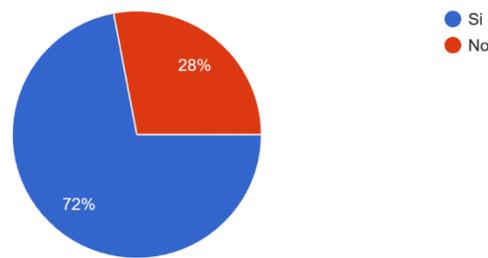
25 respuestas



El apoyo de la policial es crucial para la atención de estos paciente y a pesar de que el 64% de las personas encuestadas contaban con este recurso se tuvieron que apoyar en otro recursos como elementos confiables para la restricción física del movimiento con un 52%, el 40% tenían conocimientos previos para el control de pacientes agresivos, espacio para Aislamiento con un 4%, Fármacos para control con un 8% se puede evidenciar la gran necesidad de que en todos los casos se tenga apoyo de policía y el hecho de que se debería implementar de manera adecuada el uso farmacológico ya que es un gran recurso pero al momento poco asequible.

¿Tuviste apoyo de la sección de policía para atender este caso?

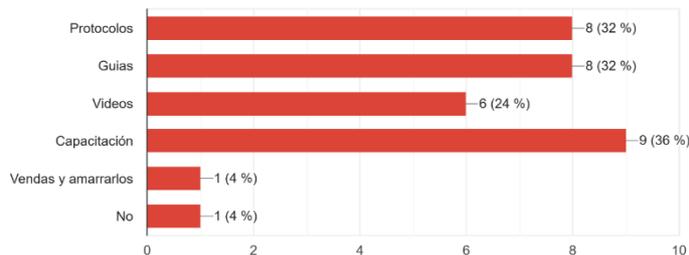
25 respuestas



Se evidencia en un 72% el apoyo de la policía para los casos atendidos por el personal encuestado y con una deficiencia de este con un 28%. Lo cuál es un porcentaje bastante amplio debido a que atender pacientes agresivos sin compañía de personal policial es un incremento en los riesgos hacia el equipo de respuesta.

¿Conoces algún tipo de material para el manejo de estos pacientes?

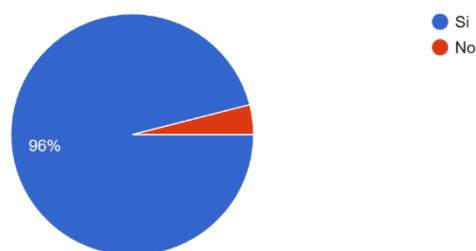
25 respuestas



Se observa que el 36% de las personas encuestadas estaban capacitadas para la atención de estos pacientes mientras que un 32% realizaron la atención por medio de guías o protocolos ya estudiados en 24% se capacitación por medio de videos, y solo el 4% no tenía ningún conocimiento previo o material para el manejo del paciente agresivo.

Consideras la necesidad de un protocolo para el manejo de este tipo de pacientes?

25 respuestas



El 96% de los encuestados creen que es necesario un protocolo para el manejo adecuado del paciente agresivo evidenciándose la gran necesidad de una guía establecida para el manejo de estos pacientes por parte del personal de primera respuesta. Toda esta pregunta se justifica por parte de los encuestados en la siguiente tabla:

	Respuesta
Colaborador 1	Considero necesario un protocolo generalizado para atención de pacientes de este tipo desde el área prehospitalaria sin recursos suficientes como lo son espacios adecuados o medicamentos
Colaborador 2	Los protocolos de respuesta nos guían cuando abandonar la escena en situaciones peligrosas cuidando la integridad de la tripulación, sin ellos sería difícil justificar el abandono de la escena o la inmovilización en contra de la voluntad del paciente.
	Es necesario
Colaborador 3	Para brindar una mejor atención a estos casos
Colaborador 4	
Colaborador 5	Nunca estamos capacitados para este tipo de situaciones y siempre nos exponemos ante combativos y nunca se cuenta con apoyo de PONAL
Colaborador 6	No tenemos una estandarización en estos temas
Colaborador 7	
Colaborador 8	
Colaborador 9	
Colaborador 10	
Colaborador 11	Capacitar, conocer y verificar las posibles causas, dar herramientas al personal de salud, informar a la familia y equipar los vehículos de primera respuesta para estar preparados ante estos casos.
Colaborador 12	Mas que un protocolo es importante el apoyo por ley
Colaborador 13	

Colaborador 14	
Colaborador 15	
Colaborador 16	Ampliar conocimientos y destrezas
Colaborador 17	
Colaborador 18	El buen conocimiento a tratar este tipo de escenas me permite el éxito de una buena atención, sin errores que pueden poner la vida del paciente y la mía misma.
Colaborador 19	Necesario para poder realizar una contención física sin ser abusivo o considerado violencia
Colaborador 20	
Colaborador 21	
Colaborador 22	Se debe tener un protocolo para cagada procedimiento que se realice en el área de la salud
Colaborador 23	No hay un estándar o protocolo en el momento que se realizan este tipo de pacientes, adicionalmente no se cuenta con el apoyo ni los recursos como medicamentos por ejemplo
Colaborador 24	Es importante para seguir con más seguridad al momento de abordarlo
Colaborador 25	

4 DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 ALCANCE DEL PROYECTO.

Este proyecto pretende Identificar la necesidad de una guía para manejar a pacientes agresivos en un entorno extrahospitalario. Basándose en la frecuencia de encuentros con pacientes agresivos y el impacto que estos encuentros tienen en el personal de primera respuesta y en otros pacientes y así poder dar a conocer la importancia del reconocimiento de estos pacientes para dar una adecuada atención.

Por lo cual el alcance de este proyecto como tal va a cumplir diversos objetivos. El objetivo principal de este proyecto es elaborar una guía de práctica para la atención de pacientes agresivos, violentos o con agitación psicomotriz en el entorno prehospitalario, basada en la evidencia científica y las recomendaciones de expertos. Se busca Identificar las causas, los factores de riesgo y los signos de alerta de la conducta agresiva en los pacientes, establecer los criterios de valoración, diagnóstico y clasificación de los pacientes agresivos según su nivel de riesgo y gravedad, definir las estrategias de prevención, intervención y manejo de los pacientes agresivos, tanto a nivel verbal, psicológico, farmacológico como mecánico y determinar las medidas de protección y seguridad para el personal sanitario, el propio paciente y el entorno. La realización de una encuesta por medio de google docs, con el objetivo de reconocer la incidencia con la que el personal de primera respuesta debe atender a pacientes agresivos y determinar cuáles son las principales dificultades a las que se enfrenta el personal de salud al atender a pacientes agresivos, Identificar el porcentaje aproximado de pacientes agresivos que presente un trastorno de salud mental o intoxicación por sustancias psicoactivas que se han atendido en el municipio de Medellín.

4.2 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio se desarrolla dentro de un enfoque de investigación cualitativo, ya que como dice Sampieri, “El enfoque cualitativo de la investigación se enfoca en la comprensión y descripción de fenómenos sociales complejos, y no en la medición de variables numéricas. El enfoque cualitativo se basa en la recolección de datos a través de técnicas como la observación, la entrevista y el análisis de documentos, y se enfoca en el análisis de datos no numéricos. Este enfoque se utiliza para explorar temas que no han sido estudiados previamente o para profundizar en temas que ya han sido investigados. El objetivo es obtener una comprensión profunda del fenómeno estudiado, y no generalizar los resultados a una población más amplia.”

4.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Según Sampieri este estudio es tipo descriptivo transversal, ya que él lo describe de esta forma: “Es un tipo de investigación en el cual se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia. Únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren” Por lo tanto el presente proyecto cumple con las características anteriormente seleccionadas ya que se puede describir el comportamiento de pacientes agresivos y/o agitación psicomotriz por antecedentes psicológicos o/y consumo de sustancias y el cómo debe actuar el personal de primera respuesta frente a estas situaciones.

4.4 POBLACIÓN.

La población que se utilizó para el presente proyecto son los equipos de primera respuesta en diversos organismos de socorro; entre los cuáles se encontró personal APH, auxiliares de enfermería, bomberos, conductores e integrantes del SEM dando un total de 25 respuestas.

Se eligió esta población ya que se considera que son los primeros respondedores en muchos casos de los pacientes que se tornan agresivos en una atención; muchas veces viéndose inmersos en un ambiente hostil y sin compañía de apoyo policial; llevándolos a posibles futuros indeseados de lesiones por parte de los pacientes agresivos; ya sea por consumo de sustancias psicoactivas o alguna enfermedad de salud mental; por ende es de vital importancia tener un conocimiento de el algoritmo para la atención de estos casos.

4.5 MUESTRA.

Dada la gran cantidad de organismos de socorro ubicados en Medellín y sus alrededores cercanos, la muestra debió ser aleatorizada de un total de 25 representantes de personal de primera respuesta de ambos géneros, lo que Sampieri define como muestra aleatoria simple: “Garantiza que todos los individuos que componen la población blanca tienen la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra. Esto significa que la probabilidad de selección de un sujeto a estudio “x” es independiente de la probabilidad que tienen el resto de los sujetos que integran forman parte de la población blanco.

4.6 INSTRUMENTO.

El instrumento que se utilizó para la presente investigación fue una encuesta realizada en google docs. La cual consta de 9 preguntas mixtas que comprende 1 pregunta abiertas y 8 cerradas, ya que se pretendía obtener datos estadísticos, cualidades y percepción a partir de sus diferentes opiniones para la recolección de información por medio su experiencia plasmada en la pregunta abierta y los casos más probables que ocurren de pacientes agresivos atendidos por el personal de primera respuesta. Para el instrumento, la encuesta no tuvo una base de precedente; en lugar de ello todas las preguntas fueron elaboradas y rectificadas por validación de terceros profesionales y tutores tanto metodológico como temático, antes de ser realizada, se usaron las siguientes preguntas, ver anexo.

4.7 PLAN DE TRABAJO.

Actividades.	Fecha de inicio de la actividad.	Fecha de culminación de la actividad.	Persona responsable.
Selección del tema	Semestre V, marzo de 2023	Semestre V, marzo de 2023	Estefanía Londoño Jiménez Ismael Montoya Durango
Construcción planteamiento o del problema, objetivos y justificación	Semestre V, abril de 2023	Semestre V, mayo de 2023	Estefanía Londoño Jiménez Ismael Montoya Durango
Diseño de estrategia de búsqueda	Semestre V, junio de 2023	Semestre V, Julio de 2023	Estefanía Londoño Jiménez Ismael Montoya Durango
Revisión sistemática de artículos	Semestre V, agosto de 2023	Semestre V, agosto de 2023	Estefanía Londoño Jiménez Ismael Montoya Durango
Clasificación de artículos encontrados	Semestre V, agosto de 2023	Semestre V, agosto de 2023	Estefanía Londoño Jiménez Ismael Montoya Durango
Análisis de artículos	Semestre VI, septiembre de 2023	Semestre VI, septiembre de 2023	Estefanía Londoño Jiménez Ismael Montoya Durango
Realización de encuesta	Semestre VI, septiembre de 2023	Semestre VI, octubre de 2023	Estefanía Londoño Jiménez Ismael Montoya Durango
Sustentación parcial del proyecto	Semestre VI, noviembre de 2023	Semestre VI, noviembre de 2023	Estefanía Londoño Jiménez Ismael Montoya Durango

4.8 PRESUPUESTO.

Fuente: Elaboración propia.

TÍTULO DEL PROYECTO	Protocolo para la atención en salud de pacientes agresivos con problemas y trastornos de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol.	
Tipo de Recurso	Fuente de Financiamiento	Total
Humano (Apoyo ingeniero en sistemas)	Propia	\$ 400.000
Asesor 1	Propia	\$ 480.000
Asesor 2	Propia	\$ 480.000
Encuestadores	Participación voluntaria	
Encuestados		
Fotocopias, impresiones	Propia	\$50.000
Internet	Propia	\$110.000
Computador	Propia	\$100.000
Dominio (aplicativo)	Propia	\$ 44.000
TRANSPORTE	Propia	\$100.000
IMPREVISTOS	Propia	\$300.000
POSTER	Propia	\$15.000
TOTAL	Propia	\$ 1'679.000

5. BIBLIOGRAFÍA.

1. Altemir M, Arteaga A. A protocol to prevent and deal with aggressive behaviour against health workers. *Enferm Clín (Engl Ed)* [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2445147918300018>
2. Páez F, Licon E, Fresán A, Apiquian R, Herrera-Estrella M, García-Anaya M, et al. ESTUDIO DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE AGRESIVIDAD EXPLÍCITA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS [Internet]. *Medigraphic.com*. 2002 [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam026c.pdf>
3. Fernández Osorio LV, Ayala Betancur S, Hernández Hidalgo JD, Giraldo Zapata JS, Carmona LM. Indicadores de depresión en personas con abuso de sustancias psicoactivas durante el confinamiento por Covid-19 en el año 2020. *Tecnológico de Antioquia, Institución Universitaria*; 2021. Disponible en: [Síntesis Indicadores depresion.pdf \(tdea.edu.co\)](#)
4. Repositorio Unac. [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/424/ Trabajo%20de%20grado%20%28rev%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. de Colombia M de S y. PS. MinSalud rechaza la violencia contra personal médico [Internet]. *Gov.co*. [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-rechaza-la-violencia-contrapersonal-medico.aspx>
6. Cabrera D. Pandemia y salud mental: estudio revela aumento de estas enfermedades en el país [Internet]. *RCN Radio*. 2022 [cited 2023 Mar 18]. Disponible en: <https://www.rcnradio.com/salud/pandemia-y-salud-mental-estudio-revela-aumento-de-estas-enfermedades-en-el-pais>

7. Pizarro-Galleguillos B, Waissbluth, Cavieres Á, Moya PR, Bustamante ML. Esquizofrenia resistente: Definiciones e Implicancias del concepto de Esquizofrenia Resistente a tratamiento. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2019 [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272019000400394&script=sci_arttext
8. Researchgate.net. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ivan_Montes-Nogueira/publication/319128645_Reflexionando_en_torno_a_la_ansiedad_definiciones_teorias_y_malentendidos/links/599320ca458515c0ce61f04e/Reflexionando-en-torno-a-la-ansiedad-definiciones-teorias-y-malentendidos.pdf
9. De Calidad S, En S, De Salud S. GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH) [Internet]. Gov.co. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos_I/Guia_Seg_Paciente_APH.pdf
10. Miranda R, Murguía E. Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. International Journal of Medical and Surgical Sciences [Internet]. 2021 [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/478/4782042007/html/>
11. Capurro D, Rada G. The diagnostic process. Rev Med Chil [Internet]. 2007 [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400018
12. María N, Reyes V. Edu.co. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/242/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. de las Emociones en Niños de G. Programa Ruleta de Colores: Propuesta Interactiva Infantil para el Reconocimiento y [Internet]. Edu.co. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/1213/Programa%20Ruleta%20de%20Colores%20-%20PROYECTO%20DE%20GRADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. David Zuazua Rico RP. CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES FRENTE AL DOLOR EN CUIDADOS INTENSIVOS [Internet]. Roderic.uv.es. [citado el 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/70566/Tesis%20Doctoral%20David%20Zuazua.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Simba AC, Paola K. Manejo prehospitalario de intoxicación por benzodiazepinas en pacientes adultos [Internet]. Edu.ec. [citado el 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/28030/1/UCE-FCDAPD-CAPH-CEVALLOS%20KATHERINE.pdf>
16. Colazingari M. Retardo mental: qué es, tipos y tratamiento [Internet]. InfoSalud. 2020 [cited 2023 Mar 18]. Disponible en: <https://www.tuinfosalud.com/articulos/retardo-mental/>
17. Sistema Nervioso Central - Concepto, funciones y estructura [Internet]. Concepto. [cited 2023 Mar 18]. Disponible en: <https://concepto.de/sistema-nervioso-central/>
18. De la estigmatización a la enfermedad mental en unas áreas de Bogotá C. Mariana Pinto Álvarez [Internet]. Edu.co. [cited 2023 Mar 19]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/48020/Trabajo%20de%20Grado%20-%20Mariana%20Pinto%20Alvarez%20-%20Maestria%20en%20Salud%20Publica.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

19. Por: P. Factores de riesgo del Trastorno Antisocial de Personalidad infancia y su relación con la delincuencia [Internet]. Uji.es. [cited 2023 Mar 19]. Disponible en: https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/199698/TFG_2022_Ver_aSoriano_C.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20. Martínez-Leal R, Soriano M, Salvador-Carulla L, Folch-Mas A. 406-414 10.21149/13470 Adaptar y validar al español el Inventario de Criterios Operativos Diagnósticos (OPCRIT 4.0) para trastornos psicóticos. Se trata de una herramienta que permite diagnosticar a un paciente mediante las principales clasificaciones diagnósticas. OPCRIT 4.0 adaptado al español. 2022 07 08. Salud Publica Mex [Internet]. 2022;64(4, jul-ago):406–14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2022/sal224h.pdf>

21. Manual-Institucional-de-Proyeccion-Social.pdf [Internet]. Google Docs. [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/175hen-dPyXjhlCur7vGYyc8bOJo_2JzP/view

22. Datos generales de Medellín que debes conocer [Internet]. Alcaldía de Medellín. 2021 [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/es/conoce-algunos-datos-generales-de-la-ciudad/>

23. Salud mental en Medellín [Internet]. Alcaldía de Medellín. 2021 [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/es/secretaria-de-salud/salud-mental/>

24. Historia de los trastornos mentales [Internet]. Academia-lab.com. [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://academia-lab.com/enciclopedia/historia-de-los-trastornos-mentales/>

25. Ley 1616 de 2013 - Gestor Normativo [Internet]. Gov.co. [citado el 25 de marzo de 2023]. Disponible en:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51292>
26. ONU, Derechos Humanos y Enfermedad Mental [Internet]. www.alansaludmental.com. [cited 2023 Mar 25]. Disponible en:
<https://www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/organismos-institucionales/onu/>
27. Ley 24.901 [Internet]. Org.ar. [cited 2023 Mar 25]. Disponible en:
https://archivo.consejo.org.ar/Bib_elect/agosto08_CT/documentos/L24901.htm
28. De úma. protocolo de acción en salud mental estudiantil [internet]. udp.cl. [citado el 5 de mayo de 2023]. disponible en:
<https://dae.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2022/05/protocolo-de-accion-salud-mental-2022-1.pdf>
29. Mentalízate /. proceso de atención de enfermería en salud mental [internet]. mentalízate. 2015 [citado el 5 de mayo de 2023]. disponible en:
<https://enfermeriamentalizate.wordpress.com/2015/06/06/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-salud-mental/#:~:text=el%20objetivo%20principal%20es%20identificar,actuaciones%20de%20enfermer%c3%ada%20para%20cubrirlas.>
30. Uribe ag. Ministerio de salud y protección social [internet]. gov.co. [citado el 5 de mayo de 2023]. disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/ent/modulo-atencion-eventos-emergentes-salud-mental.pdf>
31. Sistemática. r. la atención y manejo primario del paciente psiquiátrico en el ámbito intra y extrahospitalario [internet]. edu.co. [citado el 5 de mayo de 2023]. disponible en:

<https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/3758/trabajo%20de%20grado?sequence=1&isallowed=y>

32. Calderón av, patricio e. manejo prehospitalario de las emergencias psiquiátricas [internet]. edu.ec. [citado el 5 de mayo de 2023]. disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/28155/1/uce-fcdapd-caph-valencia%20eduardo.pdf>

33. Incremento de afectaciones a la salud mental en antioquia: coletazos de la pandemia [internet]. edu.co. [citado el 5 de mayo de 2023]. disponible en: https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia!/ut/p/z0/fyyxdsiween_hsujuqoufmakaqkxmcduzkgnnokdipe2afh5tdagf_hbltuwhbgownh58psjiqrlyafpruvonszzfhepuy6736sijnvpdewel5v9gipc1bu0op_hif7tncasl1nxrswqp_00xcfbjr514ivwx9grfb8-1jktvhwzhunml1dhyfg2nsb9xzvobow3ksggh3ez5aihh7ee!/#:~:text=el%20trastorno%20afectivo%20bipolar%20y,de%202022%2c%20seg%c3%ban%20la%20secretar%c3%ada

34. Higuera jag. trastornos psicológicos [internet]. psicoterapeutas. 2021 [citado el 5 de mayo de 2023]. disponible en: <https://psicoterapeutas.com/trastornos/trastornos-psicologicos/>

35. Diagnóstico de los trastornos mentales: el dsm-5 [internet]. mhmedical.com. [citado el 5 de mayo de 2023]. disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1440§ionid=94748410#:~:text=de%20modo%20que%20la%20mayor,y%20sociales%3a%20genes%20y%20ambiente>.

36. Protocolo de coordinación para la atención y traslado del paciente agitado [internet]. aragon.es. [citado el 5 de mayo de 2023]. disponible en: [https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/protocolo+para+la+atenci%c3%93n+y+traslado+del+paciente+agitado+-+2020.pdf/01b14e3f-aa0c-0100-62d1-
ea4751b202b1?t=1613734932139#:~:text=en%20el%20caso%20de%20per
sonas,porque%20podr%c3%ada%20empeorar%20la%20situaci%c3%b3n](https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/protocolo+para+la+atenci%c3%93n+y+traslado+del+paciente+agitado+-+2020.pdf/01b14e3f-aa0c-0100-62d1-
ea4751b202b1?t=1613734932139#:~:text=en%20el%20caso%20de%20per
sonas,porque%20podr%c3%ada%20empeorar%20la%20situaci%c3%b3n).

37. Enfermedad mental [internet]. mayoclinic.org. 2022 [citado el 5 de mayo de 2023]. disponible en:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>
38. Castillalamancha.es. [citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en:
https://sanidad.castillalamancha.es/files/edad_en_los_consumos_de_drogas_clm.pdf
39. Acevedo Montoya, C. (n.d.). PROYECTO DE INVESTIGACIÓN FACTORES RELACIONADOS CON EL TRASLADO DE PACIENTES INTOXICADOS EN LA UPSS SANTA CRUZ INVESTIGADORES. Edu.Co. Retrieved May 10, 2023, from
<https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2084/Trabajo%20de%20grado?sequence=2&isAllowed=y>
40. (N.d.). Researchgate.net. Retrieved May 10, 2023, from
https://www.researchgate.net/profile/Andres-Estrada-6/publication/328697815_Cambios_electrocardiograficos_en_el_paciente_intoxicado_Guias_para_el_manejo_de_emergencias_toxicologicas_Minsalud_Capitulo_32_Junio_30_de_2017/links/5bdc6a004585150b2b9953a8/Cambios-electrocardiograficos-en-el-paciente-intoxicado-Guias-para-el-manejo-de-emergencias-toxicologicas-Minsalud-Capitulo-32-Junio-30-de-2017.pdf#page=23
41. de La Conducta Agresiva del Paciente., E. D. E. A. (n.d.). AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO. Unavarra. Es. Retrieved May 10, 2023, from
<https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11524/MariaAltemirCortes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>