



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Construcción de un instrumento de predicción de agitación psicomotora en adultos en el servicio de urgencias generales

Brihan Andrés Gómez Rendón

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría

Bogotá, Colombia

2022

Construcción de un instrumento de predicción de agitación psicomotora en adultos en el servicio de urgencias generales

Brihan Andrés Gómez Rendón

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Psiquiatría

Director (a):

Doctor Ricardo Sánchez Pedraza

Codirector (a):

Doctor Marcelo Andrés Hernández Yasno

Línea de Investigación:

Validación y desarrollo de instrumentos de medición

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría

Bogotá, Colombia

2022

A mis padres y mi hermano

"Estamos aquí para desaprender las enseñanzas de la iglesia, el estado y nuestro sistema educativo. Estamos aquí para tomar cerveza. Estamos aquí para matar la guerra. Estamos aquí para reírnos del destino y vivir tan bien nuestra vida que la muerte tiemble al recibirnos."

C. Bukowski.

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

Nombre: Brihan Andrés Gómez Rendón

Fecha 25/01/2022

Resumen

Construcción de un instrumento de predicción de agitación psicomotora en adultos en el servicio de urgencias generales

Este trabajo hace parte de un proyecto de tres fases (1. construcción del instrumento preliminar, 2. derivación del instrumento de predicción, 3. validación del instrumento de predicción), que pretende construir un instrumento para predecir el riesgo de agitación psicomotora (AP) en pacientes que asisten al servicio de urgencias de un hospital general. En este trabajo se abordara la primera fase del proyecto “Fase de construcción del instrumento preliminar”, en la que mediante el desarrollo de una revisión ampliada de la literatura y múltiples entrevistas con expertos en el campo y pacientes, acerca de los procesos de agitación psicomotora y la violencia en los servicios de urgencias, se identifiquen las características de estos eventos y los abordajes disponibles en la actualidad para su predicción; los elementos identificados por estos medios serán llevados a un proceso de consenso informal por parte del grupo investigador, en donde se seleccionaran los ítems para la construcción del instrumento preliminar para aplicar en la segunda porción del proyecto.

Palabras clave:

Agitación psicomotora, servicio de urgencia en hospital, agresión, violencia, riesgo, medición de riesgo.

Abstract

Construction of an instrument for predicting psychomotor agitation in adults in the emergency department

This work is part of a three-phase project (1. construction of the preliminary instrument, 2. derivation of the prediction instrument, 3. validation of the prediction instrument), which aims to build an instrument to predict the risk of psychomotor agitation (PA) in patients attending the emergency department of a general hospital. In this work, the first phase of the project "Construction phase of the preliminary instrument" will be addressed, in which, through the development of an extended review of the literature and multiple interviews with experts in the field and patients, about the processes of psychomotor agitation and violence in emergency services, the characteristics of these events and the currently available approaches for their prediction are identified; The elements identified by these means will be taken to an informal consensus process by the research group, where the items for the construction of the preliminary instrument to be applied in the second portion of the project will be selected.

Keywords: Psychomotor agitation, emergency service, aggression, violence, risk, risk measurement.

Contenido

Pág.

Resumen	IX
Lista de figuras.....	XIII
Lista de tablas	XIV
Introducción	1
Justificación	15
1. Objetivos.....	16
1.1 Objetivo general	16
1.2 Objetivos específicos	16
2. Metodología.....	17
2.1 Revisión ampliada de la literatura sobre los procesos de agitación psicomotora y la violencia en los servicios de urgencias.....	17
2.2 Entrevistas con expertos	18
2.3 Entrevistas con pacientes.....	19
2.4 Selección de los ítems a incluir en el cuestionario de predicción de agitación psicomotora	20
2.5 Construcción del instrumento preliminar.....	21
2.6 Criterios de elegibilidad para los participantes en las diferentes fases del estudio	21
2.6.1 Profesionales.....	21
2.6.2 Pacientes.....	21
3. Consideraciones éticas	23
4. Resultados.....	25
4.1 Revisión ampliada de la literatura sobre los procesos de agitación psicomotora y la violencia en los servicios de urgencias.....	25
4.2 Entrevistas con Expertos.....	33
4.3 Entrevistas con Pacientes	36
4.4 Selección de los ítems a incluir en el cuestionario de predicción de agitación psicomotora	37
4.5 Construcción del instrumento preliminar.....	38
5. Discusión y conclusiones	39

XII Construcción de un instrumento de predicción de agitación psicomotora en
adultos en el servicio de urgencias generales

**A. Anexo: “Instrumento preliminar para la predicción de episodios de agitación
psicomotora en el servicio de urgencias de un hospital general” 41**

Bibliografía 53

Lista de figuras

Pág.

Gráfico 1: Proceso de revisión.....	27
--	-----------

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1. Herramientas para medición de agitación	2
Tabla 4-1: Resultados revisión de literatura	29
Tabla 4-2: Entrevistas con expertos.....	34
Tabla 4-3: Entrevistas con pacientes	36

Introducción

El proceso de agitación psicomotora (AP) corresponde a una entidad clínica establecida sobre la cual aún no se cuenta con un consenso claro para su definición (4), sin embargo, a lo largo de los años se han realizado diversos abordajes tendientes a producir una definición del mismo, los cuales dejan entrever un patrón común, situación que hace posible su comprensión, identificación y tratamiento en la práctica clínica diaria.

Esta entidad corresponde a una situación clínica relativamente frecuente, previamente se ha identificado en diversos estudios prevalencias variables, mayores en los servicios de atención clínica especializada (unidades de salud mental y servicios de urgencias especializados en psiquiatría) en donde entre el 20% y 50% de las visitas a estos servicios son por pacientes en riesgo de agitación psicomotora(5), con hasta el 10 % de todas las consultas por psiquiatría en urgencias asociados a esta causa (3); y una frecuencia de presentación en los servicios de atención general no despreciable, correspondiendo a cerca de 1.9 – 2.6% (1,2) en los servicios de urgencias generales, tal que hasta 1.7 millones de ingresos a los servicios de urgencias al año se relacionan con esta entidad (6).

Se han realizado diversos acercamientos alrededor del concepto de agitación psicomotora, Allen en una definición recogida en varias revisiones posteriores define la AP como "una interrupción temporal de la colaboración típica médico-paciente, que interfiere con la evaluación y el tratamiento, durante un período en el que se necesitan una evaluación y tratamiento inmediatos" (7), en 2010 Mantovani en Brasil en una revisión al respecto define la AP como "una actividad motora excesiva asociada con experiencias subjetivas de tensión" describiendo adicionalmente que "los pacientes agitados y / o agresivos tienden a tener una baja capacidad de comprensión sobre su morbilidad y juicio deficiente de la realidad...dependiendo del grado de agitación, estos pueden presentar un riesgo para su propia integridad física y para la del personal y otros pacientes." (8), la asociación americana de psiquiatría en su manual de diagnóstico y tratamiento (DSM- 5), que corresponde a uno de los sistemas de diagnóstico por excelencia en occidente, define la AP como "Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y está constituida por

comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcerse las manos, manosear la vestimenta e incapacidad para permanecer sentado.” (9), la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (WFSBP) en un reciente consenso al respecto en 2016, se remite a la descripción hecha por la APA en 2013, adicionando lo descrito por Lindenmayer en el 2000, lo define como “inquietud con actividad motora excesiva o actividad motora con escaso propósito, irritabilidad, mayor capacidad de respuesta a estímulos internos y externos, y un curso clínico inestable” (5); finalmente en el más reciente consenso internacional al respecto en 2018 se determinó como definición operativa, integrando las múltiples definiciones antes mencionadas, que el proceso de agitación psicomotora corresponde a “Un estado en el que los pacientes no pueden permanecer quietos o tranquilos, caracterizado por tipologías internas como hiperreactividad, pensamientos acelerados y tensión emocional; y externos, principalmente hiperactividad motora y verbal, y problemas de comunicación” (4).

Para la medición de esta entidad, en paralelo con lo sucedido en su definición, se han descrito múltiples escalas que lo describen, evalúan y ofrecen indicaciones respecto a su tratamiento; algunos de los instrumentos de medición más relevantes han sido recogidos en las revisiones realizadas por Zeller y Rhoades en 2010, y por Garriga y colaboradores de la WFSBP, estas herramientas de mayor relevancia clínica se describen en la Tabla 1 (Herramientas para medición de agitación).

Tabla 1. Herramientas para medición de agitación				
Nombre	Descripción	Alcance	Método de evaluación	Fuente

<p>Overt Agitation Severity Scale (OASS)</p>	<p>El (OASS) evalúa 47 signos de agitación clasificados en 12 unidades relacionadas con estas conductas.</p>	<p>Fue desarrollado inicialmente para evaluar la frecuencia y la gravedad de los comportamientos de agitación en pacientes psiquiátricos, de edad avanzada, hospitalizados en unidades de salud mental, también se ha probado su fiabilidad y validez en pacientes psiquiátricos en entornos hospitalarios, sin embargo, no parece ser aplicable en los servicios de urgencias debido a sus limitaciones, particularmente el período de observación de 15 minutos.</p>	<p>Evalúa las vocalizaciones (p. ej., quejidos) y los movimientos orofaciales (p. ej., hacer muecas), los movimientos del torso superior y las extremidades (p. ej., tocar los dedos, mecerse) y los movimientos de las extremidades inferiores (p. ej., tocar los dedos de los pies, patear objetos) indicativo de agitación. Cada comportamiento se mide en una escala de 0 = no presente a 4 = presente de forma continua.</p>	<p>Zeller & Rhoades, 2010(6); Garriga et al, 2016(5); Yudofsky et al, 1997(10)</p>
--	--	--	---	--

<p>Positive and Negative Syndrome Scale Excited Component (PANSS-EC)</p>	<p>El PANSS-EC se usa comúnmente en la evaluación de la gravedad de la agitación en pacientes psicóticos agudos y se ha utilizado ampliamente en ensayos clínicos farmacológicos para la agitación.</p>	<p>Se validó inicialmente su uso como una herramienta de investigación, sin embargo, también se ha usado en la práctica clínica para decidir si administrar psicofármacos a pacientes agitados con esquizofrenia; se considera una de las escalas más simples e intuitivas utilizadas para evaluar a los pacientes psicóticos agitados y también es la herramienta preferida en los ensayos clínicos modernos.</p>	<p>Incluye cinco ítems individuales de PANSS: hostilidad, falta de cooperación, impulsividad, tensión y excitabilidad, cada ítem se clasifica en una escala de 1 = inexistente a 7 = grave; los cambios en sus puntajes determinan la efectividad de una intervención farmacológica.</p>	<p>Zeller & Rhoades, 2010(6); Garriga et al, 2016(5)</p>
--	---	--	--	--

Agitated Behavior Scale	Su propósito principal es proporcionar una herramienta de medición de agitación confiable en pacientes con lesiones cerebrales traumáticas.	Se utiliza principalmente para la evaluación de la agitación en pacientes con lesión cerebral, sin embargo, se ha utilizado para la evaluación de la agitación en pacientes que se presentan en los servicios de urgencias.	Incluye 14 ítems: conductas atencionales, impulsividad/impaciencia, falta de cooperación, violencia/amenazas, ira, conductas autoestimulantes, resistencia a la contención, deambulación sin rumbo, inquietud, conductas repetitivas, hablar en voz alta, cambios repentinos en el estado de ánimo, llanto o risa excesivos y conductas autolesivas. Todos los ítems están clasificados en la siguiente escala de 4 puntos: 1 = ausente; 2 = presente en un ligero grado; 3 = presente en un grado moderado; y 4 = presente en un grado extremo	Zeller & Rhoades, 2010(6); Corrigan, 1989(11)
Aggressive Behavior Scale	Es una escala resumida de 4 ítems que proporciona una evaluación eficiente, fácil de entender y completa de la gravedad de los comportamientos agresivos, mide el abuso verbal y físico, el comportamiento socialmente inapropiado y la resistencia al cuidado.	Se desarrollo inicialmente para ser usada en centros de cuidado crónico, recientemente se ha utilizado también para la evaluación de pacientes en unidades de cuidados agudos.	Se evalúa la frecuencia en que se presenta cada ítem, se califica durante 7 días usando la siguiente escala: 0 = no exhibido; 1 = ocurrió en 1 a 3 días; 2 = ocurrió en 4 a 6 días; y 3 = ocurrió diariamente.	Zeller & Rhoades, 2010(6); Perlman & Hirdes, 2008(12)

<p>Brief Agitation Rating Scale (BARS)</p>	<p>Es una escala de calificación de agitación breve de 10 ítems desarrollada a partir del Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield para uso en pacientes de edad avanzada que residen en centros de atención de larga estancia.</p>	<p>Fue desarrollado para evaluar rápidamente el nivel de agitación de los pacientes en hogares geriátricos, puede ser aplicado por enfermeras y otros cuidadores no médicos; ha sido usada también para la evaluación de pacientes ingresados a instituciones de atención en salud mental.</p>	<p>Incluye 10 ítems: golpear, agarrar, empujar, deambular sin rumbo, conductas repetitivas, inquietud, gritos, preguntas y afirmaciones repetitivas, hacer ruidos extraños y/o quejarse. Los elementos se clasifican de 0 = no están presentes a 3 = presentes a menudo o de forma continua.</p>	<p>Zeller & Rhoades, 2010(6); Finkel et al, 1993(13)</p>
<p>Broset Violence Checklist (BVC)</p>	<p>Es un cuestionario corto que mide 6 variables evaluadas por el médico con la intención de clasificar los pacientes en unidades psiquiátricas según el riesgo de que presenten episodio de violencia en las 24 h siguientes.</p>	<p>Fue desarrollado como una herramienta para predicción de un episodio violento en las 24 horas posterior a su aplicación, en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas.</p>	<p>Mide 6 valorados por el médico variables: confusión, irritabilidad, bullicio, amenazas físicas, amenazas verbales y los ataques contra objetos. Cada ítem se puntúa por su presencia (1) o ausencia (0); Un puntaje total de 0 indica un bajo riesgo de violencia, y un puntaje ≥ 2 es predictivo de un episodio violento en las próximas 24 horas.</p>	<p>Zeller & Rhoades, 2010(6); Garriga et al, 2016(5); Almvik, et al, 2000(14)</p>

<p>Clinical Global Impression Scale for Aggression (CGI-A)</p>	<p>Es un instrumento simple de un solo ítem basado únicamente en la observación del paciente.</p>	<p>Se desarrollo como instrumento de medición de la severidad de agitación y agresividad presentada por pacientes con enfermedades mentales, sin pretender predecir nuevos eventos ni guiar el tratamiento de los pacientes.</p>	<p>Califica la agitación en una escala de 1 = ninguno a 5 = comportamiento agresivo. Se ha encontrado que las puntuaciones en este instrumento están correlacionadas directamente con las puntuaciones en PANSS-EC</p>	<p>Zeller & Rhoades, 2010(6); Garriga et al, 2016(5); Huber et al, 2008(15)</p>
<p>Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)</p>	<p>Es un cuestionario calificado por el cuidador, que ayuda en la evaluación de comportamientos de agitación en una escala de severidad Likert.</p>	<p>Se desarrolló para la evaluación de pacientes de edad avanzada en centros de cuidado crónico, también se ha utilizado para la evaluación inicial de la agitación en pabellones psiquiátricos, sin embargo, existen importantes limitaciones para su aplicación en centros de atención de urgencias en psiquiatría.</p>	<p>Incluye descripciones de 29 comportamientos de agitación, cada uno calificado en una escala de frecuencia de 7 puntos; los autores han propuesto la existencia de 4 subtipos de agitación de acuerdo a los resultados evidenciados en este instrumento: comportamientos físicamente no agresivos, comportamientos físicamente agresivos, comportamientos verbalmente no agresivos y comportamientos verbalmente agresivos.</p>	<p>Zeller & Rhoades, 2010(6); Garriga et al, 2016(5); Cohen-Mansfield , 1997(16)</p>

<p>Historical, Clinical, and Risk Management –20 Violence Risk Assessment Scheme (HCR-20)</p>	<p>El HCR-20 es un instrumento de evaluación de riesgo de violencia con potencial de aplicación en una variedad de entornos. El esquema conceptual del HCR-20 alinea los marcadores de riesgo en el pasado, presente y futuro.</p>	<p>Es eficaz para predecir el comportamiento violento en entornos clínicos psiquiátricos, forenses y correccionales, así como entre los sujetos que sufren episodios agudos de trastorno mental mayor.</p>	<p>Incluye 20 elementos tomados del historial médico del paciente o calificados por el médico, incluidos antecedentes de violencia, estado clínico actual y factores ambientales que pueden aumentar el riesgo de violencia. Cada ítem se puntúa como 0 = no presente, 1 = posiblemente presente, o 2 = definitivamente presente, con un puntaje máximo de 40</p>	<p>Zeller & Rhoades, 2010(6); Garriga et al, 2016(5); Douglas et al, 2005(17)</p>
<p>McNiel-Binder Violence Screening Checklist (VSC)</p>	<p>Es una lista de chequeo diseñada para predecir comportamientos violentos en pacientes hospitalizados en unidades de salud mental de cuidado agudo.</p>	<p>Fue diseñado inicialmente para evaluar el riesgo de agresión / violencia entre pacientes con enfermedades mentales ingresados de forma aguda en unidades de hospitalización a corto plazo; se ha encontrado que este instrumento tiene sensibilidad moderada (57.2%) y especificidad (70.0%) para predecir la violencia en</p>	<p>Incluye 5 variables: historial de ataques físicos o de comportamientos atemorizantes dentro de las últimas 2 semanas, comportamiento suicida, diagnóstico de esquizofrenia o manía, sexo masculino y convivencia con una pareja o estado civil casado. Cada variable se puntúa como presente o ausente.</p>	<p>Zeller & Rhoades, 2010(6); Garriga et al, 2016(5)</p>

		pacientes ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica.		
Neurobehavioral Rating Scale– Revised	Es un instrumento clínico, multidimensional, de 29 ítems, diseñado para medir las alteraciones neuro-comportamentales.	Este instrumento se ha empleado para la evaluación del nivel de agitación en pacientes que acuden al servicio de urgencias.	Incluye evaluaciones de orientación, memoria de eventos recientes, estado emocional, síntomas post-conmoción cerebral, atención y concentración, explicación de proverbios, tareas de planificación y flexibilidad mental, y recuperación tardía de objetos; También incluye observaciones clínicas sobre la fatigabilidad, signos de ansiedad, desinhibición, agitación, hostilidad, dificultades en la comunicación expresiva y receptiva, y alteraciones del estado de ánimo. Cada variable se puntúa como presente o ausente.	Zeller & Rhoades, 2010(6)

Overt Aggression Scale (OAS)	La OAS es una lista de verificación de 16 elementos fácilmente aplicable que clasifica los episodios agresivos en cuatro tipos de gravedad: agresión verbal, agresión contra objetos, autoagresión y agresión física contra otros.	Fue inicialmente diseñada y validada en pacientes psiquiátricos adultos y pediátricos en entornos de investigación, posteriormente e fue validada para su uso en pacientes con esquizofrenia en entornos clínicos regulares.	evalúa 16 elementos asociados a los comportamientos agresivos en la práctica clínica, respecto a la frecuencia con que están presentes, con una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos.	Zeller & Rhoades, 2010(6); Garriga et al, 2016(5)
Ryden Aggression Scale (RAS)	La RAS es una escala de evaluación tipo encuesta a ser aplicado a los cuidadores, que pretende medir los comportamientos agresivos en pacientes con demencia de cualquier tipo.	Se ha utilizado principalmente como instrumento de encuesta para evaluar la prevalencia del comportamiento agresivo en la comunidad y entre los residentes de hogares geriátricos.	Contiene un total de 25 elementos organizados en 3 subescalas relacionadas con el comportamiento agresivo físico, verbal y sexual. Los ítems se evalúan por medio de una escala tipo Likert según su frecuencia en una escala de 0 = nunca a 5 = ≥ 1 vez al día.	Zeller & Rhoades, 2010(6); Ryden, 1988(18)
Brief Agitation Measure (BAM)	Es un inventario de tres ítems diseñado para capturar la experiencia subjetiva de la agitación, midiendo los niveles de agitación durante la semana pasada en una	Ha sido validado como una medida de detección fácil y confiable en poblaciones clínicas y no clínicas que se pueden administrar de manera rutinaria o	El BAM es un inventario de autoinforme de 3 ítems diseñado para medir los niveles de agitación durante la semana pasada. Los tres elementos incluidos en la medida son: (a) Quiero arrastrarme fuera de mi piel, (b) Me siento tan agitado por dentro que quiero gritar,	Garriga et al, 2016(5); Ribeiro et al, 2011(19)

	escala de severidad Likert de siete puntos.	cuando se sospecha un riesgo elevado de agitación inminente. El BAM también demostró utilidad en la evaluación del riesgo de suicidio, aunque su uso siempre se recomienda en asociación con otras herramientas.	y (c) Siento mucha agitación emocional en mi intestino. Se pide a los encuestados que identifiquen cuán cierto de ellos es que cada elemento utilice una escala Likert de 7 puntos. Las puntuaciones totales pueden variar de 3 a 21, con puntuaciones más altas que reflejan una mayor gravedad de los síntomas de agitación.	
Agitation Severity Scale (ASS)	La ASS es una escala de calificación basada en la observación, diseñada para evaluar la gravedad de los episodios de agitación en pacientes psiquiátricos agudos en servicios de emergencia.	La ASS pretende permitir una evaluación rápida y oportuna de los comportamientos agresivos que se presentan en entornos de atención de urgencia y en unidades de salud mental, en donde cumplir los requerimientos necesarios de otros instrumentos ya existentes puede ser difícil.	El ASS consta de 21 ítems destinados a evaluar el continuo de comportamientos representativos de la agitación, que corresponden a 4 dominios: comportamientos agresivos, comportamientos interpersonales, comportamientos motores involuntarios y postura física.	Garriga et al, 2016(5); Strout, 2014(20)

Behavioural Activity Rating Scale (BARS)	Se basa en la observación clínica, mide la gravedad de la conducta agitada utilizando un solo elemento que describe siete niveles de gravedad (desde un estado de sedación hasta un estado de agitación)	Fue validado en pacientes con psicosis con agitación aguda contra la escala (CGI-S) y (PANSS-EC). como resultado El (BARS) se describió como fácil y válido para evaluar a esta población en términos de eficacia del tratamiento para la agitación. Su utilidad ha sido respaldada por el reciente consenso del grupo de trabajo del proyecto BETA para uso de médicos no capacitados en psiquiatría o medicina de emergencia.	BARS evalúa la actividad motora en pacientes con psicosis, que van desde un estado de sedación a través de la actividad "normal" hasta un estado de agitación.	Garriga et al, 2016(5)
--	--	---	--	------------------------

Staff Observation Aggression Scale (SOAS)	El SOAS fue construido para evaluar el grado y la frecuencia de los actos violentos y agresivos de pacientes psiquiátricos y psico-geriátricos.	Se ha utilizado para calificar tanto la naturaleza como la gravedad de los incidentes agresivos, en múltiples estudios se ha descrito como una herramienta útil para medir las tasas de prevalencia y frecuencia de agresión, así como la gravedad de la agresión en pacientes psiquiátricos en unidades de cuidado agudo.	Utiliza un formato de reporte diligenciado por el personal que presencia y controla los episodios de agresividad, el cual clasifica estos comportamientos en cinco columnas que miden: provocación, medios utilizados por el paciente, objetivo de la agresión, consecuencias para la víctima, medidas para detener la agresión.	Garriga et al, 2016(5); Palmstierna & Wistedt, 1987(21)
---	---	--	--	---

Como se observa en los instrumentos descritos en la tabla 1, aunque existe una variedad de herramientas que pretenden evaluar los procesos de agitación, sus metodologías y poblaciones objetivo son diversas, y sus objetivos varían pudiendo ser clasificados en tres grandes grupos:

- Grupo 1: pretende realizar la descripción epidemiológica del evento (si está presente o no, con que intensidad y con qué frecuencia).
- Grupo 2: tiene por objeto guiar las decisiones clínicas respecto al tratamiento.
- Grupo 3: busca predecir la presentación de nuevos eventos en el futuro.

Los datos sugieren que la mayor parte de instrumentos disponibles en la actualidad tienen objetivos que se corresponden a los descritos en el primer grupo; solo tres de ellos han sido validados para su uso como guía en el tratamiento de los episodios de AP (Behavioural Activity Rating Scale – BARS, Overt Aggression Scale – OAS, y Positive and Negative Syndrome Scale Excited Component PANSS-EC), Grupo 2, entre estos el más ampliamente probado y usado en la clínica y en investigación es la escala PANSS-EC.

Solo 3 instrumentos tienen como objeto la predicción/evaluación del riesgo de nuevos episodios de AP o violencia (Broset Violence Checklist, HCR- 20 y McNeil – Binder Violence Screening Checklist), entre ellos, el más ampliamente probado es HCR-20 que tiene como limitaciones principales el amplio periodo de tiempo para su administración y las poblaciones seleccionadas para las que ha sido diseñado (enfermos mentales, reclusos en centro correccionales y pacientes en entornos forenses) (17); otros dos instrumentos con objetivos correspondientes al tercer grupo, son BVC y VSC, los cuales presentan como limitación principal el ser diseñados para uso únicamente en pacientes con enfermedad mental.

Respecto a los instrumentos con objetivo del tercer grupo un punto fundamental adicional a considerar es que todos estos instrumentos están enfocados principalmente en la predicción de conductas violentas, las cuales no se corresponden directamente con todos los episodios de agitación psicomotora; en tanto, si bien los procesos de AP pueden incluir conductas violentas, este no es el caso para todos los pacientes que presentan estos eventos, y aquellos pacientes con episodios de AP sin conductas violentas también requieren atención oportuna por parte del clínico.

Considerando todo lo ya descrito es razonable asumir que estos eventos pueden tener un alto coste para los servicios de salud, ocasionando hospitalizaciones prevenibles e incremento en el uso de los recursos hospitalarios (3); así, en un análisis económico por Peiró y colaboradores respecto al gasto económico asociado al tratamiento de los pacientes con episodios psicóticos agudos se identificó un incremento global en el costo de la atención entre los pacientes que presentaban episodios de agitación psicomotora (22), también se ha descrito un incremento en el tiempo de estancia hospitalaria de ± 3 días y 450 euros en promedio entre los pacientes que presentan un episodio de agitación durante la estancia hospitalaria (23); adicionalmente considerando que con frecuencia los episodios de agitación psicomotora pueden requerir inmovilización mecánica su coste se eleva para los servicios hospitalarios se eleva sustancialmente, situación que fue descrita por Garrido y colaboradores en España, quienes identificaron que este procedimiento presenta un costo de entre 513 y 1160 euros, y puede llegar a sumar un coste anual de 27 millones de euros para ese país (24).

En consecuencia, parece relevante la investigación adicional en este tema, considerando la inexistencia de herramientas que permitan identificar y gestionar a pacientes en riesgo de presentar procesos de AP.

Justificación

La agitación psicomotora corresponde a un evento relativamente frecuente en los servicios de atención de urgencias generales 1.9 – 2.6% (1,2); el cual por sus características tiene un valor considerable en la atención en salud dado por su significancia en la atención del paciente que sufre este proceso agitación, en la prestación de servicios a otros pacientes usuarios de estas dependencias, en el uso de insumos hospitalarios y en el coste total de las atenciones en salud en los diferentes departamentos de urgencias hospitalarias (3); aunque existe un cuerpo voluminoso de investigación sobre su tratamiento y su frecuencia, no existen hasta el momento instrumentos que pretendan predecir la probabilidad de que tal evento se presente en los servicios de urgencias hospitalarias. elemento fundamental que pudiese permitir modificar la presentación y características de este evento.

Así considerando la relevancia general de esta entidad, es menester generar un instrumento de evaluación clínica rápida que permita identificar a los potenciales pacientes con riesgo de presentar estos episodios, considerando los probables factores causales y permitiendo efectuar intervenciones que prevengan o atenúen la presentación de esta entidad, accediendo así a la posibilidad de controlar este comportamiento potencialmente peligroso que con frecuencia puede convertirse en franca violencia.

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

Construir un instrumento de predicción, para evaluar el riesgo que tiene un paciente de presentar un episodio de agitación durante su estancia en el servicio de urgencias de un hospital general

1.2 Objetivos específicos

- Establecer las características de la agitación psicomotora y la conducta violenta en los servicios de urgencias y los abordajes disponibles en la actualidad para su predicción, a partir de una revisión ampliada de la literatura ampliada de la literatura.
- Identificar las características de la agitación psicomotora y la conducta violenta percibidas por el personal de salud y los pacientes.
- Generar un instrumento que incluya las variables que pueden ser predictoras agitación psicomotora y conducta violenta, para ser evaluado en la segunda fase del proyecto.

2. Metodología

Este trabajo es la primera fase de un proyecto que pretende construir un instrumento para predecir el riesgo de AP en pacientes que asisten al servicio de urgencias de un hospital general; los tres estudios individuales que componen el proyecto son:

- Fase de construcción del instrumento preliminar: Pretende identificar y seleccionar las variables candidatas para la predicción del evento de interés, que se evaluarán en la segunda fase del proyecto.
- Fase de derivación del instrumento: Tiene por objeto evaluar las diferentes variables de predicción en una población clínica para a partir de ellas generar un modelo de predicción, con un sistema de puntuación y puntos de corte que clasifiquen el riesgo de presentar un evento de AP.
- Fase de validación del instrumento: Corresponde a un proceso de validación interna y externa sobre el instrumento generado durante las dos primeras fases.

El presente trabajo, correspondiente a la “Fase de construcción del instrumento preliminar”, la cual se realizó en el periodo comprendido entre febrero 2020 hasta Noviembre 2021; para tal fin se desarrollaron los siguientes procesos:

2.1 Revisión ampliada de la literatura sobre los procesos de agitación psicomotora y la violencia en los servicios de urgencias

Se realizaron búsquedas en las bases de datos Medline, APA Psychinfo, Cochrane y Scopus con los términos DESC (agitación psicomotora, servicio de urgencia en hospital, agresión, violencia, riesgo y medición de riesgo) y sus equivalentes MESH, se acoto al búsqueda con los siguientes parámetros: tiempo (literatura publicada en los últimos 30 años), idiomas (inglés, portugués, francés, alemán, italiano y español), tipos de artículo (revisiones de literatura, revisiones sistemáticas, estudios observacionales, ensayos clínicos controlados, estudios comparativos, estudios clínicos completados, estudios multicéntricos y guías de práctica Clínica) y disponibilidad del texto (únicamente textos completos disponibles).

El total de las referencias conseguidas fueron importadas al programa DistillerSR para su manejo. Allí, uno de los autores de forma independiente, realizó proceso de selección de los artículos relevantes, en 3 partes:

- El primer filtro se realizó usando los títulos de los artículos recabados a fin de descartar aquellos que no tengan relación con el tema a estudio.
- Sobre las referencias restantes se realizó el segundo filtro que evaluó el título, los términos clave y el abstract/resumen ejecutivo de cada uno, a fin de seleccionar las publicaciones relevantes para ser incluidas en la revisión final de texto completo.
- Sobre los artículos seleccionados para la revisión de texto completo se realizará una lectura crítica por parte del revisor para identificar los parámetros susceptibles de ser incluidos en el instrumento preliminar, estos ítems serán tabulados para incluir un identificador corto y una descripción general del mismo.

2.2 Entrevistas con expertos

Se realizaron entrevistas en profundidad con profesionales en salud mental y en atención en servicios de urgencias (psiquiatras con experiencia en atención en urgencias, médicos generales con experiencia en servicios de urgencias y enfermeros profesionales con experiencia en triage y atención en servicios de urgencias), seleccionados mediante un muestreo por conveniencia y en bola de nieve, se obtuvieron tres entrevistas por cada perfil profesional descrito; sobre los datos obtenidos de estas entrevistas se identificaron los parámetros susceptibles de ser incluidos en el instrumento preliminar, estos fueron tabulados por medio de un identificador corto y una descripción general del mismo.

Los aspectos que se evaluaron como parte de la entrevista serán:

- Identificación de los participantes:
 - Se determinó la inclusión de los participantes de acuerdo con lo dispuesto en el apartado sobre criterios de elegibilidad.
 - Para cada participante seleccionado se describieron los siguientes datos generales de identificación (edad, sexo, procedencia, escolaridad, perfil profesional y laboral)
- Temas índices:
 - Perfil profesional
 - Experiencia profesional

- Experiencia con eventos de agitación psicomotora
- Ultima experiencia con un paciente agitado
 - Ej. ¿Cuáles eran las características del último paciente que usted ha atendido que presento un episodio de agitación?, ¿pudo prever que se presentaría esta situación?, si es así ¿qué situaciones o características del paciente le pusieron sobre alerta al respecto?
- Generalizaciones, desde la experiencia, acerca de los eventos de AP
 - Ej. ¿En su experiencia ha logrado identificar características comunes en los pacientes que le ayuden a predecir que pacientes podrían llegar a presentar episodios de AP durante la estancia en el servicio de urgencias?
- Recomendaciones desde la experiencia acerca de la prevención y anticipación de los episodios de AP.
- Experiencia con instrumentos psicométricos para la AP
 - Ej. ¿Ha tenido alguna experiencia previa respecto al uso de elementos para predicción de episodios de AP?, si es así ¿Qué opinión le merecen estos?
- Otros no incluidos.

2.3 Entrevistas con pacientes

Se realizaron entrevistas en profundidad con pacientes con antecedente de algún episodio de agitación durante la estancia en un servicio de urgencias generales, realizando un muestreo por conveniencia, seleccionando pacientes conocidos por los autores que cumplieron con los criterios de inclusión y otorgaron su consentimiento para participar en el estudio, completando entre tres entrevistas, en las que se realizó un análisis de las experiencias descritas por estos pacientes, que permitió identificar parámetros susceptibles de ser incluidos en el instrumento preliminar, estos fueron tabulados incluyendo un identificador corto y una descripción general del mismo

- Identificación de los participantes:
 - Se determino la inclusión de los participantes de acuerdo con lo dispuesto en el apartado sobre criterios de elegibilidad.

- Para cada participante seleccionado se describieron los siguientes datos generales de identificación (edad, sexo, procedencia, escolaridad y perfil laboral)
- Temas índices:
 - Descripción personal.
 - Antecedentes patológicos y de consumo
 - Experiencia personal con episodios de AP, propios y presenciados en terceros.
 - Relato del último episodio de AP propio.
 - Generalizaciones, desde la experiencia, acerca de los eventos de AP
 - Ej. ¿Qué circunstancias o condiciones considera desde su óptica personal que pudieron influir en la presentación de este evento?
¿Qué características diferencian la visita al servicio de urgencias en la ocasión que presento el episodio de AP, respecto a otras visitas que ha tenido a este servicio?
 - Recomendaciones desde la experiencia acerca de la prevención y anticipación de los episodios de AP.
 - Ej. ¿En su opinión considera que existen acciones para evitar los episodios de AP que puedan ser llevadas a cabo los profesionales y las instituciones encargadas de la atención en los servicios de urgencias generales?
 - Otros temas no incluidos.

2.4 Selección de los ítems a incluir en el cuestionario de predicción de agitación psicomotora

Se evaluaron las variables identificadas en la revisión y las entrevistas, se depuraron eliminando duplicados e ítems claramente redundantes; los elementos restantes se evaluaron por medio de un consenso informal por parte del grupo investigador en donde se eligieron las variables candidatas de acuerdo con su pertinencia y aplicabilidad considerando el propósito del instrumento a construirse.

2.5 Construcción del instrumento preliminar

Los ítems seleccionados fueron organizados en un instrumento preliminar que describe:

- Categoría de la variable (agrupación en orden lógico que facilita la organización y aplicación del instrumento)
- Pregunta guía para la evaluación de la variable en el entorno clínico
- Estrategia de medición de los ítems (selección binaria, selección múltiple o respuesta abierta cuando se requieran datos adicionales)

2.6 Criterios de elegibilidad para los participantes en las diferentes fases del estudio

2.6.1 Profesionales

- a. Descripción del perfil profesional, podrán ser incluidos en este proceso personas con los siguientes títulos: médicos generales, médicos especialistas en psiquiatría y urgenciología, enfermeros (as) profesionales y auxiliares de enfermería.
- b. Experiencia en áreas afines, podrán ser incluidos en este proceso las personas con los siguientes perfiles de experiencia: personal con experiencia mínima de 6 meses en la atención en servicios de urgencias generales, y/o personal con experiencia mínima de 6 meses en la atención en servicios de atención en salud mental incluyendo atención de urgencias y hospitalaria.
- c. Experiencia con el fenómeno a estudio, podrán ser incluidos en este proceso las personas con los siguientes perfiles de experiencia en atención de AP: Personal con experiencia a lo largo de su vida laboral en el manejo de al menos 10 casos de intervención en pacientes que presentan agitación psicomotora.

2.6.2 Pacientes

- a. Descripción del perfil del paciente: se incluirán pacientes con y sin enfermedad mental, con y sin historia personal de consumo de tóxicos, siempre y cuando estos se encuentren dispuestos a participar del estudio y tengan las capacidades cognitivas y comunicativas suficientes para desempeñar este rol.

- b. Experiencia con el fenómeno a estudio, podrán ser incluidos en este proceso las personas que a lo largo de su vida han presentado al menos un evento de agitación psicomotora.

3.Consideraciones éticas

La presente fase del proyecto fue realizada por un estudiante de posgrado en psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, en acompañamiento por dos profesores del departamento de psiquiatría con experiencia en docencia e investigación, para su desarrollo se usaron múltiples métodos entre los que se incluyen la revisión bibliográfica de la literatura, entrevistas con expertos temáticos y entrevistas con pacientes. Los participantes en el proyecto suministraron información acerca de experiencias y opiniones de acuerdo a lo descrito en la metodología del trabajo, y no recibieron alicientes económicos o en especie, ni fueron sujetos de intervenciones terapéuticas por parte del grupo investigador; adicionalmente, fueron informados a cabalidad acerca del protocolo de investigación y las consideraciones del grupo investigador para tratamiento de datos, tal que la información suministrada fue registrada bajo caracteres numéricos ordinales para su organización, sin incluir datos de identificación formal para ninguno de los participantes; los datos así registrados fueron de libre acceso para todos los interesados en el proyecto; de acuerdo con estas condiciones hicieron parte del proyecto únicamente quienes aceptaron los términos pactados y otorgaron su consentimiento informado para tal fin.

Los procesos descritos, fueron presentados al comité de ética de la Facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia, en donde fue avalada su realización, bajo la calificación de un estudio “sin riesgo”, de acuerdo con lo dispuesto en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (1993).

4. Resultados

4.1 Revisión ampliada de la literatura sobre los procesos de agitación psicomotora y la violencia en los servicios de urgencias

Se realizó una revisión ampliada de la literatura tomando como guía el protocolo del instituto Joanna Briggs (Peters et al 2020); para tal fin se planteó una pregunta de investigación con varias sub-preguntas que permitieron ampliar el marco de búsqueda

- Pregunta de investigación para la revisión:
 - ¿Cómo son los eventos de agitación psicomotora en los servicios de urgencias generales?
- Sub-preguntas:
 - ¿Cuáles son las características de los eventos de agitación psicomotora en los servicios de urgencias generales?
 - ¿Cuáles son las características de los pacientes que presentan agitación psicomotora en los servicios de urgencias generales?
 - ¿Qué estrategias existen para predecir los eventos de agitación psicomotora?

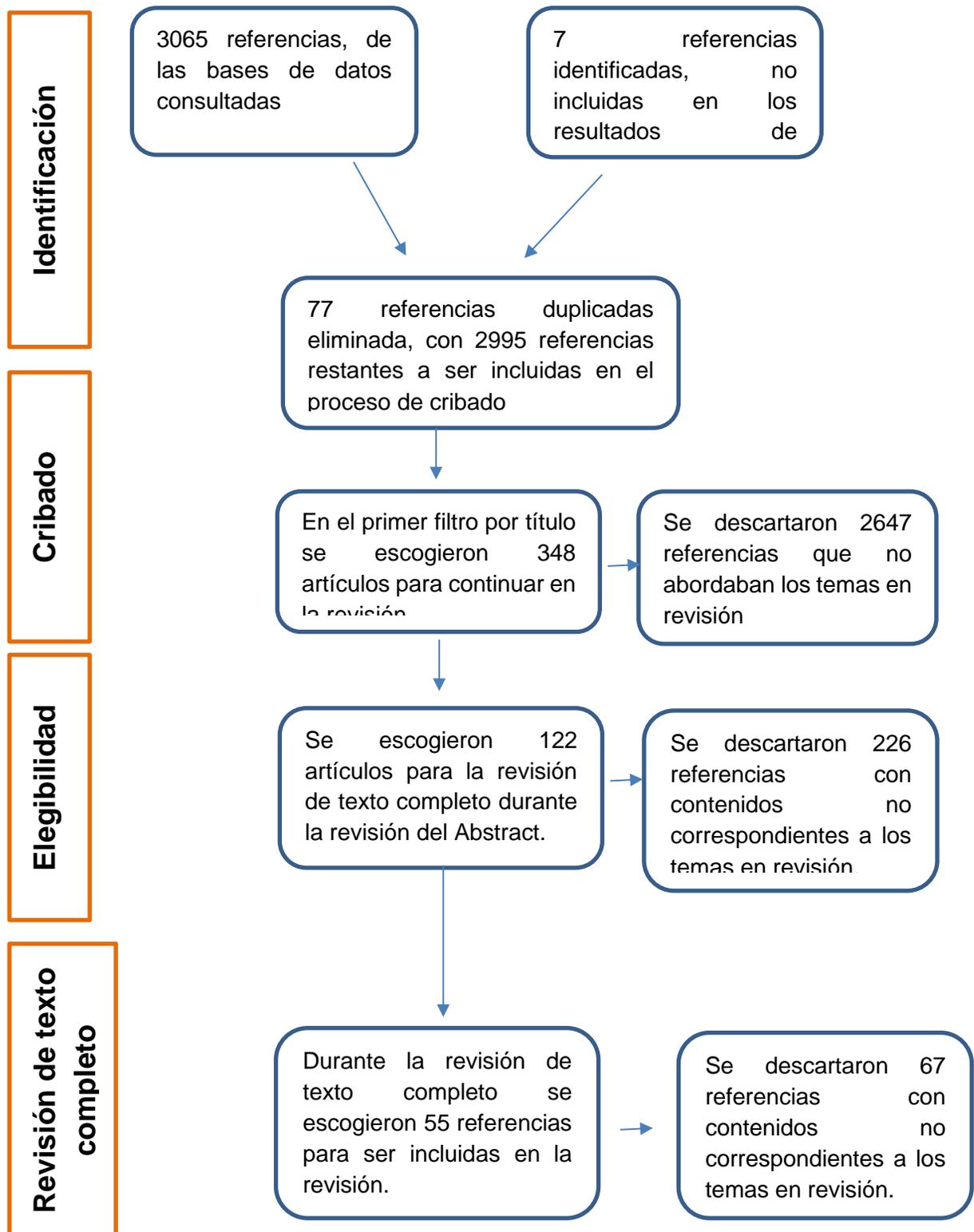
Posterior a ello se efectuó una búsqueda con las palabras claves identificadas durante el desarrollo del marco teórico (términos MESH/DECS), con una serie de búsquedas preliminares que permitieran refinar la ecuación de búsqueda para ampliar la base de resultados; seguidamente se realizó la búsqueda formal en las bases de datos Medline (por medio de Pubmed), APA Psychinfo (por medio de APA Psycnet), Cochrane, Scopus, LILACS y SCIELO.

De esta búsqueda se obtuvieron un total de 3065 referencias, de las bases de datos consultadas, encontrando 1627 en APA Psychinfo, 589 en Scopus, 360 en Medline, 83 en Cochrane; y 406 de bases en español, 63 en LILACS y 343 en SCIELO; además se

incluyeron también 7 referencias con potencial utilidad identificadas durante el proceso de lectura de las referencias seleccionadas.

Las referencias identificadas durante el proceso se organizaron en la herramienta para elaboración de revisiones sistemáticas DistillerSR, en donde se identificaron 54 duplicados previo al proceso de cribado y 23 duplicados adicionales a lo largo del proceso de revisión, uno de los investigadores se encargó de realizar el proceso de filtrado y extracción de la revisión de la literatura, para ello se realizaron dos rondas de cribado, por título y resumen ejecutivo, y una ronda de revisión de texto completo en donde se seleccionaron los artículos a incluir en el proceso final; se excluyeron 2647 referencias durante el proceso de cribado por título de referencias que no correspondían a los temas tratados en revisión, las cuales se evidenció trataban temas múltiples como la violencia sexual, la caracterización de lesiones producto de altercados violentos, intervenciones quirúrgicas en trauma, entre otros; posteriormente en el proceso de cribado por abstract/resumen ejecutivo, se excluyeron 226 referencias adicionales que no respondían a las preguntas orientadoras de la revisión; finalmente el investigador a cargo del proceso de revisión de la literatura, realizó la evaluación de texto completo, en donde de acuerdo al criterio del revisor único se excluyeron 67 referencias, 4 de las cuales correspondían a artículos de tipo opinión que no ofrecían aportes significativos para dar respuesta a los interrogantes orientadores de la revisión, las restantes si bien abordaban los fenómenos de agitación psicomotora y/o violencia en los servicios de urgencia, no ofrecían datos acerca de su tipificación, ni su predicción, ni otro tipo de datos que pudiesen ser útiles para la construcción de un instrumento de predicción de agitación. El resumen del proceso de revisión de la literatura se expone en el grafico 1.

Gráfico 1: Proceso de revisión de literatura



De las referencias seleccionadas, se extrajeron 137 ítems que respondían a alguna de las preguntas índice de la búsqueda, los cuales se organizaron en dos categorías mayores: Factores protectores, en la que solo se asignaron 4 elementos significativos (Capacitación del personal, Servicio de vigilancia disponible, Menor dependencia funcional al ingreso, Mayor cantidad de atención otorgada por enfermería); y factores de riesgo de agitación en la que se incluyeron los 132 elementos restantes, los cuales se repartieron en 7 dominios teóricos: Condiciones del centro asistencial, Datos de identificación y condiciones psicosociales, Antecedentes generales, Condiciones médicas generales (previas y actuales), Antecedentes en salud mental, Signos y síntomas mentales actuales, Condiciones de la hospitalización actual.

Los ítems con mayor frecuencia de reporte dentro de los artículos revisados fueron: Intoxicación aguda por sustancias psicoactivas o alcohol (29 referencias), Historia de enfermedad mental (24 referencias), y Sexo masculino e Historia de violencia en entornos médicos y no médicos (17 referencias); también mostraron una frecuencia significativa, con más de 10 reportes dentro de las referencias, los ítems: Tiempos de espera prolongados, Instalaciones físicas inadecuadas (ruido, escaso espacio, objetos peligrosos), Insatisfacción con las decisiones medicas y/o políticas del hospital, Edad (menor de 40), Síntomas psicóticos activos, Irritable, Excitado/inquieto, Hostil-confrontativo, Grita/eleva la voz, Profiere amenazas de agresión.

Los resultados completos se encuentran resumidos en la tabla 2.

Tabla 4-1: Resultados revisión de literatura					
Categorías	Dominios	Sub - dominios	Indicadores	Referen- cias a favor	Referencias en contra
Factores de riesgo de agitación	Condiciones del centro asistencial	Condiciones del centro asistencial	Tiempos de espera prolongados	14	
			Servicios de 24 horas	2	
			Hora de la atención (6pm - 7am)	8	
			Personal inexperto	4	
			Habilidades de comunicación del personal	8	
			Personal poco amable	1	
			Personal bajo estrés	2	
			Unidades con personal únicamente femenino	1	
			Entorno (consumo de SPA, pandillas, etc.)	3	
			Población atendida	2	
			Personal insuficiente	4	
			Instalaciones físicas inadecuadas (ruido, escaso espacio, objetos peligrosos)	13	
			Datos de identificación y condiciones psicosociales	Datos de identificación y condiciones psicosociales	Edad mayor de 70
	Edad (menor de 40)	11			1
	Sexo masculino	17			1
	Soltero- Divorciado /relaciones inestables	6			
	Antecedentes penales	5			
	Arresto/encarcelamiento reciente	1			
	Desempleo	1			
	Nivel socioeconómico bajo	1			
	Falta de apoyo social	3			
	Dificultades tempranas para la adaptación	2			
	Personas sin vivienda	1			
	Antecedentes generales	Antecedentes generales	Historia de violencia (entornos médicos y no)	17	
			Paciente joven durante el primer episodio de violencia	2	

			Diagnóstico de alguna discapacidad	2			
			Eventos estresantes recientes /estrés actual	3			
			Pacientes o familiares bajo estrés	4			
			Historia de incumplimiento con la medicación	2			
			Pacientes frágiles	1			
			Menor funcionalidad	2			
	en Condiciones medicas (previas y actuales)	en Condiciones medicas (previas y actuales)	Patologías orgánicas	5			
			Deficiencia de vitaminas	1			
			Medicamentos (lamotrigina)	2			
			Epilepsia - convulsiones	4			
			Enfermedad de Parkinson	2			
			Esclerosis Múltiple	1			
			Enfermedad de Huntington	1			
			Demencias	5			
			Infecciones (sífilis, HBV, VIH, etc)	1			
			Endocrinopatías	4			
			Trastorno mental orgánico	2			
			Delirium	7			
			Lesiones cerebrales (trauma, neoplasia, ACV)	7			
			Infecciones SNC	5			
			Infecciones sistémicas	1			
			Enfermedades respiratorias	2			
			Hipoxia	1			
			Alteraciones metabólicas o hidroelectrolíticas	6			
			Perdida de peso involuntaria	1			
			Hemiparesia	1			
			Anisocoria	1			
			Intolerancia al calor	1			
			Pacientes con heridas físicas	1			
			Pacientes con dolor	7			
			Antecedentes salud mental	Antecedentes salud mental	Historia de enfermedad mental	24	
					Enfermedad mental de dx reciente	1	
	Autismo	1					
Déficit cognitivo	5						
Trastornos por estrés (TEPT, TEA)	6						

			Trastorno de Ansiedad	4	
			TAB	9	
			Esquizofrenia	9	
			Trastornos de personalidad	8	
			Pacientes impulsivos	10	
			Antecedente de consumo de SPA - OH	6	
			Psicopatía	3	
			Antecedente de intentos de suicidio	3	
	Signos y síntomas mentales actuales	Condiciones psicopatológicas actuales	Depresión	4	
			manía	3	
			Delirios paranoides	3	
			Intento de suicidio actual	3	
			Ideación suicida activa	2	
			Pacientes ansiosos	7	
			Pacientes psicóticos	11	
			Pacientes confusos	7	
			Pacientes catatónicos	1	
			Fallas en la introspección	1	
			prospección no realizable	1	
			intoxicación aguda (SPA-OH)	29	
			Abstinencia (OH, SPA)	5	
			Signos clínicos actuales	Demandante	9
		"Pasea por el servicio"		7	
		Alteraciones en la concentración		1	
		Incapacidad para comunicarse		1	
		Dificultades del paciente para procesar información		1	
		Temblor		1	
		Suspicaz		2	
		Asustado		1	
		Animo lábil		1	
Irritable	14				
Excitado/inquieto	14				
Habla rápida	2				
Hostil- confrontativo	12				
Juicio comprometido	1				
Comportamiento frío e impersonal	1				
Signos clínicos	Grita/eleva la voz	13			
	irrespetuoso, sarcástico	3			

			usa insultos - apodos	1			
			Discurso violento/hostil	8			
			Amenazas de agresión	13			
			Amenaza con retirarse del servicio	1			
			Acusaciones contra el personal/los señala	3			
			Expresión Facial agresiva - enojada	4			
			Rostro enrojecido	3			
			Mandíbula apretada	4			
			Fosas nasales ensanchadas	1			
			Pupilas dilatadas	2			
			Asumir posición de ataque	1			
			Ojos muy abiertos- Contacto visual permanente	8			
			Transpiración excesiva	1			
			respiración agitada	1			
			se niega a seguir ordenes	2			
			Poca cooperación/actitudes negativas	9			
			Actitud intimidante	6			
			Expandir el tórax y ensanchar los hombros	1			
			Puños apretados	5			
			agitar el puño cerrado	1			
			elevar el puño por encima del hombro	1			
			Golpear/ tirar objetos	7			
			Buscar objetos para agredir	1			
			Invasión del espacio personal	5			
			Condiciones de la hospitalización actual	Condiciones de la hospitalización actual	insatisfacción con las decisiones medicas/ políticas del hospital	12	
					Pacientes que cometen robos al interior de la institución	1	
					Pacientes con internación involuntaria (alta psiquiátrica)	6	
Condiciones ingreso	Ingreso reciente a urgencias	5					
	Ingresar en malas condiciones	1					
	Pacientes que ingresan en ambulancia	1					
	Pacientes que ingresan inmovilizados	1					

			Pacientes traídos por la policía	5	
			Porte de armas al ingreso	2	
		Otros	Cicatrices/tatuajes	1	
			Pacientes con riesgo de caídas	1	
Factores protectores			Capacitación del personal	5	
			Servicio de vigilancia disponible	2	
			Menor dependencia funcional al ingreso	1	
			Mayor cantidad de atención otorgada por enfermería	1	

4.2 Entrevistas con Expertos

Se realizaron entrevistas con profesionales en el área de la salud con amplia experiencia en la atención de pacientes agitados; se realizaron 3 entrevistas con psiquiatras con experiencia en múltiples áreas incluida la atención de urgencias y el seguimiento de pacientes hospitalizados; adicionalmente se realizaron entrevistas con 3 enfermeras, 2 jefes de enfermería y una auxiliar de enfermería; y 3 entrevistas con médicos generales.

Los expertos entrevistados fueron 9 personas, 4 mujeres y 5 hombres, 3 de ellos profesionales con especialización completada, 2 profesionales con especialización en curso, 3 profesionales y 1 con formación técnica; la experiencia en sus respectivas áreas estuvo entre 1 y 30 años, con un promedio de 6.5 años de experiencia entre los participantes; todos reportaron tener amplia experiencia en el manejo de pacientes agitados.

Las entrevistas se realizaron por vía virtual en 7 de los 9 entrevistados, y en los 2 restantes se hicieron de forma presencial, la duración media de las entrevistas fue de 19 minutos, todos los participantes estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, 6 de ellos dejaron registro de su aprobación por medio de la firma del consentimiento informado y en los 3 restantes se documentó durante la grabación de la entrevista su aprobación de forma verbal.

De las entrevistas, se extrajeron 77 ítems, que correspondían a alguna de las categorías de riesgo de agitación, identificadas durante la etapa previa; de dichos ítems, 21 eran con posibles predictores no identificados durante la etapa de revisión, y los 56 restantes correspondían a predictores similares/iguales a los descritos en la literatura; ninguno de dichos ítems hace parte de la categoría de factores protectores para la agitación.

Los ítems reportados con mayor frecuencia durante las entrevistas fueron, las habilidades pobre de comunicación del personal y el antecedente de consumo de sustancias

psicoactivas por parte de los pacientes (descritos por 6/9 entrevistados); otros ítems frecuentemente mencionados fueron: el estado de excitación/inquietud motora del paciente, elevar el volumen de la voz/gritar por parte del paciente, el personal con menor experiencia, la intoxicación y abstinencia por alcohol o sustancias psicoactivas, la búsqueda de objetos para agredir, la negación a seguir ordenes, los pacientes con alucinaciones auditivas y los paciente que ignorados por el personal o con peticiones no atendidas. Los resultados completos se encuentran resumidos en la tabla 4-2

Tabla 4-2: Entrevistas con expertos		
Categorías de predicción	Indicadores	N° de veces mencionados
Condiciones del centro asistencial	Habilidades de comunicación del personal (pobres)	6
	Personal inexperto	4
	Personal con escasas habilidades de contención	3
	Personal insuficiente	1
	Hacinamiento	3
	Instalaciones físicas inadecuadas (ruido, escaso espacio, objetos peligrosos)	2
	Población atendida (peores condiciones sociodemográficas)	1
	Personal poco amable	3
	Tiempos de espera prolongados	1
	Entorno (consumo de SPA, pandillas, etc.)	1
	Hora de la atención (12 am a 3 am)	1
	Personal de atención masculino	2
Datos de identificación y condiciones psicosociales	Sexo masculino	1
	Tercera edad (mayor de 60 años)	1
	Personas que se desempeñan en labores manuales	1
	Edad (menor de 40)	1
	Falta de apoyo social	1
	Arresto/encarcelamiento reciente	1
Condiciones al ingreso	Pacientes con porte francamente descuidado	1
Antecedentes generales	Historia de violencia (agitación previa)	3
	Eventos estresantes recientes /estrés actual	2
	Antecedente de abuso sexual/físico (víctima)	1
Condiciones médicas (previas y actuales)	Delirium	4
	Intoxicaciones por medicamentos y/o sustancias tóxicas	3
	Lesiones cerebrales (trauma, neoplasia, ACV)	1
	Demencias	1
	Epilepsia - convulsiones	1
Antecedentes en salud mental	Trastornos de personalidad	3
	Antecedente de consumo de SPA - OH	6

	Patología dual (enfermedad mental y consumo)	1	
	Historia de enfermedad mental	1	
	Personalidad múltiple	1	
	Esquizofrenia	1	
	Déficit cognitivo	2	
	TAB	1	
Condiciones psicopatológicas actuales	Pacientes psicóticos	4	
	Pacientes ansiosos	3	
	intoxicación aguda (SPA-OH)	4	
	Abstinencia (OH, SPA)	4	
	Alucinaciones auditivas (soliloquios, risas inmotivadas)	4	
	Intento de suicidio actual	1	
	Alucinaciones visuales	1	
Signos clínicos actuales	Delirios paranoides	1	
	Cambios en el patrón de conducta	3	
	Demandante	3	
	Pacientes que advierten que se van a agitar o que se sienten "intranquilos/irritados"	3	
	Respiración agitada	2	
	Incremento en la frecuencia cardiaca (sin otra explicación clínica)	3	
	Excitado/inquieto	5	
	Transpiración excesiva	2	
	Desorientado	1	
	Pacientes que se aíslan - interaccionan poco (agudo)	1	
	Pacientes irritables	3	
	<u>Cambios en la expresión verbal</u>	1	
	"pasean por el servicio"	1	
	suspicaz	1	
	Ojos muy abiertos- Contacto visual permanente	1	
	Expresión Facial agresiva - enojada	1	
	Se observa agitado/agresivo con los acompañantes	2	
	Hostil- confrontativo	1	
	Signos clínicos actuales (signos "clásicos" de agitación inminente)	Buscar objetos para agredir	4
		Elevar el puño por encima del hombro	2
Se niega a seguir ordenes		4	
Grita/eleva la voz		5	
Acusaciones contra el personal/los señala		1	
Actitud intimidante		2	
Expandir el tórax y ensanchar los hombros		1	
Puños apretados		1	

	Amenaza con retirarse del servicio	2
	usa insultos - apodos	1
	irrespetuoso, sarcástico (descalificadores)	1
	Discurso violento/hostil	1
Condiciones de la hospitalización actual	Pacientes con internación involuntaria	3
	Necesidades básicas no satisfechas dentro del hospital (refugio, abrigo, alimentación, aseo)	3
	Insatisfacción con las decisiones medicas/ políticas del hospital	1
	Pacientes ignorados por el personal - con peticiones no atendidas	4
Otros	Eventos de agitación recientes en otros pacientes	1

4.3 Entrevistas con Pacientes

Se realizaron entrevistas con pacientes con historia de haber presentado al menos un episodio de agitación psicomotora a lo largo de su vida; se realizaron un total de 3 entrevistas, 2 de los entrevistados eran mujeres, dos de los entrevistados tenían diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, e historia personal de consumo de sustancias psicoactivas, el otro participante no tenía diagnóstico por psiquiatría, la escolaridad entre los participantes fue diversa, uno profesional, uno con estudios técnicos y uno bachiller; todos reportaron tener historia de al menos un episodio de agitación propio en su vida y haber presenciado múltiples episodios en terceros; dos de las entrevistas se realizaron de forma presencial y una de ella por medios virtuales; todos los participantes estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, y dejaron registro de su aprobación por medio de la firma del consentimiento informado.

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 12 minutos y abordaron temas relacionados a las experiencias propias de agitación y las observadas en terceros. De las entrevistas, se extrajeron 16 ítems, que correspondían a alguna de las categorías teóricas de riesgo de agitación, identificadas durante la etapa de revisión bibliográfica; de dichos ítems, 5 eran con posibles predictores no identificados durante la etapa de revisión bibliográfica, tres de ellos ya habían sido descritos en las entrevistas con expertos, y los 11 restantes correspondían a predictores similares/iguales a los descritos en la literatura; ninguno de dichos ítems hacían parte de la categoría de factores protectores para la agitación.

Los ítems con mayor frecuencia de reporte dentro de las entrevistas fueron las fallas en la introspección y la irritabilidad. Los resultados completos se encuentran resumidos en la tabla 4-3.

Tabla 4-3: Entrevistas con pacientes		
Categorías de predicción	Indicadores	N° de veces mencionados

Antecedentes generales	Eventos estresantes recientes /estrés actual	1
Condiciones psicopatológicas actuales	Fallas en la introspección	2
	Abstinencia (OH, SPA)	1
	manía	1
	Pacientes psicóticos	1
Signos clínicos actuales	sensación de frustración	1
	Pacientes irritables	2
	Reconoce que se siente mal y pide ayuda	1
	Alucinaciones auditivas	1
	asustado	1
Signos clínicos actuales (signos "clásicos" de agitación inminente)	Golpear/ tirar objetos	1
	Amenazas de agresión	1
Condiciones de la hospitalización actual	insatisfacción con las decisiones medicas/ políticas del hospital	1
	Pacientes con internación involuntaria (alta psiquiátrica)	1
	Discusiones / rencillas con otros pacientes	1
Otros	El personal de salud siente temor	1

4.4 Selección de los ítems a incluir en el cuestionario de predicción de agitación psicomotora

Se realizaron dos reuniones por medio de plataformas virtuales entre los tres investigadores del proyecto, la primera de ellas el día 7 de septiembre del 2021, en donde se discutieron los hallazgos de la revisión bibliográfica, sobre los cuales se decidió que con la intención de ampliar la sensibilidad del instrumento preliminar se deberían incluir todos los ítems encontrados hasta el momento; adicionalmente se discutió acerca del proceso de entrevistas con expertos y pacientes, y se concertaron los lineamientos generales para la realización de las entrevistas con expertos y pacientes.

La segunda reunión se realizó el día 12 de noviembre de 2021, en esta reunión se presentaron los hallazgos de las tres etapas ya terminadas (revisión bibliográfica, entrevistas con expertos y entrevistas con pacientes); en línea con lo considerado en la primera reunión se decidió incluir todos los ítems encontrados, pero se realizaron agrupaciones entre elementos que describían fenómenos similares/iguales, con lo cual se consolidó una lista de 147 ítems; sobre dicha lista se discutió acerca de la opción de hacer preguntas secuenciales a modo de árbol de decisiones para acortar el tiempo de aplicación del instrumento preliminar, sin embargo, finalmente se acordó que se realizarían preguntas específicas para cada uno de los ítems, con el fin de evitar el riesgo de omisiones en el reporte de información relacionadas a confusiones que se puedan dar por la agrupación

en categorías y las preguntas de tipo árbol de decisión; esto manteniendo en mente que el instrumento preliminar deberá ser refinado durante a la segunda fase del proyecto y que en el momento lo mas relevante es facilitar la recolección de datos fidedignos sobre el mismo, para determinar con el mayor grado de certeza cuáles serán los elementos predictores sobre los cuales se construirá el instrumento final.

4.5 Construcción del instrumento preliminar

Para la construcción del instrumento preliminar se tomaron los 147 ítems identificados durante el proceso de revisión, entrevistas con expertos y entrevistas con pacientes; se agruparon de acuerdo con un orden secuencial de los hallazgos iniciando por condiciones específicas de los centros asistenciales y terminando en hallazgos clínicos durante la valoración; y se agruparon para facilitar su aplicación, en dos grandes categorías: condiciones externas al paciente (propias del centro asistencial o del personal de atención en salud) y condiciones del paciente; los cuales a su vez se agruparon en nueve secciones (condiciones de los centros de atención, condiciones del personal de salud, datos de identificación del paciente, condiciones del ingreso/estancia en el centro asistencial, antecedentes generales del paciente, condiciones médicas generales actuales y previas, antecedentes en salud mental, condiciones psicopatológicas actuales y signos clínicos actuales).

Las preguntas para evaluar cada ítem se realizaron haciendo uso de un lenguaje sencillo, que facilitara su comprensión por parte de personas con diferentes niveles de formación académica y experiencia en salud mental; la mayoría de ellas son de respuesta cerrada con opciones múltiples y 5 de ellas además solicitan datos adicionales (son preguntas de tipo binario en las que la opción Si, requiere aclaración). La propuesta completa del instrumento preliminar se encuentra en el anexo A

5. Discusión y conclusiones

La agitación psicomotora (AP) es un proceso relativamente frecuente, que es atendido en el mayor número de ocasiones por personas no expertas en salud mental, hasta al 60% de todas las valoraciones por personal prehospitalario del centro regulador de urgencias (CRUE) de Bogotá se deben a este fenómeno (25).

Por sus características es un suceso difícil de anticipar, que clásicamente se ha abordado desde la experiencia clínica del profesional a cargo para su evaluación y tratamiento, pues a pesar de que existen múltiples herramientas que pretenden dar un acercamiento a este tipo de fenómenos, estas obedecen a modelos establecidos para escenarios específicos y requieren ser aplicados por personal entrenado, situación que dista de lo que podría considerarse necesario en la práctica diaria de los servicios de urgencias; sin embargo, al examinar con detenimiento estas herramientas se observan características comunes en la evaluación, lo que sugiere que existen factores nucleares que podrían identificarse para ser usados en herramientas de predicción con un uso menos restrictivo.

Consideraciones que en resumen comprueban que los procesos de agitación psicomotora son eventos complejos, difíciles de predecir, y que probablemente ha ocasionado la ausencia de instrumentos fiables disponibles actualmente; ante esto se ha decidido por parte del grupo, como medida para ampliar la posibilidad de éxito en la identificación de características comunes a los procesos de agitación, incluir todas las variables descritas a lo largo de las diferentes etapas de este proceso de construcción; sin embargo, aún quedan múltiples obstáculos por salvar durante el proceso de refinamiento propuesto para la segunda fase de este proyecto, algunas de las más significativas identificadas hasta ahora son:

- Establecer que es agitación psicomotora y como se diferencia de violencia: considerando que durante la revisión se identificó que con frecuencia en la literatura estos conceptos se utilizan de forma intercambiable, pero es más frecuente la descripción de violencia en la literatura que la de agitación; mas aun, no se cuenta

claridad acerca de si son entidades divergentes, si corresponden a un mismo continuum o si por el contrario y en reflejo a lo evidenciado en la literatura son en esencia la misma condición pero con diferentes descriptores de categoría.

- La elección de la forma de medición del evento interés: que teniendo en cuenta lo ya descrito podría corresponder a una evaluación dimensional o categórica según se defina la relación entre las dos grandes categorías expuestas en 1.
- La determinación de la frecuencia de aplicación del instrumento: Atendiendo a que las variables descritas obedecen tanto a factores dinámicos como estáticos y por consiguiente no tienen una capacidad de predicción continua, si no que podrían requerir evaluaciones continuadas para evaluar el riesgo de forma activa.

Así pues, aunque el camino no queda completamente llano hacia el futuro para completar el objetivo general del proyecto de construir un instrumento de predicción e agitación psicomotora en adultos en urgencias generales, a este punto ya se han sorteado obstáculos, en respuesta a lo planteado como objetivo general para esta fase del proyecto se ha logrado efectivamente construir un instrumento preliminar de predicción, para evaluar en las fases subsiguientes.

A. Anexo: “Instrumento preliminar para la predicción de episodios de agitación psicomotora en el servicio de urgencias de un hospital general”.

El presente instrumento tiene la intención de evaluar aspectos de los centros asistenciales, el personal de atención en salud y el paciente, con la intención de generar un modelo de predicción clínico para los eventos de agitación psicomotora en pacientes adultos que asisten al servicio de urgencias de un hospital general.

Los ítems por evaluar se han agrupado para facilitar su aplicación, en condiciones externas al paciente (propias del centro asistencial o del personal de atención en salud) y condiciones del paciente; algunos de ellos obedecen a condiciones permanentes de los centros de atención y de los pacientes mientras otros se refieren a condiciones dinámicas a ser evaluadas durante el seguimiento del paciente en su estancia en la unidad de urgencias.

Las preguntas para evaluar cada ítem se han realizado en lenguaje sencillo para facilitar y agilizar su aplicación, la mayoría de ellas son de respuesta cerrada y solo en contadas excepciones se solicitan datos específicos por medio de preguntas abiertas.

Condiciones de los centros de atención:

1. ¿El servicio de urgencias es de 24 horas?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿El centro de atención se encuentra localizado en un entorno con consumo frecuente de estupefacientes, actividad de pandillas y/o actividad criminal?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿Es la población atendida preferentemente por este centro de atención es una población especial (migrantes, grupos étnicos, grupos minoritarios), o que cuenta con condiciones socioeconómicas desfavorables?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿Son las instalaciones físicas del centro de atención adecuadas? (cuentan con espacio suficiente para los pacientes, condiciones que favorezcan un entorno de

bajo ruido, adecuadas condiciones de iluminación, es decir son entornos seguros sin riesgos físicos ni objetos peligrosos al alcance de los pacientes)

- a. Si
 - b. No
5. ¿Los pacientes dentro del servicio se encuentran en condición de hacinamiento?
 - a. Si
 - b. No
 6. ¿Hay personal de vigilancia disponible en todo momento en el centro de atención en salud?
 - a. Si
 - b. No

Condiciones del personal de salud

1. ¿El centro de atención en salud cuenta con suficiente personal para la atención de los pacientes que asisten al servicio?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿El personal del servicio está compuesto mayoritariamente por personas de género?
 - a. Masculino
 - b. Femenino
 - c. Transgénero
3. ¿El personal de atención del servicio cuenta con amplia experiencia en la atención de pacientes en urgencias?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿Son las habilidades de comunicación del personal del servicio adecuadas?
 - a. Si
 - b. No
5. ¿Son las habilidades de contención verbal del personal de salud del centro de atención adecuadas?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿Es el personal del servicio amable?
 - a. Si
 - b. No
7. ¿se encuentra el personal de atención del servicio sufriendo situaciones de estrés (personal, laboral, económico)?
 - a. Si
 - b. No

Datos de identificación del paciente

1. ¿A qué grupo etario pertenece al paciente?
 - a. 18 a 40 años
 - b. 41 a 65 años
 - c. Mas de 65 años
2. ¿cuál es el género del paciente?
 - a. Masculino
 - b. Femenino

- c. Transgénero
- 3. ¿Cuál es el estado civil del paciente?
 - a. Soltero
 - b. Unión libre
 - c. Casado
 - d. Divorciado/separado
 - e. Viudo
- 4. ¿Cuál es la condición laboral del paciente? ¿En qué oficio se desempeña?
 - a. Desempleado
 - b. Trabajo informal, ¿Cuál?:
 - c. Vinculación laboral formal, ¿Cuál?:
 - d. Estudiante
 - e. Pensionado
- 5. ¿A que estrato socioeconómico pertenece el paciente?
 - a. 1-2
 - b. 3-4
 - c. 5-6
- 6. ¿El paciente cuenta con apoyo social adecuado?
 - a. Si
 - b. No

Condiciones del ingreso/estancia en el centro asistencial

- 1. ¿el paciente ingresó en ambulancia?
 - a. Si
 - b. No
- 2. ¿el paciente ingresó traído por la policía?
 - a. Si
 - b. No
- 3. ¿al momento del ingreso el paciente se encontraba inmovilizado?
 - a. Si
 - b. No
- 4. ¿cuánto tiempo ha pasado desde el ingreso del paciente a urgencias?
- 5. ¿Era la presentación personal del paciente del ingreso francamente descuidada o desarreglada?
 - a. Si
 - b. No
- 6. ¿el paciente tiene cicatrices o tatuajes?
 - a. Si
 - b. No
- 7. ¿el paciente porta armas al ingreso al centro de atención en salud?
 - a. Si
 - b. No
- 8. ¿el paciente ha referido o demostrado encontrarse insatisfecho con las decisiones médicas o las políticas del centro de atención en salud?
 - a. Si
 - b. No
- 9. ¿Las peticiones del paciente han sido atendidas por el personal a su cargo?
 - a. Si

- b. No
- 10. ¿están las necesidades básicas del paciente dentro del hospital cubiertas? (cuenta con: refugio, abrigo, alimentación, implementos e instalaciones para asearse)
 - a. Si
 - b. No
- 11. ¿Durante su estancia en el servicio el paciente ha participado en rencillas o discusiones con otras personas al interior del centro de atención en salud?
 - a. Si
 - b. No
- 12. ¿El paciente ha cometido robos al interior de la institución?
 - a. Si
 - b. No
- 13. ¿El paciente se encuentra internado en contra de su voluntad o en espera de alta por psiquiatría?
 - a. Si
 - b. No
- 14. ¿se han agitado recientemente otros pacientes dentro del servicio?
 - a. Si
 - b. No
- 15. ¿el personal de salud se siente atemorizado ante el paciente?
 - a. Si
 - b. No

Antecedentes generales

- 1. ¿El paciente tiene antecedentes penales conocidos o se encuentra actualmente involucrado en un proceso legal en su contra?
 - a. Si
 - b. No
- 2. ¿El paciente tiene historia de tomar parte en acciones violentas o ha presentado episodios de agitación en el pasado?
 - a. Si
 - b. No
- 3. ¿Era el paciente joven durante su primer episodio de violencia/agitación?
 - a. Si
 - b. No
- 4. ¿Ha estado sometido el paciente a situaciones de estrés en los últimos días?
 - a. Si
 - b. No
- 5. ¿El paciente ha sido víctima de abuso físico o sexual?
 - a. Si
 - b. No
- 6. ¿El paciente tiene historia de haber presentado dificultades para adaptarse a situaciones estresantes durante su adolescencia - juventud?
 - a. Si
 - b. No
- 7. ¿a lo largo de su vida el paciente se ha caracterizado por hacer adecuado seguimiento de los planes de tratamiento médico?
 - a. Si

b. No

Condiciones medicas generales actuales y previas

1. ¿Es el paciente "frágil"?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿Tiene el paciente disminución en su funcionalidad (alteraciones en las actividades instrumentales o de básico cuidado)?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿cuál es el riesgo de caída del paciente? (especifique el nivel de riesgo y la escala usada para su medición)

4. ¿Tiene el paciente diagnóstico de alguna discapacidad (sensorial, mental o física)?
 - a. Si
 - b. No
5. ¿Sufre el paciente una patología médica general?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿utiliza actualmente algún medicamento?
 - a. Si, ¿cuál?
 - b. No
7. ¿tiene diagnóstico de alguna enfermedad de transmisión sexual (sífilis, VIH, HBV, etc)?
 - a. Si
 - b. No
8. ¿El paciente tiene diagnóstico de una enfermedad respiratoria?
 - a. Si, ¿cuál?
 - b. No
9. ¿El paciente presenta actualmente hipoxia? (saturación en pulso oximetría inferior al 90%)
 - a. Si
 - b. No
10. ¿Tiene diagnóstico de alguna endocrinopatía?
 - a. Si
 - b. No
11. ¿El paciente cursa con una alteración metabólica o hidroelectrolítica?
 - a. Si
 - b. No
12. ¿El paciente ha tenido pérdida de peso involuntaria en los últimos meses?
 - a. Si
 - b. No
13. ¿se le ha diagnosticado una deficiencia de vitaminas?
 - a. Si
 - b. No
14. ¿Tiene diagnóstico de epilepsia o ha presentado convulsiones?

- a. Si
- b. No
- 15. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad de Parkinson?
 - a. Si
 - b. No
- 16. ¿tiene diagnóstico de esclerosis múltiple?
 - a. Si
 - b. No
- 17. ¿tiene diagnóstico de enfermedad de Huntington?
 - a. Si
 - b. No
- 18. ¿Ha sufrido lesiones cerebrales (traumatismos, neoplasias, ACV)?
 - a. Si
 - b. No
- 19. ¿El paciente cursa con (tiene sospecha) una infección del sistema nervioso central?
 - a. Si
 - b. No
- 20. ¿el paciente cursa con un déficit neurológico focal?
 - a. Si
 - b. No
- 21. ¿El paciente presenta intolerancia al calor?
 - a. Si
 - b. No
- 22. ¿tiene diagnóstico de un trastorno mental orgánico?
 - a. Si
 - b. No
- 23. ¿cursa actualmente con delirium?
 - a. Si
 - b. No
- 24. ¿tiene diagnóstico de algún tipo de demencia?
 - a. Si
 - b. No
- 25. ¿el paciente cursa con una intoxicación aguda por medicamentos o sustancias tóxicas?
 - a. Si
 - b. No
- 26. ¿El paciente presenta heridas físicas?
 - a. Si
 - b. No
- 27. ¿el paciente se queja de dolor en el momento de la valoración?
 - a. Si
 - b. No

Antecedentes en salud mental

- 1. ¿El paciente tiene antecedentes de alguna enfermedad mental?
 - a. Si
 - b. No
- 2. ¿el paciente ha sido diagnosticado recientemente con una enfermedad mental?

- a. Si
- b. No
3. ¿el paciente ha sido diagnosticado con autismo?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿el paciente ha sido diagnosticado con algún grado de déficit cognitivo?
 - a. Si, ¿Cuál?
 - b. No
5. ¿el paciente ha sido diagnosticado con alguno de los trastornos por estrés del DSM 5?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿El paciente ha sido diagnosticado con un trastorno de ansiedad?
 - a. Si
 - b. No
7. ¿El paciente ha sido así con trastorno afectivo bipolar?
 - a. Si
 - b. No
8. ¿el paciente ha sido diagnosticado con esquizofrenia?
 - a. Si
 - b. No
9. ¿el paciente ha sido diagnosticado (o tiene rasgos marcados) con un trastorno de personalidad?
 - a. Si, ¿cuál?
 - b. No
10. ¿el paciente ha sido diagnosticado con rasgos de psicopatía?
 - a. Si
 - b. No
11. ¿El paciente ha sido/es caracterizado como impulsivo?
 - a. Si
 - b. No
12. ¿el paciente tiene antecedentes de intentos de suicidio?
 - a. Si
 - b. No
13. ¿el paciente tiene antecedentes de consumo de alcohol o sustancias psicoactivas?
 - a. Si
 - b. No

Condiciones psicopatológicas actuales

1. ¿el paciente cursa actualmente con síntomas depresivos o depresión?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿el paciente cursa actualmente con un episodio maniaco?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿el paciente presenta en la actualidad delirios paranoides?
 - a. Si
 - b. No

4. ¿el paciente cursa en la actualidad con un intento de suicidio?
 - a. Si
 - b. No
5. ¿el paciente tiene ideación suicida activa?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿el paciente se encuentra ansioso?
 - a. Si
 - b. No
7. ¿el paciente se encuentra psicótico en la actualidad?
 - a. Si
 - b. No
8. ¿el paciente cursa con alucinaciones auditivas (soliloquios, risas inmotivadas, etc)?
 - a. Si
 - b. No
9. ¿El paciente cursa cuando alucinaciones visuales?
 - a. Si
 - b. No
10. ¿El paciente se encuentra confuso?
 - a. Si
 - b. No
11. ¿el paciente presenta signos de catatonía o ha sido diagnosticado con esta condición?
 - a. Si
 - b. No
12. ¿el paciente presenta fallas en la introspección (capacidad de reconocer su enfermedad/condición clínica)?
 - a. Si
 - b. No
13. ¿El paciente tiene una prospección desviada o no realizable?
 - a. Si
 - b. No
14. ¿el paciente cursa con intoxicación aguda por alcohol o sustancias psicoactivas?
 - a. Si
 - b. No
15. ¿el paciente cursa con abstinencia por alcohol o sustancias psicoactivas?
 - a. Si
 - b. No

Signos clínicos actuales

1. ¿Es el paciente demandante?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿el paciente se pasea/traslada constantemente dentro del servicio?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿el paciente presenta alteraciones en la capacidad para concentrarse?
 - a. Si

- b. No
4. ¿el paciente cuenta con alguna dificultad para comunicarse?
 - a. Si
 - b. No
5. ¿El paciente comprende adecuadamente la información que se le brinda?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿El paciente ha tenido cambios agudos en su forma de comportarse?
 - a. Si
 - b. No
7. ¿el paciente ha descrito o parece sentirse frustrado?
 - a. Si
 - b. No
8. ¿el paciente le ha advertido que se siente intranquilo/irritado, o que siente que va a perder el control?
 - a. Si
 - b. No
9. ¿el paciente se ha aislado repentinamente?
 - a. Si
 - b. No
10. ¿el paciente ha tenido cambios en su forma de expresarse?
 - a. Si
 - b. No
11. ¿anotado al paciente agitado o agresivo con sus acompañantes?
 - a. Si
 - b. No
12. ¿El paciente tiene temblor en sus extremidades o esqueleto axial?
 - a. Si
 - b. No
13. ¿el paciente parece encontrarse suspicaz?
 - a. Si
 - b. No
14. ¿el paciente parece encontrarse asustado?
 - a. Si
 - b. No
15. ¿El paciente presenta cambios bruscos y frecuentes en su estado de ánimo?
 - a. Si
 - b. No
16. ¿el paciente parece estar enojado o se irrita con facilidad?
 - a. Si
 - b. No
17. ¿el paciente se observa marcadamente inquieto o excitado?
 - a. Si
 - b. No
18. ¿el paciente habla de manera rápida?
 - a. Si
 - b. No
19. ¿El paciente se comporta de forma hostil o confronta con frecuencia al personal de atención?

- a. Si
 - b. No
20. ¿El paciente ha presentado incremento en la frecuencia cardiaca de forma aguda sin una explicación médica clara al respecto?
- a. Si
 - b. No
21. ¿El paciente parece encontrarse desorientado?
- a. Si
 - b. No
22. ¿el paciente tiene compromiso en su juicio de realidad/capacidad de autodeterminación?
- a. Si
 - b. No
23. ¿el paciente presenta un comportamiento frío e impersonal?
- a. Si
 - b. No
24. ¿El paciente esta gritando o ha elevado el volumen de la voz?
- a. Si
 - b. No
25. ¿El paciente se muestra irrespetuoso o usa sarcasmos frecuentes durante la entrevista?
- a. Si
 - b. No
26. ¿El paciente insulta o utiliza sobrenombres groseros para referirse al personal de salud?
- a. Si
 - b. No
27. ¿El paciente tiene un discurso violento u hostil con el personal de salud?
- a. Si
 - b. No
28. ¿el paciente amenaza con agredir sí mismo o a terceros?
- a. Si
 - b. No
29. ¿El paciente amenaza con retirarse del servicio?
- a. Si
 - b. No
30. ¿el paciente acusa al personal lo señala de forma acusatoria con los dedos?
- a. Si
 - b. No
31. ¿El paciente tiene expresión facial de enojo?
- a. Si
 - b. No
32. ¿el paciente tiene el rostro enrojecido?
- a. Si
 - b. No
33. ¿el paciente tiene la mandíbula apretada?
- a. Si
 - b. No
34. ¿el paciente tiene las fosas nasales ensanchadas?
- a. Si

- b. No
- 35. ¿el paciente tiene las pupilas dilatadas?
 - a. Si
 - b. No
- 36. ¿el paciente ha asumido una postura de ataque?
 - a. Si
 - b. No
- 37. ¿el paciente permanece con los ojos muy abiertos o hace contacto visual de manera persistente?
 - a. Si
 - b. No
- 38. ¿el paciente presenta transpiración excesiva?
 - a. Si
 - b. No
- 39. ¿el paciente presenta respiración agitada no correspondiente con el cuadro clínico de base?
 - a. Si
 - b. No
- 40. ¿el paciente sigue órdenes?
 - a. Si
 - b. No
- 41. ¿el paciente colabora con las indicaciones y con los procedimientos a realizarse?
 - a. Si
 - b. No
- 42. ¿el paciente demuestra una actitud intimidante para con los demás?
 - a. Si
 - b. No
- 43. ¿el paciente expande su tórax y ensanchar los hombros?
 - a. Si
 - b. No
- 44. ¿el paciente aprieta los puños?
 - a. Si
 - b. No
- 45. ¿el paciente agita los puños mientras interacciona?
 - a. Si
 - b. No
- 46. ¿el paciente lo de los puños por encima de sus hombros?
 - a. Si
 - b. No
- 47. ¿el paciente golpea o tira objetos en el servicio?
 - a. Si
 - b. No
- 48. ¿el paciente busca objetos para agredir?
 - a. Si
 - b. No
- 49. ¿el paciente invade el espacio personal de terceros?
 - a. Si
 - b. No

Bibliografía

1. Miner JR, Klein LR, Cole JB, Driver BE, Moore JC, Ho JD. The Characteristics and Prevalence of Agitation in an Urban County Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 1 de octubre de 2018;72(4):361-70.
2. Casado Flórez I, Sánchez Santos L, Rodríguez Calzada R, Rico-Villademoros F, Roset Arissó P, Corral Torres E. [Incidence of acute agitation and variation in acute agitation management by emergency services]. *Emerg Rev Soc Espanola Med Emerg.* julio de 2017;29(4):253-6.
3. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry.* 8 de septiembre de 2017;17(1):328.
4. Martínez-Raga J, Amore M, Di Sciascio G, Florea RI, Garriga M, Gonzalez G, et al. 1st International Experts' Meeting on Agitation: Conclusions Regarding the Current and Ideal Management Paradigm of Agitation. *Front Psychiatry [Internet].* 2018 [citado 17 de febrero de 2021];9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00054/full>
5. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry.* 17 de febrero de 2016;17(2):86-128.
6. Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther.* 1 de marzo de 2010;32(3):403-25.
7. Allen MH. Managing the agitated psychotic patient: a reappraisal of the evidence. *J Clin Psychiatry.* 2000;61 Suppl 14:11-20.
8. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Braz J Psychiatry.* octubre de 2010;32:S96-103.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [citado 17 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
10. Yudofsky S, Kopecky H, Kunik M, Silver J, Ertdicott J. The Overt Agitation Severity Scale for the objective rating of agitation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 1 de abril de 2006 [citado 17 de febrero de 2021]; Disponible en: <https://neuro.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/jnp.9.4.541>
11. Corrigan JD. Development of a scale for assessment of agitation following traumatic brain injury. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1 de marzo de 1989;11(2):261-77.
12. Perlman CM, Hirdes JP. The Aggressive Behavior Scale: A New Scale to Measure Aggression Based on the Minimum Data Set. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(12):2298-303.
13. Finkel SI, Lyons JS, Anderson RL. A Brief Agitation Rating Scale (BARS) for Nursing Home Elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1993;41(1):50-2.
14. ALMVIK R, WOODS P, RASMUSSEN K. The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability. *J Interpers Violence*. 1 de diciembre de 2000;15(12):1284-96.
15. Huber CG, Lambert M, Naber D, Schacht A, Hundemer H-P, Wagner TT, et al. Validation of a Clinical Global Impression Scale for Aggression (CGI-A) in a sample of 558 psychiatric patients. *Schizophr Res*. 1 de marzo de 2008;100(1):342-8.
16. Cohen-Mansfield J. Conceptualization of Agitation: Results Based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. *Int Psychogeriatr*. mayo de 1997;8(S3):309-15.
17. Douglas K, Guy L, Reeves K, Weir J. HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme: Overview and Annotated Bibliography. *Implement Sci Pract Adv Res Cent Publ* [Internet]. 1 de enero de 2005; Disponible en: https://escholarship.umassmed.edu/psych_cmhsr/335
18. Ryden MB. AGGRESSIVE BEHAVIOR IN PERSONS WITH DEMENTIA WHO LIVE IN THE COMMUNITY. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1988;2(4):342-55.

19. Ribeiro JD, Bender TW, Selby EA, Hames JL, Joiner TE. Development and Validation of a Brief Self-Report Measure of Agitation: The Brief Agitation Measure. *J Pers Assess.* 1 de noviembre de 2011;93(6):597-604.
20. Strout TD. Psychometric Testing of the Agitation Severity Scale for Acute Presentation Behavioral Management Patients in the Emergency Department. *Adv Emerg Nurs J.* septiembre de 2014;36(3):250-70.
21. Palmstierna T, Wistedt B. Staff observation aggression scale, SOAS: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand.* 1987;76(6):657-63.
22. Peiró S, Gómez G, Navarro M, Guadarrama I, Rejas J, for the Psychosp group*. Length of stay and antipsychotic treatment costs of patients with acute psychosis admitted to hospital in Spain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 de julio de 2004;39(7):507-13.
23. Cots F, Chiarello P, Pérez V, Gracia A, Becerra V. Hospital Costs Associated With Agitation in the Acute Care Setting. *Psychiatr Serv.* 3 de agosto de 2015;67(1):124-7.
24. Garrido Viñado E, Lizano-Díez I, Roset Arissó PN, Villagrán Moreno JM, Mur de Viu Bernad C. El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. *Psiquiatr Biológica.* 1 de enero de 2015;22(1):12-6.
25. Escobar-Córdoba F, Suárez-Beltrán MF. Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria. *Univ Medica.* 7 de julio de 2011;52(4):421-30.