

**¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA
AGITACIÓN PSICOMOTORA, EL TIPO DE INTERVENCIÓN
REALIZADA Y RESPUESTA A LA MISMA EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL?**

AUTORES

DANIELA PAOLA ISAAC CHRISTOPH

GISELL ADRIANA MEDINA TOVAR

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA

POSGRADO EN PSIQUIATRIA

AREA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

BOGOTA D.C. 2019

**¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA
AGITACIÓN PSICOMOTORA, EL TIPO DE INTERVENCIÓN
REALIZADA Y RESPUESTA A LA MISMA EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL?**

“TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE PSIQUIATRA”

AUTORES

DANIELA PAOLA ISAAC CHRISTOPH

GISSELL ADRIANA MEDINA TOVAR

ASESOR TEMÁTICO:

MARCELA ALZATE, PSIQUIATRA

ASESOR METODOLÓGICO:

LINA PRIETO

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

ESCUELA COLOMBINA DE MEDICINA

POSGRADO EN PSIQUIATRIA

AREA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

BOGOTA D.C 2019

“La universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

Agradecimientos

A nuestros padres y hermanos por ser el apoyo incondicional, por la confianza y su apoyo infinito durante la travesía académica que culmina, por ser ejemplo de rectitud, paciencia, perseverancia y honestidad.

Por otro lado, al Instituto Colombiano del Sistema Nervioso Clínica Montserrat, por ser nuestra casa en estos tres años, y brindarnos las herramientas académicas para culminar esta meta.

Tabla de contenido

| | <i>Pág.</i> |
|--|-------------|
| 1 Resumen | 9 |
| 2 Abstract..... | 10 |
| 3 Introducción | 11 |
| 4 Marco teórico..... | 12 |
| 4.1. <i>Definición.....</i> | <i>13</i> |
| 4.2. <i>Causas</i> | <i>14</i> |
| 4.3. <i>Fisiopatología.....</i> | <i>16</i> |
| 4.4. <i>Herramienta de evaluación para la agitación psicomotora.</i> | <i>17</i> |
| 4.5. <i>Factores de riesgo para agitación psicomotora</i> | <i>18</i> |
| 4.6. <i>Tratamiento.....</i> | <i>19</i> |
| 5 Descripción del problema..... | 21 |
| 6 Justificación | 23 |
| 7 Pregunta de Investigación | 24 |
| 8 Objetivo general..... | 24 |
| 9 Objetivos específicos..... | 24 |
| 10 Propósito | 24 |
| 11 Metodología | 25 |
| 11.1. <i>Tipo de Estudio</i> | <i>25</i> |
| 11.2. <i>Población.....</i> | <i>25</i> |
| 11.3. <i>Criterios de Inclusión</i> | <i>25</i> |
| 11.4. <i>Criterios de Exclusión</i> | <i>25</i> |
| 11.5. <i>Estimación del tamaño de la muestra con una prevalencia p=10% (2)</i> | <i>25</i> |

| | |
|---|-----------|
| 12 Instrumento | 27 |
| 12.1. Técnica de recolección..... | 27 |
| 12.2. Tabla de variables | 28 |
| 13 Consideraciones éticas | 31 |
| 14 Cronograma..... | 32 |
| 15 Presupuesto..... | 32 |
| 16 Resultados..... | 33 |
| 16.1. Resultados según características sociodemográficas | 34 |
| 16.2. Resultados según Agitación..... | 37 |
| 17 Análisis Bivariado | 38 |
| 18 Discusión | 46 |
| 19 Conclusiones..... | 48 |
| 20 Referencias bibliográficas..... | 50 |
| 21 Anexo 1. Instrumento de recolección de información..... | 53 |
| 22 Anexo 2. Formulario de consentimiento informado..... | 54 |
| 23 Anexo 3. Escala de comportamiento Agitado de Corrigan..... | 56 |

Lista de Tablas

| | <i>Pág.</i> |
|---|--------------------|
| <i>Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la población</i> | 33 |
| <i>Tabla 2. Intento de suicidio</i> | 36 |
| <i>Tabla 3. Relación entre severidad de la agitación (Corrigan 1) y variables sociodemográficas</i> | 39 |
| <i>Tabla 4. Tabla Escala de Corrigan momento 1 y diagnóstico de ingreso CIE10</i> | 41 |
| <i>Tabla 5. Escala de Corrigan momento 1 y consumo de sustancias psicoactivas</i> | 41 |
| <i>Tabla 6. Tabla de Intento de suicidio previo y Corrigan momento 1</i> | 42 |
| <i>Tabla 8. Grupo farmacológico utilizado y diagnóstico de ingreso</i> | 44 |
| <i>Tabla 9. Escala de Corrigan momento 1 y grupo farmacológico</i> | 45 |
| <i>Tabla 10. Escala de Corrigan momento 2 y grupo farmacológico</i> | 46 |

Lista de Gráficas

| | Pág. |
|--|-------------|
| <i>Figura 1. Género</i> | 34 |
| <i>Figura 2 Ocupación</i> | 35 |
| <i>Figura 3 Estado Civil</i> | 35 |
| <i>Figura 4 Escolaridad</i> | 36 |
| <i>Figura 6 Episodio de agitación previo</i> | 37 |
| <i>Figura 7. Intensidad de la agitación psicomotora según puntaje de escala Corrigan</i> | 38 |

La agitación psicomotora se define como aumento de la actividad motora y mental, que puede variar entre una ligera inquietud hasta aumento de los movimientos de manera incontrolable, secundaria a un estado de estrés, en la cual los pacientes tienen poca capacidad de introspección, así como bajo juicio crítico y de realidad. Generando así, un riesgo para su propia integridad, el de otros pacientes y para el personal de la salud (1). Alrededor del 20-50% de las consultas en urgencias psiquiátricas son porque el paciente se encuentra en riesgo de agitación. De tal forma que con este estudio se buscó ampliar el conocimiento existente a través de un estudio observacional prospectivo donde se evaluó en el mismo momento a través de la escala de comportamiento agitado de Corrigan (agitated behavior scale ABS), los factores de riesgo asociados a la agitación psicomotora, su tratamiento y desenlace a las dos horas.

Los resultados de este estudio permiten confirmar los datos reportados en la literatura en el que ser joven, soltero y tener diagnóstico del espectro psicótico son factores de riesgo asociados a la severidad de la agitación psicomotora, por su parte en este estudio, no se encontró asociación entre el episodio de agitación previo, ni el consumo de sustancias psicoactivas o el intento de suicidio previo con una mayor severidad de la agitación psicomotora. Se necesitan más estudios en nuestro medio que permitan evidenciar asociaciones estadísticamente significativas entre otras variables sociodemográficas de los pacientes, la severidad de la agitación y respuesta al manejo farmacológico utilizado.

Palabras claves: agitación psicomotora, tratamiento, pacientes.

Psychomotor agitation is defined as an increase in motor and mental activity, which can vary between a slight restlessness until uncontrollably increased movements, secondary to a state of stress, in which patients have little introspection capacity, as well as deflection in critical and reality judgment. Thus, generating a risk for their own integrity, for other patients and for health personnel (1). Around 20-50% of consultations in psychiatric emergencies are because the patient is at risk of agitation. In this way, this study sought to expand the existing knowledge through a prospective observational study, where the risk factors associated with severity of the psychomotor agitation measured with Corrigan's agitated behavior scale, its treatment and outcome at two hours were all evaluated at the same time.

The results of this study confirm the data reported in the literature in which being young, single and having a psychotic disorder diagnosis are risk factors associated with the severity of psychomotor agitation. Although, in this study, no association was found between the episode of previous agitation, neither the consumption of psychoactive substances nor the attempt of previous suicide with a greater severity of psychomotor agitation. More studies are needed that allow us to show statistically significant associations among other sociodemographic variables, the severity of agitation and response to the pharmacological treatment used.

Key words: Psychomotor Agitation, treatment, patients

3 Introducción

La agitación psicomotora se define como aumento de la actividad motora y mental, que puede variar entre una ligera inquietud hasta aumento de los movimientos de manera incontrolable, secundaria a un estado de estrés, en la cual los pacientes tienen poca capacidad de introspección, así como bajo juicio crítico y de realidad. Generando así, un riesgo para su propia integridad, el de otros pacientes y para el personal de la salud (1).

En Estados Unidos alrededor de 1.7 millones de consultas al servicio de urgencias en hospital general pueden implicar agitación psicomotora de pacientes psiquiátricos. Alrededor del 20-50% de las consultas en urgencias psiquiátricas son porque el paciente se encuentra en riesgo de agitación. Existe poca información sobre la epidemiología de la agitación, pero se cree que la prevalencia oscila entre un 4.3-10% en los servicios de urgencias psiquiátricas de los Estados Unidos. Dada esta poca información disponible, no se ha estudiado lo suficiente la carga económica que generan los episodios de agitación psicomotora, pues se sabe que ésta puede aumentar el uso de recursos hospitalarios (2).

En un servicio de urgencias en California, se realizó un estudio en donde se encontró que más del 50% de las enfermeras que trabajaban ahí informaron haber experimentado violencia verbal o física por parte de pacientes agitados, lo cual tiene un impacto en su seguridad personal y laboral. Además, según Seth Gómez y colaboradores la agitación en el servicio de urgencias se ha observado que aumenta la estancia hospitalaria, la necesidad de recursos incluyendo el tiempo del personal y tratamiento farmacológico adicional. Todos estos factores aumentan el costo de la atención en el servicio de urgencias y en los hospitales psiquiátricos. Por lo anterior, el reconocimiento temprano y el manejo inicial

de la agitación psicomotora es crítico para evitar daño a los pacientes, el personal y reducir los costos al sistema de atención médico (3).

En esta investigación se planea describir las características asociadas a la agitación psicomotora, el plan de tratamiento que se utiliza con más frecuencia y la respuesta de los pacientes a dicho tratamiento. Consideramos que el estudio puede tener algunas limitaciones para extrapolar los resultados obtenidos a la situación de la mayoría de las entidades de salud mental en Colombia ya que solo se tomarán datos de la población que consulta en la clínica Montserrat cuyas características sociodemográficas pueden ser diferentes a las de otras instituciones prestadoras de salud.

4 Marco teórico

Publicaciones recientes del proyecto de costo y utilización de servicios de urgencias nacional en los Estados Unidos demostró que al menos 12 millones de las consultas al departamento de urgencias en el año 2007 estaban relacionadas con enfermedad mental. Esto representa el 12.5% de todas las consultas a urgencias en este año. Así mismo se evidenció que entre el 20 al 25 % de los pacientes psiquiátricos agitados en un servicio de urgencias general se encontraban con restricción mecánica, cifra que es significativamente más elevada que la de pacientes con otras patologías médicas y quirúrgicas con agitación psicomotora. En este mismo estudio se identificó claramente una relación directa entre la agitación de un paciente psiquiátrico con la restricción física, encontrándose evidencia de que algunos pacientes inmovilizados físicamente no cumplían criterios definidos para la inmovilización mecánica basada en el grado de la agitación psicomotora. Esto sugiere que

el personal médico requiere escalas de calificación para evaluar a los pacientes agitados con mayor objetividad (4).

4.1. Definición

El DSM 5 define la agitación como una actividad motora excesiva asociada con una sensación de tensión interior. La actividad es usualmente no productiva y repetitiva (5). La agresión no es una característica esencial de la agitación, la periodicidad con que se asocia la agitación con la agresión no se ha establecido claramente (6). En la medida en que la gravedad de los síntomas progrese pueden llevar a comportamientos agresivos y violentos. Dichas conductas violentas o el uso intencional de la fuerza con el fin de causar daño a los demás, es muy común en pacientes con antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la personalidad límite o antisocial (7).

Cohen Mansfiel y Biling definieron la agitación como una actividad verbal o motora inapropiada que no responde a las necesidades del entorno ni se explica por un estado de confusión en la persona agitada. Independientemente de la definición que se tenga, el punto clave para entender el concepto, es que la agitación es un síntoma que se presenta dentro de muchos trastornos médicos y psiquiátricos, que puede manifestarse tanto física como verbal dentro de un espectro de gravedad (8). Con el fin de ayudarle al clínico a determinar que intervención realizar según la presentación del episodio de agitación psicomotora, un grupo de expertos describió 5 características que definen la agitación psicomotora clínicamente significativa (8):

Comportamiento verbal anormal y excesivo como gritar, maldecir o amenazar.

Comportamiento físicamente agresivo anormal y excesivo como empujar, mantener activamente la atención, intentar repetidamente fugarse o amenazar en exceso con gestos.

Aumento de la excitación.

Los síntomas causan una interrupción clínicamente significativa del funcionamiento del paciente.

Comportamiento motor anormal excesivo o sin propósito.

4.2. Causas

La agitación está asociada con muchas condiciones psiquiátricas dentro de las que se incluyen, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad (principalmente antisocial y límite), trastornos de ansiedad generalizada, trastornos de pánico y trastornos depresivos, así como también el uso de sustancias psicoactivas e intoxicación por dichas sustancias. Además, la agitación puede ser la principal manifestación clínica de muchas condiciones orgánicas del sistema nervioso central, como enfermedad de párkinson, demencias, encefalitis y meningitis, así como de otras enfermedades médicas, como tirotoxicosis, hipoglicemia y trauma (2).

La agitación puede ser causada por una gran variedad de enfermedades tanto médicas como psiquiátricas, convirtiéndola en uno de los problemas clínicos más comúnmente encontrados en unidades de salud mental y servicios de urgencias. Un paso clave en la evaluación inicial es identificar la etiología subyacente de la agitación para así establecer el mejor enfoque en el manejo (2).

Además, existen predictores que indican el inicio de una agitación psicomotora, dentro de los cuales se encuentran episodios pasados de agresión, presencia de impulsividad u hostilidad, hospitalización más prolongada, hospitalización involuntaria, y un aspecto no menos importante, es la relación médico paciente (9).

En un consenso de expertos de los Estados Unidos que se realizó en el 2001, se describieron tres grupos grandes de etiologías de la agitación psicomotora: 1. Condición médica general, 2. Intoxicación de sustancias, 3. Trastorno psiquiátrico primario. El grupo de trabajo BETA (Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation) en el 2012 agregó una cuarta categoría de “agitación indiferenciada”. Por el contrario, un grupo de investigadores liderados por Kasper proponen una clasificación más extensa en el 2013 en donde se incluye el síndrome catatónico, síndrome maníaco, agitación por síndrome depresivo, alteración del estado de conciencia, delirium, suicidio, delirios, alucinaciones, agitación por ansiedad, trastorno de pánico, consumo de alcohol, drogas y demencia (2).

Además, muchas otras causas inusuales pero potenciales de agitación aguda o psicosis en el servicio de urgencias se han informado en la literatura, incluyendo mixoma cardíaco, e intoxicaciones por: 17 difenhidramina, 18,19 g-hidroxitirato, 20 y cannabinoides sintético (10).

En cuanto a la agitación secundaria a condición médica general, como en el caso de TCE (Trauma craneo encefálico), además del examen radiológico, lo fundamental en este tipo de pacientes es el examen físico, e identificar situaciones como pérdida de la memoria, alteración del estado de conciencia, signos vitales anormales, signos clínicos concomitantes con cuadros clínicos como encefalitis o encefalopatía. Incluso el paciente puede presentar alteraciones en su estado de conciencia conllevando a estados confusionales o agitación psicomotora. De igual forma se puede presentar en situaciones como lo es la sepsis, exposición a toxinas ambientales, hipoglicemias, o trastornos metabólicos. Todo esto lleva a la necesidad de realizar una evaluación rigurosa, y una historia clínica detallada (11).

Estas condiciones médicas no son las únicas, en el ámbito psiquiátrico, el consumo de psicofármacos con frecuencia es una causa de agitación, incluso en algunos casos, la agitación puede presentarse como el primer signo de alarma en estos pacientes, un ejemplo de ello es el síndrome neuroléptico maligno (SNM) y el síndrome serotoninérgico (11).

Referente al consumo de sustancias, por ejemplo, la intoxicación por alcohol o estados de abstinencia es fundamental obtener una historia clínica detallada del consumo, lo que lleva a dirigir la atención inmediata, y asertiva a este tipo de pacientes. Es fundamental saber que un paciente que presenta agitación sin antecedentes psiquiátricos es importante sospechar una intoxicación por sustancias. En este caso igual que en la condición médica el examen físico es fundamental (11).

Por lo anterior, antes de tomar cualquier decisión en cuanto al manejo farmacológico es indispensable establecer una impresión diagnóstica y categorizar al paciente según la posible etiología de la agitación para así dirigir el manejo.

4.3. Fisiopatología

La fisiopatología no está del todo clara de acuerdo con los estudios realizados, la corteza sensitiva primaria se activa en respuesta a las crisis, lo que estimula el sistema límbico, el sistema nervioso autónomo, junto con el hipotálamo y el sistema endocrino, lo que en respuesta va a determinar la respuesta conductual entre lucha o huida. Esta capacidad de respuesta adecuada (con intensidad y alcance adecuado) ante los estímulos puede verse alterada ante una patología, bien sea orgánica, psiquiátrica, o situaciones de estrés. Por lo tanto, el lóbulo frontal es el encargado de asimilar y proporcionar una adecuada actividad frontal auto reguladora, lo que podría explicar la capacidad de autorregulación negativa

en los pacientes con agitación. Pudiendo haber un déficit de los mecanismos que regulan estas vías (12).

Así mismo, se cree que es debido al desequilibrio de ciertos neurotransmisores, particularmente la serotonina, la dopamina, norepinefrina y ácido g-aminobutírico (GABA). Un aumento de la serotonina o GABA, o disminuciones en dopamina o norepinefrina, pueden conducir a la agitación. La variabilidad en la presentación se debe en parte a las muchas causas orgánicas e inorgánicas de la agitación (10). La mayoría de los consensos de expertos y revisiones sistemáticas resaltan el hecho de que un abordaje temprano del paciente agitado es crucial para el manejo exitoso. Se han descrito múltiples herramientas psicométricas las cuales se han utilizado para medir la severidad de la agitación, el riesgo de escalar a comportamientos agresivos y la evaluación de la respuesta al tratamiento.

4.4. Herramienta de evaluación para la agitación psicomotora.

Como varias intervenciones son aplicadas a los pacientes con agitación psicomotora y estas incluyen comportamentales, medioambientales y farmacéuticas, existe la necesidad de tener una herramienta que mida de forma objetiva los efectos de las intervenciones en la agitación psicomotora. La escala de comportamiento agitado de Corrigan (Agitated behavior scale ABS) fue desarrollada y validada en pacientes con trauma craneoencefálico que presentaban agitación psicomotora en el periodo de recuperación del trauma. Dada la ausencia de medidas objetivas que evalúen la agitación psicomotora, existen varias definiciones para describir el comportamiento agitado, se requirieron algunos pasos sistemáticos para darle validez a los criterios y al contenido de la escala, así como una

reproducción de los datos en una muestra diferente a la que inicialmente se le aplicó dicha escala. Estos pasos incluyeron una revisión de la literatura e identificación de los componentes del comportamiento agitado descritos previamente por investigadores y clínicos. Así mismo, para definir el grado de severidad se tuvo en cuenta el criterio de los expertos en el manejo de pacientes agitados en servicios de urgencias y unidades de cuidado crítico. En el estudio en el que se validó dicha escala, esta fue aplicada por diferentes personas del equipo médico donde se incluyeron enfermeras, terapeutas ocupacionales y médicos residentes, esto con el fin de evaluar la concordancia en la aplicación de dicha herramienta.

La escala ABS es una escala de 14 ítems que evalúa de manera objetiva el grado de severidad de la agitación psicomotora, no tiene puntos de corte establecidos, a mayor puntuación mayor gravedad (13).

4.5. Factores de riesgo para agitación psicomotora

La agitación es una situación dinámica que puede escalar rápidamente de la ansiedad a los comportamientos agresivos o violentos. Evitar la agresividad o el comportamiento violento se basa en la identificación temprana de personas que tienen alto riesgo de escalar a la violencia.

A pesar de que existe alguna literatura que sugiere que los comportamientos violentos ocurren sin señales de advertencias, algunos autores sugieren que los episodios agresivos pueden asociarse a unos factores de riesgo específicos que se preceden de comportamientos o señales de advertencia (2).

En una revisión sistemática que incluyó 66 artículos, se encontró que las variables que con mayor frecuencia se asociaron a comportamiento violento y agresivo fueron los

episodios previos de agresión, la presencia de impulsividad, hostilidad, sintomatología clínica activa, situaciones de provocación, ingreso involuntario y estancia hospitalaria prolongada. En cuanto a los factores de riesgo socio demográficos y de diagnóstico se han registrado algunos como: ser joven, sexo masculino, no estar casado, diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar (especialmente cuando hay síntomas psicóticos positivos y /o comorbilidad con trastorno por consumo de sustancias), antecedente de comportamientos auto lesivos, intentos de suicidio previos y antecedente de consumo de sustancias psicoactivas (2).

4.6. Tratamiento

En la actualidad, los métodos tradicionales para el tratamiento de pacientes agitados dentro de los que se incluyen la contención mecánica y la administración involuntaria de medicamentos han sido reemplazados de manera progresiva por medidas no farmacológica (14).

Métodos como el desescalamiento verbal, estrategias farmacológicas como la introducción de terapias mejor toleradas y una amplia gama de medicamentos en presentación oral son mejor aceptados, lo que hace que el manejo de la agitación psicomotora sea un evento menos traumático.

El abordaje inicial, posterior a la observación detallada del paciente, es la contención verbal. Se debe recurrir a ello cuando es necesario, no solo para facilitar el manejo del personal médico, sino también la mejor forma de ayudar al paciente en primera instancia (7).

Mantener la calma y un contacto visual adecuado que no sea provocador puede ayudar a manejar la situación, así como manejar adecuadamente lo que se le dice al paciente de la forma más congruente evitando siempre decirle mentiras (15).

Como opciones o alternativas propuestas al paciente para ayudarle en su situación se encuentra el manejo farmacológico, el cual debe ser encaminado a tratar la etiología, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente. Como primera instancia se debe elegir la vía farmacológica que se va a utilizar para la administración del medicamento; la primera mejor opción es la vía oral. Sin embargo, ante la posibilidad de que no se logre la contención verbal y no se logre la aceptación de medicamentos orales por el paciente se debe considerar la vía parenteral. Pese que la administración endovenosa es la de más rápida acción, muchas veces puede ser difícil lograrla dada la situación de urgencias y la inquietud motora del paciente. Una opción mejor aceptada es la administración del medicamento por vía intramuscular (IM), sabiendo que la acción del fármaco se logra más rápido que en dosis administradas oralmente (15).

La polifarmacia a menudo se considera un último recurso en el manejo de pacientes difíciles de controlar, pero no es infrecuente, sobre todo en pacientes que tienen una patología resistente al tratamiento. Además, se considera como última opción por los efectos adversos que se podrían generar como lo es la acatisia, o los efectos neurológicos adversos (16).

Estudios aleatorizados han comprobado que el uso de antipsicóticos atípicos bien sea, orales, intramusculares, o en dado caso inhalados, son efectivos en el manejo de pacientes agitados. Se sabe que algunos de estos pueden reducir la sobre estimulación del entorno, lo que podría reducir la escalada de la agitación (16).

5 Descripción del problema

Teniendo en cuenta la problemática actual que se encuentra en torno a los pocos estudios realizados en el manejo de agitación psicomotora en pacientes con patología mental, se evidencia que este es uno de los principales problemas en urgencias y hospitalización en psiquiatría. Los tratamientos actuales son el desescalamiento verbal, la contención farmacológica y la contención mecánica. Siendo esta última una de las medidas más debatidas en psiquiatría actualmente (17). Aunque del 8 al 24% de los pacientes que consultan a un departamento de urgencias psiquiátricas en estado de agitación reciben restricción física, existen hoy en día pocos estudios que estudien los factores de riesgo para esta intervención en el contexto de urgencias. La contención física presenta un riesgo psicológico y físico considerable. Este tipo de manejos pueden inducir sentimientos de terror, humillación e impotencia sobre todo en pacientes con antecedente de trauma (18). Es por esto por lo que, para hacer un adecuado abordaje en los pacientes agitados, se requiere una adecuada anamnesis en la que se conozcan los antecedentes personales del paciente.

El manejo de la agitación psicomotora puede ser inicialmente no farmacológica, no obstante, la mayoría de las veces se va a requerir manejo farmacológico siendo la vía intramuscular la mejor opción en caso de que el paciente no reciba la vía oral. Una evaluación clínica detallada, es esencial para garantizar la adecuada dosis de los medicamentos y el uso de una calificación validada para establecer el grado de agitación psicomotora es útil no solo para tener un mejor control del paciente sino para facilitar la comunicación entre médicos y enfermeras sobre la indicación de que tipo de manejo se deberá utilizar (19).

La agitación psicomotora en pacientes con trastornos mentales representa un fenómeno frecuente y clínicamente relevante en psiquiatría. Este no solo se presenta en el ambiente de urgencias sino también en el área intrahospitalaria y en servicios ambulatorios (2).

No obstante, su importancia en nuestro país consiste en que existen pocos estudios que determinen su frecuencia epidemiológica y que indiquen un manejo específico en cada caso particular, sabiendo que existen diferentes causas (11).

No existen guías de práctica clínica para el manejo del paciente agitado. Además, dado que estas emergencias comportamentales son un problema para los pacientes, el personal médico y las instituciones en las que se presentan, no existen muchos estudios clínicos controlados concluyentes, que guíen a los profesionales de la salud en cuanto a las respuestas que se deben adoptar para el manejo de estos retos. Es por esto, que el problema de agitación, y la violencia perpetuada por el paciente hacia el personal de salud, es de suma importancia para evidenciar que este tipo de sucesos son una de las causas de mayor estrés, incapacidad y pérdida en la productividad laboral (20).

Tampoco hay suficiente información sobre la frecuencia de pacientes agitados que son atendidos en los servicios de urgencias, aunque lo que la experiencia dice es que hay un incremento en los últimos años del número de pacientes atendidos, con alto riesgo de hetero y auto agresividad, sobre todo teniendo en cuenta las características de nuestra sociedad. Una práctica muy utilizada por el personal médico en el manejo del paciente violento es la inmovilización física, pero muchas veces no se tienen en cuenta sus indicaciones, contraindicaciones, posibles efectos adversos y la manera como se debe realizar, así como el consentimiento del paciente o de su familia. En todo caso prima la vida e integridad del paciente cuando no puede dar su consentimiento (21).

6 Justificación

Se considera que no existen suficientes estudios que permitan describir la asociación entre factores de riesgo y la agitación psicomotora que se presenta en las diferentes patologías mentales y el desenlace obtenido. Se requiere iniciar con un estudio observacional que permita explorar los factores de riesgo y aproximarse a los resultados de los tratamientos administrados, que permitan establecer un mejor abordaje y tratamiento del paciente en crisis. Teniendo en cuenta que la experiencia de los profesionales que trabajan en emergencias es que la agitación psicomotora en este contexto cada día se incrementa (3). La realización de este estudio le aportará información al personal de salud que le facilitará el manejo del paciente agitado y le permitirá prever según factores de riesgo y resultados de la escala de Corrigan, la aplicación del mejor esquema de tratamiento. Así mismo, será muy útil para “todos”, ya que el utilizar una escala que permita medir la severidad de la agitación psicomotora permitirá medir de una forma más objetiva el grado de violencia con lo que se estandarizará y se hará de manera más oportuna el tratamiento. De tal forma, con este estudio se busca ampliar el conocimiento existente en cuanto a factores de riesgo, grado de severidad de la agitación psicomotora y abordaje terapéutico utilizado en el tratamiento. Además, permitirá establecer una asociación si es que existe entre el grado de severidad de la agitación psicomotora, los factores de riesgo del individuo y el tipo de tratamiento utilizado para el abordaje de estos pacientes.

Dada la tendencia mundial de parametrizar los fenómenos mentales, existen múltiples vacíos en el conocimiento, por lo que se considera utilizar un instrumento sencillo y útil.

7 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características asociadas a la agitación psicomotora, el tipo de intervención realizada y respuesta a la misma en pacientes hospitalizados en una unidad de salud mental?

8 Objetivo general

Determinar las características asociadas a la agitación psicomotora, así como el tipo de intervención realizada y respuesta a la misma en los pacientes hospitalizados en la unidad A de la clínica Montserrat que presentaron agitación psicomotora.

9 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población como edad, sexo, escolaridad, ocupación, IMC.
- Determinar la intensidad y la gravedad de la agitación según puntaje en la escala de Corrigan.
- Describir los diferentes abordajes terapéuticos y tipo de respuesta con el control Corrigan No. 2.
- Evaluar la asociación entre la respuesta a la intervención realizada y las características individuales de los pacientes.

10 Propósito

Esta investigación pretende describir e identificar las características asociadas a la agitación psicomotora, así como el tipo de intervención realizada y respuesta a la misma, que además permitan contribuir en futuras investigaciones para elaborar estrategias farmacológicas que permitan mejorar el abordaje y pronóstico de la agitación.

11 Metodología

11.1. Tipo de Estudio

Se realizará un **estudio observacional prospectivo** donde se evaluará en el mismo momento a través de la escala de comportamiento agitado de Corrigan (agitated behavior scale ABS), los Factores de riesgo asociados a la agitación psicomotora, su tratamiento y desenlace a las dos horas.

11.2. Población

Todos los pacientes hospitalizados en la Clínica Montserrat, desde octubre del 2018 hasta completar el tamaño de la muestra, que presenten agitación psicomotora y que consientan participar.

11.3. Criterios de Inclusión

- Pacientes atendidos en la Clínica Montserrat en el que se active código verde.
- Paciente con diagnóstico de patología mental.
- Paciente en quien se sigan los procedimientos institucionales, por medio de la evaluación de un psiquiatra que se encuentre en la clínica.
- Paciente al que se le aplique la escala en el momento uno.
- Pacientes mayores de 18 años.

11.4. Criterios de Exclusión

- Pacientes que tengan lesión neurológica severa.

11.5. Estimación del tamaño de la muestra con una prevalencia $p=10\%$ (2)

$$n = \left(\frac{z}{d}\right)^2 p * q$$

Precisión: $d = 0,10$

Nivel de confianza 95%

Valor de z = 1.96

Luego:

$$n = \left(\frac{1.96}{0.10}\right)^2 0.10 * 0.90$$

$$n = (384,16)(0,09) = 34,5 \cong 35$$

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con una prevalencia de 10% de agitación psicomotora en servicios de urgencias descrita, en el libro “*Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry.*”

Total, de la muestra: 35 pacientes a quienes se les realizará la aplicación de la escala de comportamiento agitado de Corrigan (agitated behavior scale ABS).

12 Instrumento

Diseñamos un instrumento de medición que incluye variables como los Factores de riesgo asociados a la agitación psicomotora, su tratamiento y desenlace a las dos horas. en donde se incluye la escala de comportamiento agitado de Corrigan (agitated behavior scale ABS).

Este instrumento se aplicará de forma objetiva a través de la observación de los pacientes que presenten agitación psicomotora, así como la revisión de historias clínicas. Esto se llevará a cabo en la Clínica Montserrat en Octubre de 2018.

Escala de Corrigan: La escala ABS es una escala de 14 ítems que evalúa de manera objetiva el grado de severidad de la agitación psicomotora, no tiene puntos de corte establecidos, a mayor puntuación mayor gravedad (13).

12.1. Técnica de recolección

- El instrumento se realizará de forma objetiva, así como también se revisarán las historias clínicas de los pacientes que presenten agitación psicomotora
- Se dejará en el consultorio de consulta prioritaria el instrumento en físico a los residentes y médicos especialistas que se encuentren de turno en el momento de la agitación psicomotora.
- Se recogerán diariamente los instrumentos adecuadamente diligenciados en caso de haber alguna agitación psicomotora.
- Se digitalará la información en el software Microsoft Excel en un formato prediseñado.
- Posteriormente se pasará la base de datos digitalizada a un software para el análisis estadístico.

12.2. Tabla de variables

| Nombre de la variable | Definición de la variable | Escala de medición | Observaciones |
|------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Edad | Número de años cumplidos. | Cuantitativa de razón. | Años cumplidos en números enteros |
| Sexo | Según lo referido en el documento de identidad | Cualitativa Nominal | 0. Femenino 1. Masculino |
| Estado Civil | Según lo reportado en la historia clínica. | Cualitativa nominal | 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Separado 5. Viudo |
| Escolaridad | Nivel de educación de los individuos | Cualitativa ordinal | 0. Ninguno 1. Primaria completa 2. Bachillerato incompleto 3. Bachillerato completo 4. Universitario incompleto 5. Universitario completo 6. Posgrado 7. Maestría 8. PHD |
| Ocupación | Presencia o ausencia de desempeño en actividad o tarea según los roles establecidos en su comunidad. | Cualitativa nominal dicotómica | 0. No ocupado 1. Ocupado |

| Nombre de la variable | Definición de la variable | Escala de medición | Observaciones |
|--|---|---------------------------|--|
| Puntuación de la escala comportamiento agitado de Corrigan | Entre mayor puntaje, mayor grado severidad de la agitación psicomotora. | Cuantitativa de razón. | Puntaje de 14 a 56 puntos. |
| Diagnóstico de enfermedad mental | Según cie 10 en historia crítica. | Cualitativa nominal | Código CIE 10 |
| Grupo farmacológico utilizado | Esquema de sedación utilizado según lo descrito en la historia clínica | Cualitativa nominal | 1. Antipsicótico, 2. benzodiacepina, 3. antipsicótico + benzodiacepina, 4. otro |
| Numero de dosis de medicamentos que requirió para la mejoría | Numero de dosis requeridas según lo descrito en la historia clínica | Cuantitativa de razón | Numero entero |
| Restricción mecánica | Restricción mecánica según lo descrito en la historia clínica | Cualitativa nominal | 0. No 1. Si |
| Consumo de sustancias psicoactivas | Según lo descrito en historia clínica | Cualitativa nominal | 0. No 1. Si |

| Nombre de la variable | Definición de la variable | Escala de medición | Observaciones |
|-------------------------------|--|---------------------------|-------------------------|
| Indice de masa corporal (IMC) | División de los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros. | Cuantitativa de razón | IMC en números enteros. |
| Intento de suicidio previo. | Paciente quien en sus antecedentes haya presentado intento de suicidio previo. | Cualitativa nominal | 0. No 1. Si |

13 Consideraciones éticas

El proyecto se realizará cumpliendo los requisitos y normas de las Normas Éticas Internacionales para Investigaciones Biomédicas de la Organización Mundial de la Salud de 1996 y el artículo 11 de la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este estudio se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, dado que se realizará una intervención, empleando el registro de datos y comportamiento en los pacientes a estudio.

Los participantes o los acudientes de estos darán su autorización mediante consentimiento informado por escrito que se realizara al momento de ingresar a la consulta prioritaria de La Clínica Montserrat.

El instrumento aplicado garantizará la confidencialidad de los datos aportados por los pacientes. Los resultados serán utilizados de forma global para fines académicos únicamente y no se utilizarán de forma individual.

El instrumento se aplicará posterior a la revisión y aprobación del comité de ética del C. E. I. Campo Abierto LTDA, el cual está aprobado por el Invima.

14 Cronograma

| Actividades | Meses | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| Formulación de la pregunta de investigación | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión de la literatura | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseño metodológico | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| Aprobación del anteproyecto por parte de los asesores | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | |
| Aprobación del anteproyecto por parte del comité de ética en investigación | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | |
| Aplicación de la escala de Corrigan | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | |
| Análisis de datos y resultados | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | |
| Construcción y presentación del informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ |

15 Presupuesto

| Concepto | Valor Unitario | Cantidad | Valor Total |
|-----------------------------|----------------|----------|------------------|
| Cartucho para impresora | 70.000 | 2 | 140.000 |
| Resma de papel tamaño carta | 10.000 | 3 | 30.000 |
| Encuadernación | 4.000 | 2 | 8.000 |
| CD | 3.000 | 1 | 3.000 |
| Transportes | 30.000 | 25 | 500.000 |
| Investigadores | 4.000.000 | 2 | 8.000.000 |
| Total | | | 8.681.000 |

16 Resultados

El total de casos se conformó por 35 pacientes quienes se agitaron y se les logró aplicar el instrumento con las escalas Corrigan (No. 1 y No. 2) y dieron su consentimiento informado para utilizar los datos obtenidos, en el período de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2019.

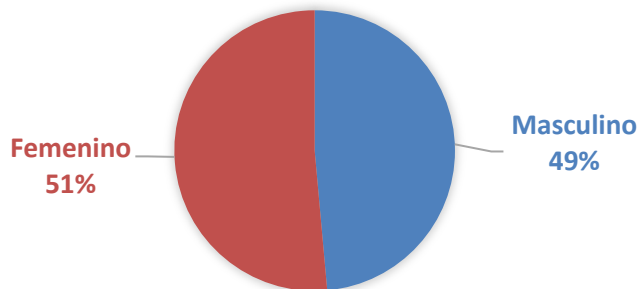
Tabla 1. *Caracterización sociodemográfica de la población*

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|--------------------------|------------|------------|
| Edad | 18-33 | 16 | 45,70% |
| | 34-49 | 8 | 22,80% |
| | 50-65 | 7 | 20% |
| | 66-81 | 4 | 11,50% |
| Estado civil | Soltero | 22 | 62,80% |
| | Casado | 1 | 2,86% |
| | Unión libre | 2 | 5,79% |
| | Separado | 1 | 2,86% |
| | Viudo | 9 | 25,71% |
| Sexo | Femenino | 18 | 51,40% |
| | Masculino | 17 | 48,60% |
| Escolaridad | Primaria completa | 1 | 3,00% |
| | Bachillerato incompleto | 11 | 31,43% |
| | Bachillerato completo | 10 | 28,57% |
| | Universitario incompleto | 8 | 22,86% |
| | Universitario completo | 4 | 11,43% |
| | Posgrado | 1 | 3% |
| | Maestría | 0 | 0% |
| | PHD | 0 | 0% |
| | Ninguno | 0 | 0% |
| Ocupación | Empleado | 12 | 34,28% |
| | Desempleado | 23 | 65,72% |
| Consumo de sustancias psicoactivas | Si | 7 | 20% |
| | No | 28 | 80% |
| Intento de suicidio previo | Si | 5 | 14,29% |
| | No | 30 | 85,71% |
| Episodio de agitación previo | Si | 12 | 34,29% |
| | No | 23 | 65,71% |

16.1. Resultados según características sociodemográficas

De los 35 pacientes agitados a los cuales se les aplicó la escala en los tiempos respectivos, 18 mujeres (51,4%) y 17 hombres (48,6 %). (Figura 1).

Figura 1. Género

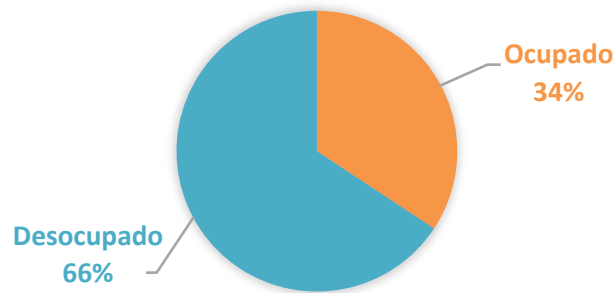


En cuanto a las edades, se evidencia que, según la cuenta de los 35 pacientes estudiados, el menor tenía 18 años, el mayor tenía 81 años, por lo cual los pacientes evaluados tenían una edad promedio de 41,2 años (tabla 1).

Respecto al Índice de masa corporal IMC, el menor índice fue de 16,8, con el mayor índice de 32,3, en promedio la población a estudio presentaba un índice de masa corporal entre 23,46.

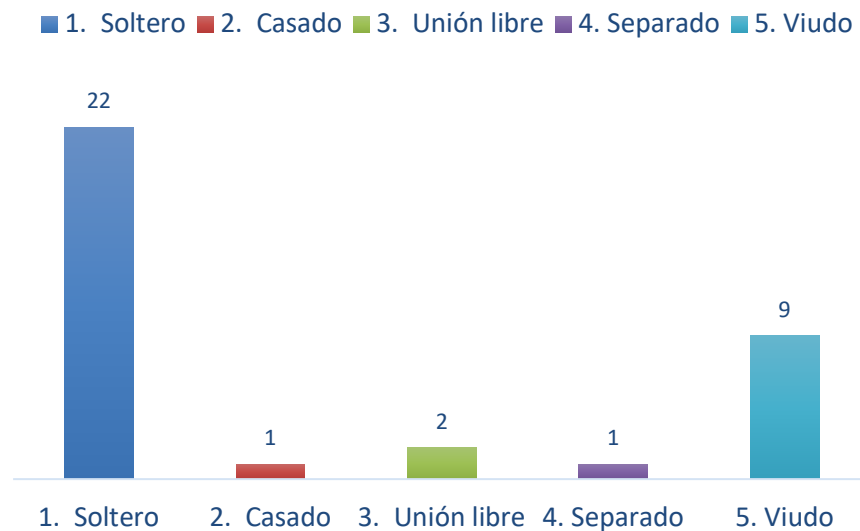
En cuanto a la ocupación, 12 estaban ocupados (34,3%), y 23 estaban desocupados (65,7%) (Figura 2).

Figura 2 *Ocupación*



Dentro de los evaluados, 22 estaban solteros (62,9%), 1 estaba casado (2,9%), 2 en unión libre (5,7%), 1 separado (2,9%), y 9 se encontraban viudos (25,7%) (Figura 3).

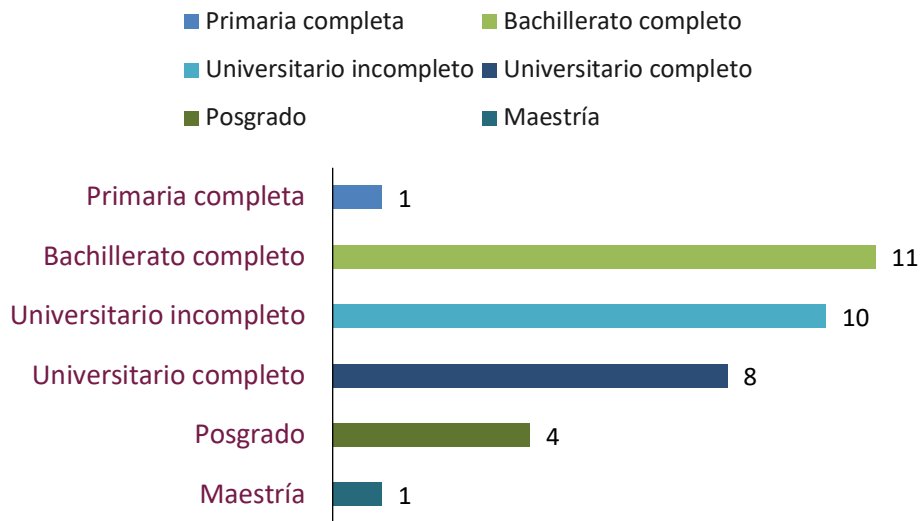
Figura 3 *Estado Civil*



Respecto a la escolaridad que se evidenció al aplicar el instrumento, se encontró que de los 35 pacientes; 1 realizó la primaria completa (2,9%), al igual que uno realizó maestría (2,9%), 11 realizaron el bachillerato completo 31,4%, 10 no terminaron la universidad

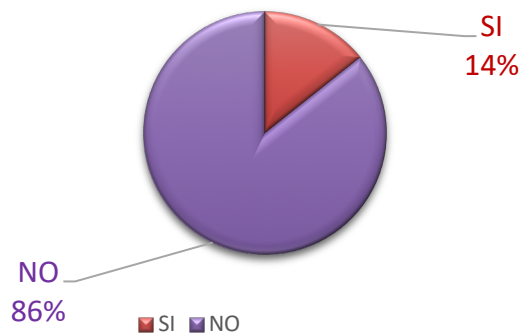
(28,6%), 8 terminaron la universidad (22,9%), 4 realizaron posgrado (11,4 %). De estos 35 pacientes, ninguno realizó PHD, y tampoco hubo pacientes con bachillerato incompleto (Figura 4).

Figura 4 *Escolaridad*



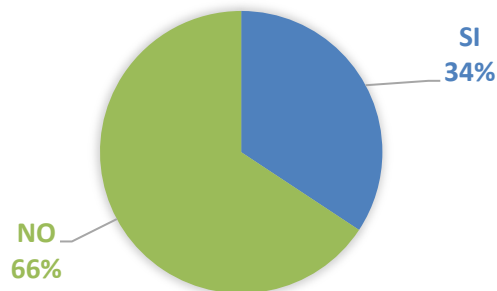
Respecto al intento de suicidio previo, se determinó que 5 pacientes habían tenido intentos de suicidio previos (14,3%), y 30 de los 35 pacientes no habían tenido intentos de suicidio antes de la agitación (85,7%) (Figura 5).

Tabla 2. *Intento de suicidio*



Según el instrumento realizado a los pacientes, lo cual se corroboró con las historias clínicas previas realizadas en la institución 12 pacientes habían tenido episodios de agitación previos para un (34,3%) y 23 pacientes no habían presentado episodio de agitación en sus ingresos previos (65,7%) (Figura 6).

Figura 5 *Episodio de agitación previo.*



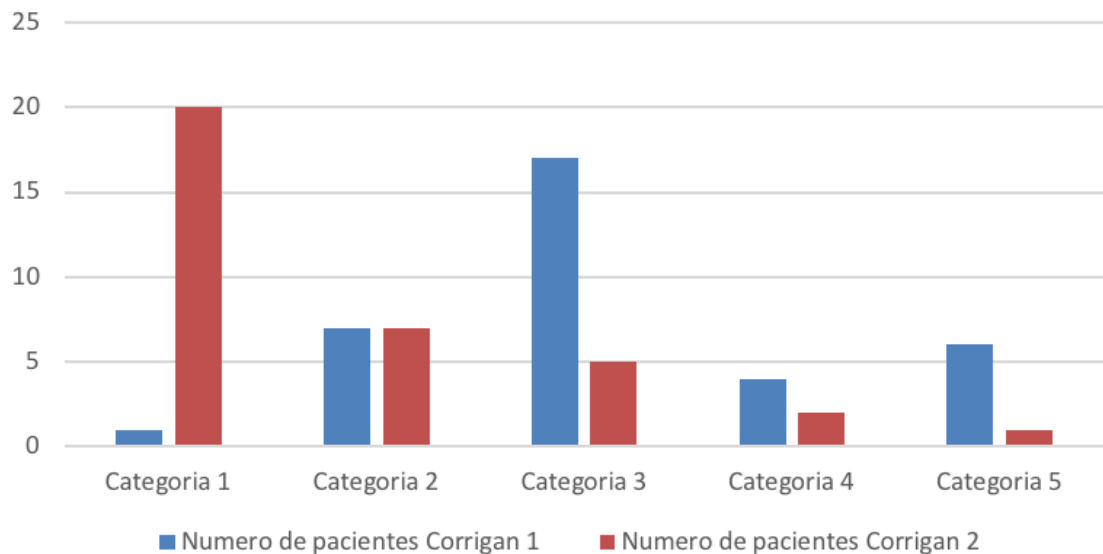
16.2. Resultados según Agitación

Al evaluar, según el instrumento, el número de dosis requeridas, para los pacientes estudiados se detectó que los pacientes requirieron como máximo 2 (dos) dosis del medicamento colocado y la media del total de dosis que requirieron fue una (Media: 1,05).

Por su parte, en cuanto a la severidad de la agitación psicomotora, a mayor severidad de la agitación psicomotora mayor la categoría en la escala de Corrigan. En el momento 1 de aplicación solo un paciente tenía severidad de 1 (puntaje 10-20), 7 tuvieron categoría

de severidad en 2 (puntaje 21-30), 17 en Categoría 3 (puntaje 31-40), 4 en categoría 4 (puntaje 41-50) y 6 en categoría 5 (puntaje 51-56). En el momento dos de aplicación de la escala posterior a recibir el tratamiento farmacológico, 20 pacientes obtuvieron puntajes en categoría 1 (puntaje 10-15), 7 en la categoría 2 (puntaje 16-20), 5 en la categoría 3 (puntaje 21-25), 2 en la categoría 4 (puntaje 26-30) y 1 en la categoría 5 (31-35) (Fig. 7).

Figura 6. Intensidad de la agitación psicomotora según puntaje de escala Corrigan



17 Análisis Bivariado

Se realizó el cruce de la variable de puntaje de la escala de Corrigan en el momento 1 con las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad, evidenciándose los siguientes resultados. Para edad, sexo y ocupación los resultados no fueron estadísticamente significativos ($p > 0,5$). Con respecto a la escolaridad los resultados son estadísticamente significativos ($p < 0,5$), el bachillerato completo y estudios universitarios incompletos arrojaron resultados intermedios en la escala de severidad de

la agitación psicomotora entre 31-40 puntos. Por su parte el paciente con un grado de maestría arrojó resultados entre 51-60. En cuanto al estado civil, soltero, separado, casado

Tabla 3. Relación entre severidad de la agitación (Corrigan 1) y variables sociodemográficas

| Caracterización sociodemografica de la población | | | | Escala Corrigan | | | | | |
|--|--------------------------|------------|------------|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Puntaje escala Corrigan momento 1 | | | | | |
| | | | | 10%-20 (N) | 21-30 (N) | 31-40 (N) | 41-50 (N) | 51-60 (N) | Valor P |
| Edad | 18-33 | 16 | 45,70% | 1 | 2 | 10 | 2 | 1 | 0,11 |
| | 34-49 | 8 | 22,80% | 0 | 4 | 1 | 0 | 3 | |
| | 50-65 | 7 | 20% | 0 | 1 | 5 | 0 | 1 | |
| | 66-81 | 4 | 11,50% | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | |
| Estado civil | Soltero | 22 | 62,80% | 1 | 5 | 12 | 1 | 3 | 0,03 |
| | Casado | 1 | 2,86% | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | Unión libre | 2 | 5,79% | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | |
| | Separado | 1 | 2,86% | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | Viudo | 9 | 25,71% | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | |
| Sexo | Femenino | 18 | 51,40% | 1 | 4 | 12 | 1 | 0 | 0,49 |
| | Masculino | 17 | 48,60% | 0 | 3 | 5 | 3 | 6 | |
| Escolaridad | Primaria completa | 1 | 3,00% | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0,03 |
| | Bachillerato incompleto | 0 | 0,00% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Bachillerato completo | 11 | 31,43% | 0 | 2 | 6 | 1 | 2 | |
| | Universitario incompleto | 10 | 28,57% | 1 | 1 | 7 | 1 | 0 | |
| | Universitario completo | 8 | 22,86% | 0 | 3 | 3 | 2 | 0 | |
| | Posgrado | 4 | 11,43% | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | |
| | Maestría | 1 | 3% | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | PHD | 0 | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Ninguno | 0 | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Ocupación | Empleado | 12 | 34,28% | 1 | 3 | 5 | 1 | 2 | 0,34 |
| | Desempleado | 23 | 65,72% | 0 | 4 | 12 | 3 | 4 | |

y unión libre arrojaron resultados en la escala de Corrigan entre 31-40 ($p < 0,5$). Mientras que viudo arrojó los puntajes mas altos en la escala de Corrigan, entre 51- 56 puntos (Tabla 2).

Con respecto a la asociación entre el diagnóstico CIE 10 y el puntaje de la escala de Corrigan en el momento 1, 17 de los 35 pacientes incluidos en el estudio tuvieron una severidad de la agitación entre 31-40. Cuando se discrimina por diagnóstico se encuentra que el 45,7% (N: 16) de los pacientes presentaban diagnóstico de trastornos del espectro psicótico y esquizoafectivo. De estos 5 presentaron episodios de agitación puntuados en la escala de Corrigan entre 41 y 56 puntos, ocho de los dieciséis presentaron episodios puntuados entre 31-40. Estos hallazgos fueron estadísticamente significativos ($p=0,03$). Los pacientes con trastornos depresivos tuvieron menor severidad de la agitación psicomotora, encontrado 6 participantes con este diagnóstico del total de la muestra en quienes la severidad estuvo entre 20 y 40 puntos en la escala ya descrita ($p=0,03$) (Tabla 3).

Por su parte al asociar consumo de sustancias psicoactivas con el puntaje de la escala de

Corrigan en el primer momento (Tabla 4) encontramos que el 20% (N:7) de los pacientes tenían consumo de sustancias psicoactivas hallando que 6 de estos tuvieron puntajes en la escala entre 31-40. Dentro de los que 28 no tenían consumo de sustancias psicoactivas, se encontró que 6 de ellos tuvieron agitación entre 41 a 56 puntos. Ninguno de estos resultados fue estadísticamente significativo ($p=0,20$).

Tabla 4. *Tabla Escala de Corrigan momento 1 y diagnóstico de ingreso CIE10*

| Grupo farmacológico utilizado | Trastorno por consumo de sustancias | Trastornos psicóticos | Trastorno esquizoafectivo | Trastorno bipolar | Trastornos depresivos | Trastornos de ansiedad | Total |
|--|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|-------|
| Haloperidol | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| Haloperidol y midazolam | 1 | 7 | 0 | 2 | 0 | 1 | 11 |
| Olanzapina | 1 | 3 | 2 | 5 | 2 | 0 | 13 |
| Midazolam | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 5 |
| otros (clozapina, y levomepromazina, clonazepam) | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| | 2 | 13 | 3 | 8 | 5 | 3 | 35 |

Tabla 5. *Tabla Escala de Corrigan momento 1 y consumo de sustancias psicoactivas*

| Escala de Corrigan | Consumo de sustancias psicoactivas | | Total | |
|--------------------|------------------------------------|----|-------|----|
| | No | Si | | |
| 5 Categorías | 10%-20 | 1 | 0 | 1 |
| | 21-30 | 6 | 1 | 7 |
| | 31-40 | 11 | 6 | 17 |
| | 41-50 | 4 | 0 | 4 |
| | 51-60 | 6 | 0 | 6 |
| Total | 28 | 7 | 35 | |

De igual manera, se analizó el intento de suicidio previo con la severidad de la agitación psicomotora, observándose que el 14,2% (N:5) de los pacientes incluidos en el estudio habían tenido un intento de suicidio previo. De estos, 4 tuvieron puntaje en la escala Corrigan entre 31-40. Estos resultados no fueron estadísticamente significativos ($p=0.14$) (tabla 5).

Tabla 6. Tabla de Intento de suicidio previo y Corrigan momento 1

| Escala de Corrigan | Intento de suicidio previo. | | Total |
|--------------------|-----------------------------|----|-------|
| | No | Si | |
| 10%-20 | 1 | 0 | 1 |
| 21-30 | 6 | 1 | 7 |
| 5 Categorías 31-40 | 13 | 4 | 17 |
| 41-50 | 4 | 0 | 4 |
| 51-60 | 6 | 0 | 6 |
| Total | 30 | 5 | 35 |

En cuanto al episodio de agitación previo el 34% (N:12) de los pacientes había tenido un episodio previo. Del total de los pacientes que habían tenido un episodio de agitación previo, 66% (N:8) tuvieron puntajes en la escala de Corrigan entre 31-40 puntos. De los 12 pacientes 1 presentó puntaje en la escala entre 51 y 56. De los 23 pacientes sin episodio previo de agitación psicomotora 6 presentaron resultados en la escala de severidad de la agitación entre 51 y 56. Ninguno de estos resultados fueron estadísticamente significativos ($p=0,34$) (tabla 6).

Figura 7. Episodio de agitación previo y Corrigan momento 1

| Escala de Corrigan | Episodio de agitación previo | | Total |
|--------------------|------------------------------|----|-------|
| | No | Si | |
| 10%-20 | 1 | 0 | 1 |
| 21-30 | 5 | 2 | 7 |
| 5 Categorías 31-40 | 9 | 8 | 17 |
| 41-50 | 3 | 1 | 4 |
| 51-60 | 5 | 1 | 6 |
| Total | 23 | 12 | 35 |

En cuanto a la relación que existe entre los diagnósticos y los medicamentos administrados a los pacientes estudiados, durante el momento de la agitación (Corrigan) (tabla 7) se observó que se les administró haloperidol a tres pacientes uno con trastorno depresivo, otro con trastorno psicótico, y otro con trastorno de ansiedad. En cuanto al manejo con Haloperidol mas Midazolam se observó que se les administró a siete pacientes con trastornos psicóticos, dos pacientes con trastorno afectivo bipolar, un paciente ansioso y uno con consumo de sustancias. En lo que respecta al manejo con olanzapina los resultados fueron variados, sin embargo, se denota que se le administró en su mayoría a pacientes con trastorno afectivo bipolar (cinco pacientes), a su vez, se observa que se les administró a tres pacientes con esquizofrenia, dos con depresión, dos con trastorno esquizoafectivo y uno con consumo de sustancias. En dicho conteo se agruparon a los pacientes que recibieron Olanzapina y Midazolam en el mismo momento. En relación con el midazolam, se observó que se administró en cinco oportunidades, en dos pacientes con depresión, en un paciente con trastorno esquizoafectivo, un paciente con ansiedad y un paciente con esquizofrenia. Respecto a los otros medicamentos, se administró una dosis de estos en pacientes con esquizofrenia y en un paciente con trastorno afectivo bipolar, para un total de dos pacientes.

Tabla 7. Grupo farmacológico utilizado y diagnóstico de ingreso

| Escales de Corrigan momento 1 | Trastorno por consumo de sustancias | Trastornos psicóticos | Trastorno esquizoafectivo | Trastorno bipolar | Trastornos depresivos | Trastornos de ansiedad | Total |
|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|-------|
| 10%-20 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 21-30 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 7 |
| 31-40 | 1 | 5 | 3 | 4 | 4 | 0 | 17 |
| 41-50 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| 51-60 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| Total | 2 | 13 | 3 | 8 | 6 | 3 | 35 |

Según los resultados agrupados en la tabla 8, que compara la severidad de la agitación psicomotora (resultados en la escala Corrigan 1) y la elección del grupo farmacológico; la elección de haloperidol se dió en cuatro pacientes dos de ellos cuyo rango se encontraba dentro de la categoría dos (puntaje 21-30), uno dentro de la categoría tres (31-40) y uno dentro de la categoría cuatro (41-50). Para Corrigan 1 y el manejo con Olanzapina se evidenció que se administró a siete pacientes en la categoría tres, a dos pacientes en la categoría dos, a dos pacientes en la categoría cinco y a un paciente en la categoría cuatro. (Tabla 8)

En lo que respecta al manejo con Haloperidol mas Midazolam, en el momento uno de la escala Corrigan se observó que se aplicó dicho esquema de manera variada, a cuatro pacientes en la categoría cinco, a dos pacientes en la categoría cuatro, a dos pacientes en la tres, a dos pacientes en la dos y a un paciente en la categoría uno. Finalmente, lo que respecta al manejo con Midazolam únicamente se observó que a tres pacientes en la categoría tres se le administró, a un paciente en la categoría dos y a un paciente en la

categoría cuatro. Lo que respecta a la categoría de otros medicamentos, se evidenció que estos se dieron únicamente a los pacientes que se encontraban en la categoría tres de la escala en el momento 1.

Tabla 8. *Escala de Corrigan momento 1 y grupo farmacológico*

| Grupo farmacológico | 10%-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | TOTAL |
|--|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Haloperidol | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| Haloperidol y midazolam | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 11 |
| Olanzapina | 0 | 2 | 7 | 1 | 2 | 12 |
| Midazolam | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 5 |
| otros (clozapina, midazolam y levomepromazina) | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| | 1 | 7 | 16 | 4 | 5 | 35 |

Según lo que se recopiló en la tabla 9, que demuestra la aplicación de medicamentos en el momento número dos (2). Lo que respecta al manejo con Haloperidol se observó que se administró en cuatro pacientes cuyo resultado de la escala en el momento dos fue inferior o igual a 20 puntos. A los pacientes que se les dio manejo con Olanzapina, se vio que la respuesta al tratamiento (Corrigan 2), tuvieron resolución del episodio de agitación (categoría 1 de la escala Corrigan 2). A los que se les dio manejo con Haloperidol y Midazolam se observa que hubo cuatro pacientes tuvieron resolución completa del cuadro de agitación psicomotora, tres pacientes en la categoría dos, tres pacientes en la categoría tres, y un paciente en la categoría cuatro, no hubo pacientes que tuvieron puntuación en la categoría cinco.

Para los pacientes que recibieron manejo únicamente con Midazolam se observó que en el momento dos de la aplicación de la escala, cuatro se encontraban en la categoría uno, y uno en la categoría tres. A los pacientes que se le administró otros medicamentos, en la

evaluación de la escala numero dos, se encontraba un paciente en la categoría uno, un paciente en la categoría dos, y un paciente en la categoría cuatro.

Tabla 9. *Escala de Corrigan momento 2 y grupo farmacológico*

| Grupo farmacológico utilizado | 10--20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | TOTAL |
|--|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Haloperidol | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Haloperidol y midazolam | 4 | 3 | 3 | 1 | 0 | 11 |
| Olanzapina | 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 12 |
| Midazolam | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| otros (clozapina, midazolam y levomepromazina) | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| | 20 | 7 | 4 | 3 | 1 | 35 |

18 Discusión

El presente estudio evalúa con un diseño observacional prospectivo, la severidad de la agitación psicomotora con la Escala de Corrigan (momento 1), factores de riesgo asociado y respuesta farmacológica de la agitación por medio de la Escala de severidad de la agitación psicomotora Corrigan (momento 2).

La institución donde se llevó a cabo este estudio es una institución privada que presta servicios de salud mental a una población con características sociodemográficas diferentes a las de muchas otras entidades de salud mental del país. La población de este estudio en su mayoría tenía un nivel de escolaridad igual o superior al bachillerato completo. Aunque en la literatura se encuentra descrito como factor de riesgo sociodemográfico ser de sexo masculino (2), llama la atención que en nuestro estudio había casi que la misma cantidad de mujeres y hombre (51,4% Vs 48,6% respectivamente) ($p < 0,05$). Así mismo, al igual que en la literatura aparece descrito el no estar casado como un factor de riesgo para

presentar un episodio de agitación (2), en nuestra muestra de pacientes el 62,8% era soltero ($p < 0.05$). De igual forma, se encontró que el 45,7% de los pacientes se encontraban entre los 18 y 33 años ($p > 0,05$), similar a lo reportado por Garriga M en donde describen ser joven como un factor de riesgo.

Los resultados de este estudio evidencian que ni el episodio de agitación previo, ni el consumo de sustancias psicoactivas o el intento de suicidio previo se asociaron con una mayor severidad de la agitación psicomotora ($p > 0,05$).

En cuanto a la asociación entre el diagnóstico y la agitación psicomotora, el 45,7% (N: 16) de los pacientes presentaban diagnóstico de trastornos del espectro psicótico y esquizoafectivo, congruente con lo reportado en la literatura (2).

Al conocerse los resultados obtenidos respecto a los medicamentos y los diagnósticos, se pudo establecer según la categoría de severidad de la agitación psicomotora (Corrigan 1) que, la combinación Haloperidol y Midazolam fué la más administrada y solo en cuatro pacientes resolvió la agitación según la escala de Corrigan, sin embargo, nueve de los pacientes que se les administró la combinación de dichos medicamentos estuvieron en categoría dos, tres y cuatro de la escala de Corrigan. Al comparar con el manejo de Olanzapina que fue el segundo grupo farmacológico que más se administró en los pacientes de la muestra; se evidencia que los doce pacientes que se les administró Olanzapina, siete de ellos estaban en categoría de severidad número tres, nueve del total resolvió completamente el episodio de agitación, dos entre la categoría dos y tres y un paciente no logró resolver el estado de agitación, este último con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. Por otro lado, en cuanto al manejo solo de Midazolam se observa que cuatro de los cinco pacientes a los que se les administró lograron la resolución del episodio

de agitación según la escala de Corrigan. No obstante, este resultado no es comparable con los pacientes que tuvieron manejo con Haloperidol y Midazolam ya que dentro del grupo que recibió manejo con Midazolam como única opción terapéutica, sólo un paciente tenía diagnóstico de trastorno psicótico.

19 Conclusiones

La población de pacientes incluidos en el estudio aproximadamente la mitad eran hombre y la otra mitad mujeres, con un promedio de edad de 41 años y el 63% eran solteros.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas: edad y estado civil. Llama la atención que, aunque no se evidenció una asociación entre el episodio de agitación previo y la severidad de la agitación psicomotora esta no fue estadísticamente significativa quizás por el tamaño de la muestra y el tipo de estudio. Además, la medición de la severidad de la agitación psicomotora con la escala de comportamiento agitado de Corrigan fue útil para evidenciar que el 68% de los pacientes tuvieron agitación en puntajes intermedios de la escala entre 21 y 40 puntos y solo el 17% de los pacientes presentó episodios con puntajes en la escala entre 51 y 56 puntos.

Lo que respecta al manejo medicamentoso en relación con los diagnósticos CIE10 que se categorizaron en trastorno por consumo de sustancias, trastornos psicóticos, trastorno esquizoafectivo, trastornos bipolar, trastornos depresivos, y trastornos de ansiedad, se evidencia que el manejo combinado con haloperidol y midazolam se administró en su mayoría a pacientes con diagnóstico de trastornos psicóticos en especial esquizofrenia,

siendo este el diagnóstico en siete de los once pacientes a los cuales se les administró. Por su parte, el manejo con olanzapina se administró de manera variada en todo tipo de diagnóstico, sin una predilección en particular hacia una categoría diagnóstica. Además, se evidenció que el manejo medicamentoso con Midazolam o Haloperidol no fue indicado como preferencia por los psiquiatras en la institución, siendo ocho el total de pacientes que recibieron alguno de estos dos medicamentos.

Los datos obtenidos del estudio corresponden a los datos de la población estudiada por lo que habrá algunas limitaciones si se tratan de extrapolar los resultados de asociación sociodemográfica por las particularidades de los pacientes de la institución, no obstante, los resultados de asociación clínica y manejo farmacológico si pudiesen extrapolarse a otros contextos.

Se necesitan mas estudios en nuestro medio que permitan evidenciar asociaciones estadísticamente significativas entre otras variables sociodemográficas de los pacientes, la severidad de la agitación y respuesta al manejo farmacológico utilizado.

20 Referencias bibliográficas

- (1). Mantovani Célia, Migon Marcelo Nobre, Alheira Flávio Valdozende, Del-Ben Cristina Marta. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2010 Oct [cited 2019 Dec 06] ; 32(Suppl 2): S96-S103. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006>.
- (2). 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 [internet]. 17 de febrero de 2016 [citado 19 de marzo de 2018];17(2):86-128. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/15622975.2015.1132007>
- (3). Gomez s, dopheide j. Antipsychotic selection for acute agitation and time to repeat use in a psychiatric emergency department: j psychiatr pract [internet]. Noviembre de 2016 [citado 7 de mayo de 2018];22(6):450-8. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=wkptlp:landingpage&an=00131746-201611000-00004>
- (4). Strout td. Psychometric testing of the agitation severity scale for acute presentation behavioral management patients in the emergency department: adv emerg nurs j [internet]. 2014 [citado 7 de mayo de 2018];36(3):250-70. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=01261775-201407000-00007>
- (5). American psychiatric association. Dsm-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Buenos aires: editorial médica panamericana; 2016.
- (6). Zeller sl, rhoades rw. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. Clinther [internet]. Marzo de 2010 [citado 8 de mayo de 2018];32(3):403-25. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149291810000974>
- (7). Bustos ji, capponii, ferranter, frausin mj, ibañez b. Excitación psicomotriz: «manejo en los diferentes contextos». 2010;16:14.
- (8). Deal n, hong m, matorin a, shah aa. Stabilization and management of the acutely agitated or psychotic patient. Emerg med clin north am [internet]. Noviembre de 2015 [citado 7 de mayo de 2018];33(4):739-52. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0733862715000565>
- (9). Hankin cs, bronstone a, koran lm. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. J psychiatr pract [internet].

Mayo de 2011 [citado 17 de mayo de 2018];17(3):170-85. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00131746-201105000-00003>

- (10). Deal n, hong m, matorin a, shah aa. Stabilization and management of the acutely agitated or psychotic patient. *Emerg med clin north am* [internet]. Noviembre de 2015 [citado 7 de mayo de 2018];33(4):739-52. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0733862715000565>
- (11). Nordstrom et al. - 2012 - medical evaluation and triage of the agitated pati.pdf.
- (12). Leslie citrome, m.d., m.p.h. new treatments for agitation. *Psychiatr q*. 2004;75:17.
- (13). Corrigan jd. Development of a scale for assessment of agitation following traumatic brain injury. *J clin exp neuropsychol* [internet]. Marzo de 1989 [citado 11 de julio de 2018];11(2):261-77. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01688638908400888>
- (14). Richmond et al. - 2012 - verbal de-escalation of the agitated patient cons.pdf.
- (15). Richmond j, berlin j, fishkind a, holloman g, zeller s, wilson m, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project beta de-escalation workgroup. *West j emerg med* [internet]. 1 de febrero de 2012 [citado 19 de marzo de 2018];13(1):17-25. Disponible en: <http://www.escholarship.org/uc/item/55g994m6>
- (16). Hammond jc, lahti ac, kraguljac nv. Rapid clozapine titration in an acutely agitated patient with schizoaffective disorder: a case report. *J clin psychopharmacol* [internet]. Junio de 2016 [citado 7 de mayo de 2018];36(3):276-7. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=wkptlp:landingpage&an=00004714-201606000-00015>
- (17). Nordstrom k, zun l, wilson m, stiebel v, ng a, bregman b, et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project beta medical evaluation workgroup. *West j emerg med* [internet]. 1 de febrero de 2012 [citado 7 de mayo de 2018];13(1):3-10. Disponible en: <http://www.escholarship.org/uc/item/881121hx>
- (18). Simpson et al. - 2014 - risk for physical restraint or seclusion in the ps.pdf.

- (19). Bauer jø, stenborg d, lodahl t, mønsted mm. Treatment of agitation in the acute psychiatric setting. An observational study of the effectiveness of intramuscular psychotropic medication. *Nord j psychiatry* [internet]. 16 de noviembre de 2016 [citado 7 de mayo de 2018];70(8):599-605. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08039488.2016.1188982>
- (20). Murphy mc. The agitated psychotic patient: guidelines to ensure staff and patient safety. *J am psychiatr nurses assoc* [internet]. Agosto de 2002 [citado 7 de mayo de 2018];8(4_suppl):s2-8. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1067/mpn.2002.127080>
- (21). Narváez cg, córdoba fe, fontecha j. Restricción en pacientes agitados. *Rev fac med univ nac colomb*. 2004;52(3):13.
- (22). Sadock, B., Sadock, V. and Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 11th ed. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer. Chapter 23.

21 Anexo 1. Instrumento de recolección de información.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.

Fecha _____

Aplicado por: _____

Documento de identidad _____

Edad: _____

Sexo marque 0 Femenino, 1 Masculino: _____

Estado civil marque 1 Soltero, 2 Casado, 3 Unión libre, 4 Separado, 5 Viudo: _____

Escolaridad marque 0 Ninguno, 1 Primaria completa, 2 Bachillerato incompleto, 3 Bachillerato completo, 4

Universitario incompleto, 5 Universitario completo, 6 Especialización, 7 Maestría, 8 PHD: _____

Ocupación marque 0 No ocupado, 1 Ocupado: _____

Diagnóstico principal CIE 10: _____

Consumo de SPA diagnóstico CIE 10: _____

IMC: _____ Peso: _____ Talla: _____

Antecedente de suicidio previo, marque Si (1) No (0): _____

Escala Corrigan.

Puntuación: para cada ítem marque 1 si es inexistente, 2 leve, 3 moderado y 4 extremo.

| | Puntaje inicial | Puntaje a las 2 horas de abordaje terapéutico |
|--|-----------------|---|
| Mantiene poco la atención, se distrae con facilidad, es incapaz de concentrarse. | | |
| Impulsivo, impaciente, tolera mal el dolor o la frustración. | | |
| Poco cooperador, no dejan que le cuiden, exigente. | | |
| Es violento o amenaza a las personas o la propiedad. | | |
| Explosivo o con ataques de ira imprevisible. | | |
| Se balancea, se frota, gime o manifiesta otra conducta auto estimulante. | | |
| Tira de los tubos y las ataduras de la cama | | |
| Vaga por las áreas de tratamiento | | |
| Está inquieto va y viene, se mueve excesivamente | | |
| Muestra comportamientos repetitivos, motores o verbales | | |
| Habla rápido, alto o en exceso | | |
| Cambia de humor súbitamente | | |
| Llora o se ríe con facilidad y de una manera excesiva | | |
| Se hace daño o insulta | | |

Grupo farmacológico utilizado, marque 1 antipsicótico típico, 2 antipsicótico atípico, 3 benzodicepinas, 4 otro: _____

Numero de dosis que requirió para mejoría (número entero): _____

Restricción mecánica, marque Si (1) / No (0): _____

22 Anexo 2. Formulario de consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: ¿Cuáles son las características asociadas a la agitación psicomotora, el tipo de intervención realizada y respuesta a la misma en pacientes hospitalizados en una unidad de salud mental?

Investigadores principales: Daniela Isaac Christoph. Médico Cirujano, residente de Psiquiatría. Gissell Adriana Medina. Médico Cirujano, residente de Psiquiatría.

Asesora temática: Dra. Marcela Álzate, Psiquiatra.

Objetivo del estudio: Determinar las características asociadas a la agitación psicomotora, así como el tipo de intervención realizada y respuesta a la misma en los pacientes hospitalizados en la unidad A de la clínica Montserrat.

A usted le fue aplicado una escala de severidad de la agitación psicomotora durante su hospitalización en la clínica Montserrat. El instrumento aplicado garantiza la confidencialidad de los datos aportados por usted, los cuales hacen referencia a su diagnóstico, tipo de medicamento utilizado y respuesta al mismo. Estos datos serán utilizados únicamente para fines académicos y no de forma individual.

Si usted tiene alguna duda o pregunta acerca del estudio puede solicitarla a los investigadores, Daniela Isaac Christoph y Gissell Adriana Medina, residentes de segundo año de la Universidad El Bosque- Clínica Montserrat (Teléfono: 2596000 Ext 6111, mail: disaac@unbosque.edu.co, adrymedinato@hotmail.com, dirección: Calle 134 no 17-71).

En caso de cualquier otra duda/pregunta, o que sienta vulnerado sus derechos, podrá comunicarse con el Comité de Ética en Investigación CEI CAMPO ABIERTO LTDA, Dr. Eduardo Angarita, eticaeninvestigacion@hotmail.com.

He leído y entendido el propósito de esta investigación. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión, por lo cual mediante la firma del presente documento ratifico mi decisión de participar en el estudio y no he renunciado a ninguno de mis derechos legales

Nombre del participante

Firma

C.C. _____

Ciudad y fecha _____

Nombre del Investigador

Firma

Ciudad y fecha _____

23 Anexo 3. Escala de comportamiento Agitado de Corrigan.

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

Indique si el paciente presentaba los comportamientos que se citan a continuación y, si es así, en qué grado: leve, moderado o extremo. El grado puede basarse en la frecuencia del comportamiento o en la intensidad de un incidente determinado. No deje ítems sin rellenar.

| | <i>Inexistente</i> | <i>Leve</i> | <i>Moderado</i> | <i>Extremo</i> |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Mantiene poco la atención, se distrae con facilidad, es incapaz de concentrarse | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. Impulsivo, impaciente, tolera mal el dolor o la frustración | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. Poco cooperador, no deja que le cuiden, exigente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 4. Es violento o amenaza a las personas o la propiedad | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Explosivo o con ataques de ira imprevisibles | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 6. Se balancea, se frota, gime o manifiesta otra conducta autoestimulante | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 7. Tira de los tubos y las ataduras de la cama | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8. Vaga por las áreas de tratamiento | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9. Está inquieto, va y viene, se mueve excesivamente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 10. Muestra comportamientos repetitivos, motores o verbales | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 11. Habla rápido, alto o en exceso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 12. Cambia de humor súbitamente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 13. Lloro o se ríe con facilidad y de una manera excesiva | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 14. Se hace daño o insulta | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

Puntuación total: _____

Puntuaciones factores

Desinhibición (ítems 1-2, 6-10): _____

Agresividad (ítems 3-5, 14): _____

Labilidad (ítems 11-13): _____

Escala de Agitación de Corrigan (13).