



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
“Dr. Dacio Crespo”

## **GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico 2011-2014**

**Trabajo Fin de Grado**

**Intervención de Enfermería ante el  
Paciente Agresivo**

**César Villamediana Navas**

Tutora: Fermina Alonso del Teso

**Junio, 2014**



<b>1. Resumen o abstrad.....</b>	<b>Pág. 4</b>
<b>2. Introducción.....</b>	<b>Pág. 6</b>
<b>2.1- Concepto y clasificación de la agresividad.....</b>	<b>Pág. 6</b>
2.1.1- Concepto y clasificación de la agresividad.....	Pág. 7
2.1.2- Tipos de agresividad.....	Pág. 8
2.1.3- Tipos de pacientes con agresividad patológica.....	Pág. 9
2.1.4- Principales trastornos que pueden cursar con Agitación psicomotriz.....	Pág. 10
2.1.5- Estimación del nivel de agresividad.....	Pág. 11
<b>2.2 – Justificación.....</b>	<b>Pág. 12</b>
<b>2.3 – Factores sociodemográficos y ambientales.....</b>	<b>Pág. 12</b>
2.3.1 – Factores demográficos.....	Pág. 12
2.3.2 – Factores clínicos.....	Pág. 13
2.3.3 – Factores ambientales.....	Pág. 13
2.3.4 – Factores desencadenantes.....	Pág. 13
<b>2.4 – Aspectos ético- legales en España.....</b>	<b>Pág. 13</b>
<b>2.5 – Delimitación del problema.....</b>	<b>Pág. 15</b>
<b>2.6 – Objetivos.....</b>	<b>Pág. 16</b>
<b>3. Material y métodos.....</b>	<b>Pág. 17</b>
<b>4. Resultados.....</b>	<b>Pág. 18</b>



<b>5. Discusión.....</b>	<b>Pág. 19</b>
<b>5.1 – Patologías con mayor numero de episodios agresivos.....</b>	<b>Pág. 19</b>
<b>5.2 – Evaluación de enfermería.....</b>	<b>Pág. 20</b>
<b>5.3 – Intervenciones de enfermería.....</b>	<b>Pág. 21</b>
<b>5.3.1 – Conciencia de uno mismo.....</b>	<b>Pág. 21</b>
<b>5.3.2 – Entrenamiento asertivo.....</b>	<b>Pág. 22</b>
<b>5.3.3 – Estrategias de comunicación.....</b>	<b>Pág. 22</b>
<b>5.3.4 – Estrategias de comunicación para</b>	
<b>Evitar la conducta agresiva.....</b>	<b>Pág. 23</b>
<b>5.4 – Contención verbal.....</b>	<b>Pág. 25</b>
<b>5.5 – Contención mecánica.....</b>	<b>Pág. 27</b>
<b>5.5.1 – Procedimiento de la sujeción mecánica.....</b>	<b>Pág. 29</b>
<b>5.6 – Contención farmacológica.....</b>	<b>Pág. 32</b>
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>Pág. 37</b>
<b>7. Anexos.....</b>	<b>Pág. 38</b>
<b>7.1 – Escalas de evaluación de la agresividad validadas.....</b>	<b>Pág. 38</b>
<b>7.2 – Gráficas de datos de la agresividad.....</b>	<b>Pág. 40</b>
<b>7.3 – Diagnósticos según el DSM-IV asociados a</b>	
<b>Conducta violenta.....</b>	<b>Pág. 44</b>
<b>7.4 – Jerarquía de las conductas de los pacientes agresivos.....</b>	<b>Pág. 45</b>
<b>7.5 – Estadios de la agresión.....</b>	<b>Pág. 45</b>
<b>7.6 – Aspectos legales de la contención mecánica.....</b>	<b>Pág. 46</b>
<b>7.7 – Algoritmo de intervención ante el paciente agresivo.....</b>	<b>Pág. 48</b>
<b>7.8 – Parámetros farmacocinéticas de las benzodicepinas.....</b>	<b>Pág. 49</b>
<b>8. Bibliografía.....</b>	<b>Pág. 50</b>



## 1. RESUMEN O ABSTRAD

La estigmatización del paciente psiquiátrico es todavía una fuerte barrera no solo social, si no en el ámbito sanitario, en el que cada día surge un mayor miedo a tratar a estos sujetos potencialmente agresivos, por el desconocimiento, por falta de destreza y habilidades que hagan capaces al personal sanitario de atender este tipo de situaciones de una forma no solo profesional, si no con una cierta destreza que haga honor a las capacidades que conllevan el uso de la profesión y con ello, el correcto uso de herramientas como la comunicación efectiva y asertiva, conocimiento de la patología psiquiátrica, las diferentes formas de abordar al paciente agresivo y el manejo adecuado de la contención mecánica así como conocer cuáles son los fármacos más utilizados en estos casos.

El objetivo es dar a conocer al personal de enfermería las diferentes técnicas de abordaje ante el paciente agresivo y la forma de proceder e intervenir ante ellas.

El método utilizado para ello ha sido realizar una revisión sistemática en bases de datos, Medline, Pubmed, crochane, Scielo, google académico y libros.

Como resultados destacan que la forma de proceder ante la contención verbal y mecánica vista desde numerosos autores es la misma no siendo relevantes las diferencias.

En cuanto a las patologías que cursan con un mayor número de agresiones están la esquizofrenia paranoide, el trastorno límite de la personalidad y retraso mental.

Los fármacos más utilizados para la contención del paciente agresivo son benzodiacepinas y antipsicóticos, no habiendo un tratamiento de elección idóneo.

**Palabras clave:** agresión, contención mecánica, contención verbal, aislamiento, psicofármacos, restricción física y patología psiquiátrica.



## Summary:

The stigmatization of the psychiatric patient is still a high barrier not just on a social scope, in which everyday rises a bigger fear to deal with this potentially aggressive fellows, due to unknowledge and lack of skills to make the healthcare professionals able to deal with this kind of situations on a not just professional way, with a otherwise certain skill that honors the capacity that lead the use of the profession and thereby the right use of techniques like the assertive and effective communication, mental health pathology knowledge, the different ways to approach the aggressive patient and the right handle of the mechanical containment as well as the medication most used.

The goal is to let the nursing staff known the different approach techniques and the way of proceed and intervene with them.

The method used has been a systematic review on data bases, Medline, Pumbed, Crochane, Scielo, Google academic and books.

As a result the highlights are the ways of proceeding on the mechanical and verbal contention are almost the same with no outstanding difference between many different authors.

The pathologies with a higher number of aggressions are the paranoid schizophrenia, borderline personality disorder and mental retardation.

The medications most used are the benzodiazepines and the antipsychotics there being no preferred treatment.

**Key words:** Aggression, mechanical contention, verbal contention, isolation, psychotropic and psychiatric pathology.



## **2. INTRODUCCIÓN**

### **2.1 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LA AGRESIVIDAD.**

Se entiende por agresividad la violencia sobre algo o alguien que impide fuerza, altera, trastorna o destruye su propia estructura o dinamismo. Cualquier forma de conducta física o verbal destinada a dañar, ofender o destruir, al margen de que se manifieste con hostilidad o como medio calculado para alcanzar un fin, se considera una conducta agresiva.

La agresividad física o verbal, puede ir dirigida contra uno mismo (autoagresión) o contra otros (heteroagresión), ya sean personas, animales u objetos.

Las conductas agresivas forman parte del repertorio normal de las personas. No está claro el papel que juegan la herencia y el ambiente en su desarrollo, pero se considera que la agresividad es una consecuencia conductual de la maduración biológica y social característica de la infancia. Por lo general, estas conductas se van reduciendo a medida que los adolescentes incorporan nuevas habilidades físicas y sociales con que enfrentarse a los estímulos aversivos que puedan encontrar en su exploración del entorno y en el ejercicio de su creciente autonomía. Las conductas agresivas son susceptibles de adquirirse y mantenerse a través del aprendizaje social.

La preocupación de los psicólogos por el fenómeno de la agresividad comenzó a sistematizarse a finales del s. XIX con Williams James, quien lo definió como un “instinto”, idea que ampliaría más tarde Freud al considerarlo como un “impulso innato”. Pero es Yale quien realiza la primera publicación bajo la perspectiva conductista relacionando agresión con frustración. Así, frente a las posiciones biologicistas o mecanicistas de los primeros tiempos, aparecen los estudiosos que consideran la conducta agresiva como resultado del aprendizaje de hábitos perjudiciales (Landrove, 1998).



Encontramos diversas y diferentes clasificaciones de la agresividad, la de Buss y Feshbach, distinción entre “agresión-enfado” y la “agresión instrumental”, la de Erich Fromm, “agresión benigna y agresión maligna”, o la de Moyer y Montagu quienes recogen las formas de agresión animal.

La OMS en su clasificación de trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10, sitúa el comportamiento agresivo como expresión de trastornos disociales tanto en niños como en adultos. Sobresale de entre sus características el deseo de herir: el agresor desea hacer daño a su objeto.

La característica predominante en el comportamiento es el deseo de herir, pero en ocasiones la conducta agresiva no tiene esa finalidad. Así, encontramos que el comportamiento agresivo no tiene un único móvil, sino que al menos podemos distinguir entre *agresividad instrumental*, cuando la conducta agresiva sirve de “instrumento para”, es utilizada con otros fines distintos de los de la propia agresión, de la *agresividad hostil o emocional*, cuando el sujeto busca provocar daño a otro.<sup>2, 3</sup>

### 2.1.1 Niveles de integración de la agresividad.

Las bases biopsicosociales de la agresividad no son del todo conocidas pero existen ya una serie de evidencias científicas en cada uno de los niveles.

#### A. Nivel biológico:

**Sustrato anatómico:** ciertas zonas encefálicas están relacionadas directamente con la agresividad (Ferreira, 1972). Existe una compleja red de conexiones que modula la conducta agresiva en función de un sistema dual excitatorio-inhibitorio que permanece al servicio de procesos psíquicos superiores. Emociones de rabia y agresión pueden provocarse o activarse por estimulación de las amígdalas, el hipocampo, hipotálamo lateral, bulbo olfatorio, corteza cingular y del septum.<sup>1</sup>

Una reducción o inhibición de la agresividad o conductas de huida se observan al estimular el núcleo caudado, zonas de la circunvalación cingular, el septum, hipotálamo posterior o áreas del tálamo.



**Sustrato bioquímico:** Ciertos neurotransmisores y hormonas están relacionados con variaciones de la agresividad.<sup>1</sup>

- Serotonina.
- Catecolaminas.
- Acetilcolina.
- Testosterona.
- GABA.

#### **B. Nivel psicológico.**

- Personalidad.
- Ambiente familiar.
- Psicopatología.

#### **C. Nivel sociológico.**

- Factores socioculturales.
- Factores sociopolíticos y económicos<sup>2, 3</sup>

### **2.1.2 Tipos de agresividad.**

- **Según contra qué o quién se dirija:**

A. **Heteroagresividad:** La conducta violenta u hostil va dirigida hacia otros, personas, animales u objetos. Engloba conductas muy diversas como actos verbales (insultos, amenazas, comentarios sarcásticos) o acciones físicas lesivas (golpes, violaciones, torturas, asesinatos).

B. **Autoagresividad:** Dirigida hacia el mismo sujeto (autorreproches, autolesiones o suicidio).



- **Según su origen :**

- A. **Agresividad espontánea o autoafirmativa:** Dirigida por el impulso individual de autoafirmación y dominio biopsicosocial.
- B. **Agresividad reactiva:** Secundaria a frustraciones, expresión de la impotencia para alcanzar una meta o un deseo.
- C. **Agresividad expresiva o emocional:** Manifestación de emociones o sentimientos destructores (ira, cólera, odio, envidia, celos, venganza...).

- **Según la forma operativa:**

- A. **Agresividad activa:** Se expresa mediante manifestaciones directas de hostilidad.
- B. **Agresividad pasiva:** Se manifiesta mediante actitudes de oposición y resistencia indirecta.

- **Según su finalidad :**

- A. **Agresividad primaria:** Su finalidad es exclusivamente causar daño.
- B. **Agresividad secundaria o instrumental:** Su propósito último es distinto a la intención de lesionar (obtener dinero, aprobación social, emociones de superioridad...)<sup>4</sup>

### **2.1.3 Tipos de pacientes con agresividad patológica.**

1. Pacientes con trastorno mental diagnosticable.
2. Pacientes con trastorno neurológico u orgánico-cerebral diagnosticable.
3. Pacientes que perciben sus actos violentos como no deseados (Egodistónicos) y que precisan ayuda psiquiátrica.
4. Pacientes intoxicados o bajo los efectos de un síndrome de abstinencia.<sup>4</sup>



### 2.1.4 Principales trastornos que pueden cursar con agitación psicomotriz.

- **Físicos**

1. Por drogas: intoxicación y abstinencia.
2. Por fármacos: reacciones paradójicas y efectos secundarios.
3. Por alteraciones metabólicas y endocrinas.
4. Por infecciones (sistémicas o del SNC): meningitis, encefalitis
5. Neurológicas (neoplasias, traumatismos, intoxicaciones, etc.).

- **Mentales**

1. Trastornos mentales orgánicos.
2. Trastornos psicóticos y esquizofrenia.
3. Trastornos del humor o afectivos.
  - De inestabilidad emocional (tipo límite)
  - Trastorno disocial.
4. Trastorno de personalidad.
5. Trastorno conductual reactivo.
6. Hipercinesia:
  - De origen psicógeno (trastorno por conversión).
  - Asociada a retraso mental.

- **Situacionales**

Reacciones a situaciones catastróficas:

- Accidentes.
- Fallecimiento de seres queridos.<sup>4</sup>



### 2.1.5 Estimación del nivel de agresividad.

#### Características generales del paciente heteroagresivo:

- Sexo masculino.
- De edad entre 15 – 30 años.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Ausencia de vínculos familiares.
- Historia anterior de violencia.

#### Manifestación del paciente que puede anunciar conducta violenta:

- Tono del habla grave, amenazante y vulgar.
- Tensión muscular elevada.
- hiperactividad generalizada (deambulación inquieta).
- Golpes a objetos.
- Alucinaciones auditivas (órdenes que le indican que agrede).<sup>5</sup>

Ha de diferenciarse entre paciente agresivo y paciente agitado, se puede definir agitación como cuadro caracterizado por hiperactividad motora y estados emocionales ansiedad, angustia, miedo etc. Potencialmente agresivos o agresivamente expresados.<sup>1, 2, 3, 4,5.</sup>

La intensidad puede variar desde una leve inquietud hasta la agitación y violencia, con conductas heteroagresivas verbales y/o físicas. La conducta de agitación psicomotriz (paciente violento) puede ser la manifestación de gran variedad de trastornos físicos y mentales.

Existen algunas escalas de medición de la agresividad que pueden servir de herramientas de ayuda. **Anexo (1)**



## 2.2 JUSTIFICACIÓN.

Debido al incremento de la patología psiquiátrica en estos últimos años y el aumento consiguiente de agresiones al personal sanitario en los distintos servicios hospitalarios y de atención primaria, se ha elaborado este trabajo para poder realizar una visión más amplia de lo que es un paciente agresivo y como se ha de enfrentar en ese caso el personal de enfermería ante dicha situación, en la que en muchas ocasiones, se ve desbordado por falta de conocimiento o por miedo a dicha situación.

## 2.3 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y AMBIENTALES

### 2.3.1 Factores demográficos.

- No hay exactamente una raza concreta que de por sí sea más agresiva o violenta que otra, pero sí, factores que influyen de forma firme en la persona para que alcance mayores niveles de agresividad y violencia en la edad adulta (citados anteriormente).
- Hay un mayor número de casos de agresiones en los servicios de urgencias, seguido de atención primaria y salud mental, en este orden, lo cual es llamativo.<sup>6</sup>
- El mayor número de agresiones al personal sanitario es por parte de los acompañantes o familiares con un 75 %, seguido de personas con antecedentes psiquiátricos 9%, antecedentes tóxicos 8% y el resto por enfermedades orgánicas en los servicios de urgencias.<sup>6</sup> **Anexo (2)**
- En el área de psiquiatría, el personal más agredido son los auxiliares de enfermería, en su mayoría mujeres de entre 35-50 años y la patología que cursa con mayor nº de casos de agresiones es el trastorno de la personalidad.<sup>19</sup> **Anexo (2)**
- Edad entre 15 y 30 años<sup>6, 19.</sup>
- Sexo ( más frecuente en varones)
- Estado civil ( solteros)
- Bajo status socioeconómico
- Antecedentes familiares de alcoholismo o conductas agresivas<sup>6, 19.</sup>



### **2.3.2 Factores clínicos.**

- Antecedentes de conductas agitadas
- Abuso de sustancias
- El nivel de conciencia de enfermedad (nula adherencia al tratamiento)
- Comorbilidad con trastornos de personalidad
- Desorganización cognitivo-conductual y presencia de sintomatología positiva (alucinaciones auditivas imperativas o peyorativas en forma de insultos o amenazas e ideación delirante de perjuicio, persecución, control del pensamiento y autoreferencial)
- Retraso mental
- Demencias
- Epilepsia

### **2.3.3 Factores ambientales.**

- El tipo de ingreso (involuntario o judicial).
- Conflictos con el personal u otros pacientes.
- Primeros ingresos.
- Antecedentes de conductas violentas anteriores o pasadas.

### **2.3.4 Factores desencadenantes.**

- Ruidos irritantes.
- Provocaciones
- Insultos de otros pacientes.
- Masificación.<sup>2, 3.</sup>

## **2.4 ASPECTOS ÉTICO- LEGALES EN ESPAÑA**

Según la OMS (Organización mundial de la salud) en 55ª asamblea 55/52 (18 de marzo de 2002, Irlanda) sobre “calidad de la atención y seguridad del paciente” insta a los estados miembros a:



- Que presten *“la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente”*.
- (...) *“ que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”*

Desde la perspectiva ética nos hace referencia a los términos de:

- **Autonomía:** La persona tiene derecho a tomar decisiones sobre su vida y salud. por ello deberá estar informada y siempre que sea posible solicitar su consentimiento (en caso de carecer de autonomía, la decisión, información, y consentimiento recaen en el entorno familiar o tutelar más próximo).
- **Justicia:** No actuar jamás como causa de discriminación. Máxima consideración y respeto.
- **Beneficencia:** Asegurarse de que los beneficios de la intervención sean superiores a los perjuicios.
- **Intimidación:** Respetar este derecho, debe realizarse en un lugar protegido de la mirada de los demás.
- **Vulnerabilidad:** Requiere una atención integral, debido a la gran vulnerabilidad y elevado nivel de dependencia.

Y dentro de la constitución española nos habla claramente:

*“Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad .Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley” (Artículo 17.1).*

En grandes rasgos nos habla del derecho a la información asistencial, del consentimiento informado y sus exigencias.

La OMS estima que uno de cada seis trabajadores sanitarios enferma por maltrato en el ámbito laboral. Uno de los riesgos a los que están sometidos los trabajadores en el desempeño de su actividad diaria es consecuencia de la interacción con otras personas, la cual puede derivar en comportamientos agresivos o de sometimiento o maltrato. No se trata de hechos aislados, que acontezcan alguna vez en un centro hospitalario, sino algo que se repite con demasiada frecuencia en Urgencias y en Centros de Atención Primaria, sin tener en cuenta centros y unidades psiquiátricas.



En España, la necesidad de investigación científica es muy importante por ser, un problema emergente y muy preocupante, ya que la alarma que genera es extraordinaria. Se considere la agresión a un sanitario como un «delito de atentado a funcionario público».

Finalizado el año 2007, el Tribunal Supremo dictó una sentencia muy esperada por la profesión en la que califica la agresión al profesional sanitario público como delito de atentado a funcionario. (Sentencia 1030/2007, de 4 de Diciembre 2007, Recurso, 759/2007 del Tribunal Supremo, Sala Segunda, Sala de lo Penal).<sup>6, 8,10.</sup>

## 2.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- La primera actuación va enfocada al conocimiento enfermero de las patologías que cursan con mayor agresividad física y/o verbal, hay una cierta unanimidad en el ranquin de las patologías que cursan con mayor número de casos de agresividad.
- La segunda al manejo del paciente agresivo desde la perspectiva enfermera, dando una mayor importancia a la comunicación, y por tanto, al abordaje verbal, que a la contención mecánica (ya que este es el último recurso). Se delimita mucho ya que es unánime la forma de actuar, estando ya muy protocolarizado, pero siendo muy enriquecedor el ver diferentes protocolos y muy trabajados.
- En tercer lugar al conocimiento de los tratamientos de elección más frecuentes en casos de pacientes agresivos o con agitación psicomotriz, a lo cual ha de añadirse, que no hay demasiados estudios sobre los fármacos más idóneos (siendo inexistentes en la actualidad) y ciertas discrepancias en algunos de los más utilizados.



## 2.6 OBJETIVOS

### ➤ **General:**

Dar a conocer al personal de enfermería las diferentes técnicas de abordaje ante el paciente agresivo y la forma de proceder e intervenir ante ellas, así como conocer los tratamientos psicofarmacológicos de mayor elección.

### ➤ **Específicos:**

1. Identificar cuáles son las patologías psiquiátricas que generalmente cursan con mayor riesgo de agresión verbal y/o física.
2. Como realizar una adecuada contención verbal.
3. Como realizar una adecuada contención mecánica.
4. Dar a conocer al personal de enfermería los fármacos más utilizados en el paciente agresivo.



### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha realizado una revisión sistemática, basada en la búsqueda mediante la combinación de palabras “agresividad”, “paciente agresivo”, “psicofármacos”, “aislamiento”, “contención verbal”, en las bases de datos MEDLINE, PUBMED, Scielo, Cochane y Google académico, así como en libros y otras bibliografías de relevancia (como estudios de nuevos fármacos para la agresividad).

Vale mencionar que no existe una palabra clave para los términos “aislamiento”, “agresividad” o “contención farmacológica”, teniendo eso en cuenta se depuro la búsqueda con la combinación de varias palabras clave, hallando muy pocos artículos y tras leer los resúmenes se seleccionaron los más relevantes.

Es preciso mencionar la unanimidad de criterios entre los artículos y publicaciones encontrados sobre el abordaje verbal y la contención mecánica del paciente agresivo, los cuales, no tienen diferencias significativas, lo que unifica criterios y lleva a la conclusión de que está bastante protocolarizado, no obstante, en la búsqueda se encuentran artículos de un enorme interés.



## **4. RESULTADOS**

### **Las patologías psiquiátricas.**

Cursan con mayor número de episodios de agresividad:

- Trastorno límite de la personalidad
- Retraso mental
- Esquizofrenia paranoide
- Pacientes por consumo de tóxicos **Anexo (2)**

### **Contención verbal**

Es la primera elección a la hora de intervenir ante el paciente agresivo, muy importante mantener la calma y mostrar empatía y tranquilidad, con gestos naturales, sin mantener la mirada fija, darse a conocer como enfermera/o, dar la información necesaria, evitar amenazas y hablar de forma firme pero sin elevar el tono de voz. Es la parte más importante para el rol enfermero. Unanimidad de criterios de actuación según varios autores.

### **Contención mecánica**

Ésta es la medida excepcional como último recurso cuando las otras estrategias han fallado, aunque en ocasiones puede ser la primera medida cuando se trata de una agitación grave o con riesgo inminente, tanto de heteroagresividad como de autoagresividad. . Unanimidad de criterios de actuación según varios autores.

### **Contención farmacológica**

Los fármacos más utilizados en crisis de agresividad y agitación psicomotriz son benzodicepinas, antipsicóticos típicos y atípicos y en menor medida algunos antidepresivos y eutimizantes. Siempre ha de probarse primero con esta elección si el paciente y la situación lo permiten, antes de la contención mecánica que es el último recurso.



## 5. DISCUSIÓN

### 5.1 Las patologías que frecuentemente cursan con mayor número de episodios de agresividad son: <sup>7</sup>

#### 1. Agitación psicótica:

- Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.
- Episodio maníaco.
- Episodio depresivo (depresión agitada, más frecuente en ancianos y niños).
- Trastorno por ideas delirantes persistentes.

#### 2. Agitación no psicótica:

- Trastorno explosivo intermitente.
- Trastorno de personalidad (sobre todo histriónico, borderline y paranoide).
- Reacciones de estrés agudo (incluido reacciones de duelo).
- Crisis de angustia.
- Crisis conversiva.
- Ataques de pánico o crisis nerviosas.
- Alteraciones de conducta en retraso mental o demencia.

#### 3. Intoxicaciones por:

- Alcohol.
- Estimulantes (cocaína, anfetaminas y derivados).
- Cánnabis.
- Antidepresivos.
- Neurolépticos.
- Benzodiazepinas.
- Anticolinérgicos.

#### 4. Delirium o cuadro confusional agudo.

#### 5. Síndromes de abstinencia:

- Alcohol (delirium tremens).
- Benzodiazepinas.
- Opiáceos.
- Otros **Anexo (3)**.<sup>1, 6, 7, 9, 10.</sup>



## 5.2 EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA

No resulta posible predecir de forma precisa la violencia de un paciente y por ello es importante que el personal de enfermería, permanezca alerta ante los síntomas de agitación creciente que pudieran culminar en conductas violentas.

El uso de una jerarquía de conductas violentas (**Anexo 4**) en la que los grados menores de agresividad pueden acabar en conductas más violentas puede resultar útil para valorar a los pacientes. alguna de estas conductas iniciales incluye la agitación motora, como caminar, acatisia, apretar los puños, o apretar los músculos de la mandíbula o cara. También pueden existir indicios verbales, como amenazas a objetos reales o imaginarios o demandas intrusivas de atención. El habla puede ser en voz alta y presurosa y la postura se torna amenazante.

Otro factor crítico en la evaluación de un paciente violento es el afecto asociado a esta progresión de su comportamiento. La ira se suele observar en pacientes que van a tener de forma inmediata un acto violento. La euforia, irritabilidad o labilidad inadecuadas en los afectos puede indicar que el paciente tiene dificultades para controlarse. Los cambios en el nivel de conciencia, incluida la desorientación, la confusión y las alteraciones de la memoria, también pueden indicar futuras conductas violentas.

En resumen el personal de enfermería debe valorar con cuidado el riesgo de violencia en todos los pacientes. Una herramienta de detección selectiva o evaluación puede ser útil, tras completarla, esta herramienta permite al enfermero:

- Establecer una alianza terapéutica con el paciente
- Valorar la probabilidad de violencia de un paciente
- Desarrollar un plan de cuidados
- Aplicar el plan de cuidados
- Prevenir las agresiones y violencia en el medio

Tras la evaluación, cuando el enfermero considere que el paciente puede ser violento, deberá:

- Aplicar el protocolo clínico adecuado para garantizar la seguridad del paciente y el personal.
- Avisar a los compañeros de trabajo
- Pedir más seguridad si es necesario
- Valorar el entorno e introducir los cambios necesarios
- Avisar al médico y valorar la necesidad de medicación a demanda



### 5.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

El enfermero puede aplicar diversas intervenciones para prevenir o controlar la conducta agresiva. Estas intervenciones se pueden considerar parte de un espectro continuo. Van desde las estrategias de prevención, como la conciencia de uno mismo, la educación del paciente y el entrenamiento en asertividad, a otras estrategias de anticipación, como la comunicación verbal y no verbal, los cambios ambientales, las intervenciones conductuales y el uso de medicación. Si la conducta agresiva del paciente empeora a pesar de todas estas acciones, el personal de enfermería puede tener que aplicar técnicas de control de crisis y estrategias de contención, como reclusión o inmovilización.

#### 5.3.1 Conciencia de uno mismo

El recurso más valioso del que dispone el enfermero es la capacidad de cada persona para ayudar a los demás. Para asegurarse de realizar un uso eficaz de uno mismo, es importante conocer el estrés personal que puede interferir en la capacidad de comunicarse de forma terapéutica con los pacientes. Si el enfermero está cansado, ansioso, irritado o apático, será difícil mostrar interés en las preocupaciones y temores del paciente. Si el enfermero está superado por problemas personales o laborales, la energía disponible para el cuidado del paciente estará reducida en gran medida.

Cuando se enfrenta a pacientes posiblemente agresivos, es importante ser capaz de valorar la situación de forma objetiva a pesar de la contratransferencia positiva o negativa que puede existir. La contratransferencia es una reacción emocional del enfermero a algún aspecto o conducta del paciente. Las reacciones de contratransferencia negativa pueden originar respuestas no terapéuticas en el personal

La conciencia de uno mismo mantenida y la supervisión pueden ayudar al enfermero a garantizar las necesidades del paciente en lugar de las suyas personales. (Rossberg y Friis, 2003).<sup>10</sup>

#### 5.3.2 Entrenamiento asertivo.

Enseñar comunicación asertiva es una intervención de enfermería importante. La frustración interpersonal suele agravar la conducta agresiva porque los pacientes no han dominado sus conductas asertivas. La conducta asertiva es una habilidad interpersonal básica que incluye las siguientes:



- Comunicación directa con otras personas
- Responder NO a solicitudes que no son razonables
- Ser capaz de expresar quejas
- Expresar aprecio cuando sea adecuado

### 5.3.3 Estrategias de comunicación

El enfermero a menudo puede prevenir una crisis mediante la utilización de intervenciones verbales y no verbales precoces. Como resulta mucho menos peligroso prevenir una crisis que responder a ella, se deben realizar todos los esfuerzos posibles por controlar detenidamente a los pacientes con riesgo de comportamiento violento e intervenir ante el primer signo posible de la agitación.

Es importante que el personal de enfermería observe los primeros signos verbales y conductuales que indican que el paciente se está agitando cada vez más. Si saben que el paciente puede estar en la fase inicial de su evolución y comprenden su comportamiento, podrán valorar el peligro y realizar la intervención necesaria para ayudarlo a interrumpir esa evolución agresiva (Johnson y Hauser, 2001; Chabora, Judge-Gorny y Grogan, 2003).

Una parte importante de este proceso es el refuerzo de la alianza terapéutica. Hablar en voz calmada y baja puede reducir la agitación del paciente. Los pacientes agitados suelen hablar a gritos y dicen palabras malsonantes. Es importante que el personal de enfermería no alce la voz en respuesta porque esto se puede percibir como una competición y contribuir a agravar la situación volátil. El personal de enfermería debe utilizar frases sencillas y cortas y evitar reírse o sonreír de forma inadecuada.

El personal de enfermería también puede reducir el nivel creciente de agitación reconociendo los sentimientos del paciente y asegurándole que el personal está para ayudarlo. No es posible olvidar la importancia de dejar al paciente que comunique sus preocupaciones sin interrumpirlo y también de conseguir que participe en las decisiones sobre el tratamiento.<sup>2, 3, 7, 10.</sup>

En una encuesta de 59 pacientes de salud mental se destacó la importancia de ser tratado con respeto por parte de los profesionales, de ser escuchado y de participar en las decisiones sobre el tratamiento. El 74% de estos pacientes indicaron que les gustaría cumplimentar una orden de voluntad anticipada si tuvieran oportunidad (Allen y Cols; 2003).<sup>10</sup>

También es esencial que el personal de enfermería comunique el comportamiento esperado de forma que anime al paciente a mantener controlado sus impulsos violentos. En las fases iniciales, si se apoya a estos pacientes, pueden



aceptar el abandono de ambientes demasiado estimulantes y facilitar así el autocontrol emocional.

La comunicación no verbal específica que emplea el enfermero puede condicionar en gran medida el resultado de la intervención. Una postura calmada y relajada que no trate de apabullar al paciente resulta menos intimidante que un enfermero en jarras y que se incline sobre el paciente. Cruzar los brazos por delante del pecho es otra postura que comunica distancia emocional y falta de voluntad de ayuda.

Las manos del enfermero deben estar fuera de los bolsillos y abiertas y deben evitar los gestos de amenaza, de nerviosismo y violentos. Cambiar de posición hasta que los ojos queden al mismo nivel que los del paciente permite una comunicación entre iguales, en lugar de una inferior.

El enfermero debe colocarse a una distancia segura, que debe ser al menos 50 cm del paciente. Es útil permanecer en un ángulo del paciente y respetar su necesidad de espacio (se ha descrito que las personas tendientes a la violencia necesitan cuatro veces más espacio personal que las no violentas). La intrusión en el espacio personal del paciente puede ser percibida como una amenaza y provocar la agresión.

Por último, al aproximarse a pacientes potencialmente violentos, el enfermero debe observar con cuidado su actitud. Los puños cerrados, los músculos faciales contraídos y el alejamiento del enfermero reflejan que el paciente se siente amenazado. El personal de enfermería debe responder alejándose del paciente todo lo posible para darle espacio.

#### **5.3.4 Estrategias de comunicación para evitar la conducta agresiva.**

1. Presentar un aspecto tranquilo
2. Hablar con suavidad
3. Hablar de forma no provocativa y libre de prejuicios
4. Hablar en un tono neutro y concreto
5. Dejar espacio entre el paciente y usted
6. Mostrar respeto por el paciente
7. Evitar un contacto ocular directo intenso
8. Demostrar control de la situación, pero sin autoritarismo
9. Facilitar al paciente que hable
10. Escuchar al paciente
11. Evitar interpretaciones precoces
12. No realizar promesas que no se puedan cumplir <sup>10</sup>



Las crisis de agitación se presentan de forma frecuente en la práctica hospitalaria tanto en la unidad de psiquiatría como en otras áreas de hospitalización. Por ello, es frecuente que tengamos que recurrir a una técnica compleja, por las connotaciones que conlleva, como es la contención mecánica. Cuando un paciente presenta una crisis de agitación psicomotriz, muchas veces nos vemos desbordados y dubitativos acerca de la conducta correcta a seguir. Un buen abordaje hará mucho más sencillo el control de la situación. Si es precisa la inmovilización, el seguimiento de unas normas protocolizadas para llevar a cabo la contención mecánica nos será de gran utilidad para la realización de la técnica de forma rápida, segura y eficaz.

Barton escribió en 1966: *“una persona dócil, aunque atemorizada, a la que se accede de forma hostil y agresiva, puede convertirse en un luchador parapetado. A la mayoría de personas con trastornos, que se muestran intolerantes y amenazadoras, puede convertirlas rápidamente en personas cooperadoras alguien que posea la formación necesaria y que sepa lo que está haciendo”*.<sup>11, 12.</sup>

Las agresiones son comportamientos mediante los cuales se atenta contra otras personas o contra sus pertenencias. La agresión y la violencia siguen un patrón de respuestas emocionales predecible. Podríamos hablar de 5 estadios **(Anexo 5)**:

1. Desencadenamiento. Aparece un suceso que provoca estrés y que da lugar a respuestas como ira, miedo, ansiedad. La intervención en esta fase suele tener éxito.
2. Ascenso. La situación avanza hacia la pérdida de control. La intervención iría encaminada a evitar la violencia.
3. Crisis. Es la fase con mayor peligro potencial, con gran contenido violento. La intervención fundamental sería la protección del individuo y de las personas que le rodean.
4. Recuperación. El nivel de agresividad disminuye progresivamente. Se valorarán las posibles lesiones. Es fundamental proporcionar un entorno tranquilo al paciente.
5. Depresión. Aparecen los sentimientos de culpabilidad y la persona se siente mal por su actuación.



## 5.4 CONTENCIÓN VERBAL.

Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total.

Para afrontar adecuadamente situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil, existen estrategias que pueden facilitar al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo.

### 1. Objetivos

- Lograr una alianza con el paciente que nos permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción.
- Negociar soluciones terapéuticas en base a las propuestas que haga el paciente y a las que puede brindarle la institución.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad.
- Prevenir posibles ataques violentos.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.

### 2. Procedimientos y técnicas.

Pautas para mantener la seguridad del profesional, del paciente y de los que le rodean.

- Antes de hablar con el paciente, informarse lo máximo posible sobre él: antecedentes, situación clínica..., para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación.
- Colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos), y del lado no dominante del paciente.
- Asegurarse una vía de salida accesible. Si es posible, hablar en un despacho que dé intimidad, pero con la puerta abierta o semiabierta y el profesional cercano a ella. No habrá obstáculos para salir del despacho, ni para el paciente ni para quien hable con él. Una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad.
- Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.
- No realizar las intervenciones en solitario, siempre que sea posible.



### 3. Pautas de actuación no verbales

- Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al diálogo y a la privacidad.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo, sin embargo, evitarlas lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo.
- Mantener al paciente dentro del campo visual.
- Intentar que paciente y profesional estén sentados a la misma altura, siempre que sea posible.

### 4. Pautas ambientales

- Invitar a otras personas, especialmente si irritan al paciente, a abandonar el lugar.
- Reducir los posibles factores de irritación: luz, ruido, corrientes de aire...
- Evitar las interrupciones: llamadas de teléfono, dudas administrativas...

### 5. Directrices comunicacionales

- Escuchar con calma al paciente. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfados. No interrumpir el discurso del paciente.
- Hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro, y no de forma intimidatoria o provocativa. No elevar el tono de voz.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- Se ha de ser flexible en el diálogo. Sin embargo, los límites de la institución y del personal que trabaja en ella deben estar bien esclarecidos.
- Reservarse los propios juicios acerca de lo que “debería” y “no debería” hacer el paciente.
- No buscar la confrontación de ideas, razones..., sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad.
- Ofrecerle salidas airoas y ayuda.



## 6. Ante el riesgo de violencia inminente:

- Advertir al paciente de que la violencia no es aceptable.
- Proponerle la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo.
- Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente.
- Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión lo requiere.
- Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal sanitario, e incluso vigilantes de seguridad dispuestos a poner en práctica la sujeción).

## 7. Precauciones: lo que nunca se debe hacer

- Rechazar la irritación.
- Negarse a escuchar.
- Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
- Continuar la confrontación de gritos en un área pública.
- Elevar el volumen de voz “para hacerse oír”.
- Continuar la negociación, habiéndose comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional.
- Ofrecer medicación “para que esté más tranquilo”. normalmente el paciente responde que ya está tranquilo y provoca más hostilidad. Por ello, se aconseja ofrecer medicación para ayudar a ver las cosas más relajadas, para no pasar un momento tan desagradable sin ayuda.

\*Todos los autores coinciden en que es el primer medio de contención y las mismas pautas a seguir, no habiendo discusión posible y coincidiendo en los criterios utilizados.

## 5.5 CONTENCIÓN MECÁNICA

### 1. Objetivo

El objetivo básico de la contención mecánica es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes o el propio personal sanitario e incluso de las instalaciones del centro). Para conseguir este objetivo se limita con procedimientos físicos o mecánicos, los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente.



## 2. Indicaciones

La contención mecánica no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación. Se trata de una medida sanitaria, por lo tanto deberá ser decisión del personal sanitario, en un contexto sanitario (que suele ser el medio hospitalario) y ante una agitación o conducta violenta que se considera originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica).

- Prevención de lesiones al propio paciente (golpes, autolesiones...).
- Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario).
- Para evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (la retira de vías, sondas nasogástricas...).
- Evitar daños materiales en el servicio donde se encuentra el paciente.
- Como castigo negativo en una terapia de conducta, siempre y cuando se haya pactado antes con el paciente.
- Para evitar la fuga del paciente si se considera que existe el riesgo y que el paciente corre peligro, no estando capacitado para tomar tal decisión.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.

## 3. Contraindicaciones

Las situaciones en las que no se debe aplicar la restricción de movimientos son las siguientes:

- No exista indicación.
- Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención como el verbal y/o farmacológico.
- Utilizar la contención mecánica como castigo o pena.
- Cuando la decisión de contención mecánica está condicionada por antipatía hacia el paciente.
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad sino con carácter delictivo (es en este caso competencia de las Fuerzas de Seguridad).
- Para el descanso del personal sanitario.
- Cuando no exista personal suficiente ó sea una situación peligrosa, y técnicamente imposible (paciente armado). <sup>7,8,9,10,11,12,13.</sup>



### **5.5.1 Procedimiento de la sujeción mecánica**

#### **A. La toma de decisiones.**

La decisión de sujetar a un paciente deberá ser tomada siempre por el médico responsable del mismo, o en su defecto, por el facultativo de guardia.

Si en el momento de decidir y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el DUE está expresamente autorizado para iniciar el procedimiento por su cuenta, pero debe comunicarlo al médico con la menor demora posible.

Se debe cumplimentar y firmar por parte del médico y del DUE el formulario de indicación de contención física

Si la indicación de sujeción mecánica la realiza el médico vía telefónica, la enfermera lo registrará en el formulario, quedando pendiente el facultativo responsable de firmar el formulario lo antes posible.

#### **B. Personal y medios materiales.**

El personal mínimo para la contención mecánica será de cuatro personas, si bien lo óptimo sería cinco, en cuyo caso cada persona sujetaría una extremidad y el quinto la cabeza. Se requerirá la presencia de los celadores y, si es preciso, se puede recurrir a la colaboración del personal de seguridad. La colaboración para la contención será de todo el personal, sin embargo, la presencia del médico será decisión del mismo en función de la posible interferencia en la posterior relación terapéutica.

El material constará de una sujeción abdominal, dos sujeciones de manos y dos de pies, cuatro alargaderas, así como del número de ganchos necesario para cada sujeción y al menos un imán, y por último sin olvidar una cama con sistema de frenado o anclada al suelo. Deberá existir al menos un juego completo de sujeciones en cada unidad asistencial de ingreso y en el servicio de urgencias. (El tipo de sujeciones o anclajes dependerá de la unidad o centro, ya que existen varios tipos, pero las más frecuentes son de imanes).

El mantenimiento del material citado quedará a cargo de la supervisora de enfermería de la unidad donde se requiera.



### **C. Medidas generales.**

- Información al paciente:

El uso de la medida excepcional y urgente de la contención física en los supuestos planteados será informado al paciente de manera comprensible y acorde con su nivel de atención y con las circunstancias protagonizadas.

### **D. Actitud del personal.**

Es importante evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física con el paciente, hay que recordar que se trata de una medida sanitaria y no de una venganza o pelea. No forzar en los movimientos. Apoyar la cabeza y las extremidades lejos de objetos lesivos como las esquinas de los muebles u objetos con los que pueda dañarse. No cargar excesivamente nuestro peso sobre el paciente siendo también importante evitar el uso de la rodilla o el codo durante la reducción.

Actuar con tranquilidad y serenidad, pero con postura firme, segura y respetuosa.

### **E. Seguridad y comodidad del paciente.**

En la medida de lo posible se le retirará la ropa y se le pondrá el pijama del hospital lo que proporcionará comodidad al paciente y facilitará su identificación en caso de intento de fuga.

En el caso que fuese imposible desvestir al paciente, se deberán retirar los cinturones, mecheros y otros objetos potencialmente peligrosos que puedan dañar al paciente, o favorecer los intentos de fuga.

La posición de contención ideal es en decúbito supino, con la cabecera elevada para permitir al enfermo mantener contacto con el medio y disminuir el riesgo de aspiraciones.

### **F. Hábitat de calma y confianza.**

Es imprescindible ofrecer al enfermo un lugar que le permita preservar su intimidad y dignidad como persona. La habitación donde vaya a permanecer durante la contención será tranquila, con un nivel de iluminación adecuado y bien ventilado. El paciente tendrá la posibilidad de contactar con el personal, bien por la proximidad de la habitación con el control de enfermería o por medio de un timbre, no hay que olvidar que se trata de un paciente inmovilizado.



Antes de retirarse el personal debe asegurarse que las sujeciones están adecuadamente colocadas, seguras, sin presionar al paciente, ni con riesgo de provocarles lesiones cutáneas.

### **G. Observación y seguimiento del paciente sujeto.**

Lejos de lo que pueda parecer, la indicación de sujetar y/o aislar a un paciente no reduce el trabajo del personal sanitario que lo atiende, sino que lo aumenta. Dos razones hacen afirmarlo, la primera la obligación de evitar y tratar complicaciones que pueden aparecer por la técnica de sujeción en sí misma, y la segunda por las necesidades y complicaciones en un sujeto inmovilizado.

La valoración médica del paciente sujeto se realizará lo antes posible, aconsejable durante la primera hora desde el inicio de la contención. Se dejarán anotadas las observaciones en la historia clínica. En el caso de encontrar necesario prevención de riesgo tromboembólico pautarán heparina de baja peso molecular (Clexane) a dosis de 0,4 ml/d, vía subcutánea.

El paciente debe ser observado por el personal de enfermería al menos cada 15 minutos, dejando constancia en las hojas de seguimiento.

Además cada turno tomará las constantes vitales, proporcionará la dieta adecuada en función del nivel de conciencia y de otros datos médicos, controlará la ingesta hídrica y la diuresis así como los cuidados mínimos de higiene personal, cambios posturales y erosiones en las zonas de contacto de las bandas de sujeción y piel.

La finalización de la contención se realizará tras la valoración facultativa y tras la obtención del efecto terapéutico buscado. Se ejecuta de forma progresiva, se libera cada banda con un intervalo de 10 minutos, dejando siempre dos para retirar finalmente y a la vez. A continuación se valora conjuntamente con el paciente los motivos que llevaron a la misma.

### **H. Consecuencias perjudiciales de la inmovilización.**

- Daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación, PCR o fuego).
- Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.



## I. Factores que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte

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

## J. Aspectos legales de la contención mecánica.

La inmovilización de un paciente y/o su aislamiento, es una medida terapéutica preventiva que se suele aplicar para evitar que un enfermo, a quien, por definición, la agitación le hace incompetente, se lesione a sí mismo o lesione a otros. 7,9,10,14,15,16,17,18,19,20,21.

Se aplica un plan terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad. La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil, en el Art.763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos involuntarios) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado). Anexo (6)

\*Al igual que la contención verbal, la mecánica, está muy protocolarizada, de tal forma que, todos los autores coinciden en las pautas a seguir, no habiendo discusión posible. Existen numerosos algoritmos de actuación estandarizados. **Anexo (7)**

## 5.6 CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

Tras la lectura de varios artículos y libros que tratan la contención farmacológica llego a la conclusión de que, las conductas agresivas y violentas, además de constituir un grave problema socio-sanitario, suponen, para los pacientes, una gran incapacitación, impidiéndoles mantener unas adecuadas relaciones sociales, laborales o familiares, ya que afectan de forma sustancial a las personas y bienes de su entorno. Además, el ejercicio de violencia dirigido hacia el propio paciente (conductas autoagresivas y actos suicidas) forma parte del entorno clínico de muchos trastornos psiquiátricos. En este sentido, el manejo terapéutico del individuo agresivo es una labor difícil, en parte condicionada por la ausencia de fármacos indicados específicamente en el abordaje de estas conductas, tras el fracaso del desarrollo clínico de los denominados serenoides. No obstante, un



amplio abanico de psicofármacos se ha venido utilizando en el manejo de estas conductas agresivas, tanto en sus manifestaciones agudas como de base. Entre ellos, destacan los antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, sales de litio, anticonvulsionantes, y antagonistas b-adrenérgicos. El problema del tratamiento psicofarmacológico del paciente violento se acentúa aún más en ciertas poblaciones especiales, como son los niños, adolescentes, ancianos y pacientes con trastornos mentales orgánicos.

El primer objetivo del tratamiento farmacológico en el manejo de la agresividad aguda es el de tranquilizar al paciente lo antes posible, con el fin de evitar que se lesione así mismo o a las personas que le rodean. En cualquier caso, dicho tratamiento farmacológico debería iniciarse tras haber agotado las medidas no farmacológicas (contención verbal y ambiental).

Las consideraciones legales de la aplicación de un tratamiento farmacológico en un paciente agresivo y/o violento serán las mismas que cuando realizamos otras intervenciones terapéuticas no consentidas por el paciente cuya capacidad de toma de decisiones está reducida por su estado psicopatológico.

Los grupos de fármacos más ampliamente utilizados en el manejo de la agresividad aguda son las benzodiazepinas y los antipsicóticos, si bien, los estudios publicados sobre su eficacia son muy heterogéneos, con pocos pacientes y de baja calidad metodológica. A pesar de ello, se ha reconocido su utilidad en la sedación rápida y a corto plazo del paciente agresivo.

Los criterios para la selección del fármaco más adecuado se basan principalmente en las características del fármaco y en la etiología de la agresividad.

La selección del principio activo para el manejo de la agresividad aguda debe realizarse teniendo en cuenta, además de la eficacia sedativa, aspectos relacionados con la farmacocinética del fármaco y su seguridad, destacando:

- Rapidez en el inicio de la acción.
- Administración vía oral e intramuscular, siendo la vía oral de 1ª elección.
- Duración de acción no prolongada.
- Ausencia de metabolitos activos y de acumulación del fármaco.
- Riesgo de aparición de efectos adversos importantes.
- Contraindicaciones.

En cualquier caso, debe utilizarse la menor dosis posible que permita tranquilizar al paciente lo suficiente para disminuir el riesgo de daño, pero sin que pierda la consciencia.



No existen tratamientos específicos, ni tratamientos aprobados por la FDA (Agencia de Drogas y Alimentos americana), para la impulsividad o agresividad, el objetivo del tratamiento es:

- Disminuir la activación excesiva.
- Reforzar la inhibición conductual.
- Disminuir o prevenir la sobrestimulación.
- Tratar, cuando se pueda, los trastornos subyacentes.

El litio (Plenur®) fue el primer fármaco del que se describió un efecto específico, no sedativo. (Actúa incrementando la actividad serotoninérgica).

IRSS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), aumentan la actividad serotoninérgica.

Los antidepresivos más utilizados son:

- Fluoxetina (Prozac®).
- Paroxetina (Seroxat®).
- Venlafaxina (Vandral®).
- Mirtazapina (Rexer®).

Antiepilépticos y Eutimizantes (actúan en el balance del GABA):

- Valproato (Depakine® y Depakine crono®).
- Topiramato (Topamax®).
- Carbamazepina (Tegretol®).
- Fenitoina (Luminal®).
- Lamotrigina (Lamictal®).

Antipsicóticos típicos o convencionales, uso más limitado por sus efectos extrapiramidales, disquinesias tardías y empeoramiento de la agresividad por acatisia:

- Haloperidol.
- Clorpromacina (Largactil®).
- Zuclopentixol (Clopixol® o Cisordinol®).
- Levomepromazina (Sinogan®).



En la actualidad se usan fundamentalmente los antipsicóticos atípicos, por su mayor eficacia antiagresiva y menor número de efectos secundarios:

- Olanzapina (Zyprexa®).
- Risperidona (Risperdal®).
- Ziprasidona (Zeldox®).
- Paliperidona (Invega® o Xeplion® IM).
- Quetiapina (Seroquel®).
- Asenapina (Sycrest®).
- Loxapina (Adasuve®), último fármaco en salir al mercado como polvo para inhalación siendo de gran efecto (3 minutos), pero necesitando la colaboración del paciente.

Los efectos secundarios más frecuentes son los síntomas extrapiramidales que deben tratarse con Biperideno (akineton®), su incidencia se reduce con el uso combinado de benzodiazepinas.

En los casos más resistentes de esquizofrenia se administra Clozapina (Leponex® o Nemea®), de última elección por sus efectos secundarios (granulocitopenia y agranulocitosis).

De las benzodiazepinas que se comercializan en España **Anexo (8)**, las más utilizadas son:

- Clorazepato dipotásico (Tranxilium®).
- Lorazepam (Orfidal® o Idalprem®).
- Alprazolam (Trankimazin®).
- Diazepam (Valium®).
- Midazolam (Dormicum®).
- Ketazolam (Sedotime®).

Una vez estabilizado el cuadro hay tratamientos parenterales que se administran de forma mensual o generalmente quincenal, que evitan la aparición de nuevas crisis o brotes, como son:

- Modecate® (Flufenazina)
- Risperdal consta®.
- Xeplion®.
- Clopixol depot® (Clopixol acufase® en la fase aguda)



En contra de lo que algunos autores citan en referencia al uso de antipsicóticos típicos en la mayoría de casos de agresividad, debo exponer que tras la lectura de varios artículos en contra, considero que el uso de los mismos, está demasiado valorado ya que el uso de antipsicóticos atípicos conllevan un menor riesgo de efectos secundarios con una mayor respuesta y mejor tolerancia, no siendo el caso en personas mayores en las que la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo estableció para el grupo de antipsicóticos atípicos la exigencia a partir del 1 de febrero de 2005 de restricción de su uso en mayores de 75 años a las indicaciones terapéuticas recogidas en la ficha técnica así como a visado de inspección previo a su dispensación. En ancianos, como norma, se debe reducir la dosis a la mitad. Se recomienda el uso de Haloperidol en los cuadros con agresividad o agitación severa.  
22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42.

En cuanto a las benzodiacepinas, son de elección el Diazepam y el Clorazepato dipotásico ya que se pueden administrar vía IM en caso de agitación aguda, si bien ha de tenerse en cuenta el grado de acumulación en el organismo de las mismas.

Por último añadir como dijo Magda Campbell:

*“No debemos olvidar que ningún psicofármaco puede reducir los efectos de una familia o un ambiente adverso, hogares caóticos y grave psicopatología parental; la enfermedad social no puede ser tratada con psicofármacos”.*



## 6. CONCLUSIONES

- La patología psiquiátrica es la que mas destreza necesita ante situaciones de agresividad y agitación.
- Una adecuada contención verbal puede, en muchas ocasiones, evitar medidas más drásticas como la contención farmacológica, pero sobretodo, la contención mecánica.
- Hay unanimidad de criterios en cuanto a la forma de proceder en la contención verbal como en la mecánica sin apenas distinción entre protocolos y manejo de los mismos.
- Los fármacos de primera elección en la agresividad aguda son benzodiacepinas seguidos de los antipsicóticos atípicos.



## 7. ANEXOS

### Anexo 1\_. Escalas de evaluación de la agitación psicomotriz internacionalesValidadas<sup>45</sup>

- Escala de agresividad manifiesta - Overt Agression Scale (OAS) :

La OAS fue diseñada para medir objetivamente la agresividad de los pacientes. La escala evalúa 4 modalidades de agresividad: verbal, física contra uno mismo, física contra objetos y física contra otras personas. Cada ítem es valorado desde una doble perspectiva: gravedad y frecuencia. La puntuación de gravedad se realiza mediante una escala tipo Likert de 5 valores de intensidad, desde 1 (no presenta ese tipo de agresividad) hasta 5 (la gravedad es extrema). La valoración de la frecuencia se realiza de forma abierta, indicando el número de veces que ha presentado en el mes previo las conductas correspondientes al nivel de gravedad. El marco de referencia temporal queda a elección del evaluador, dependiendo de la frecuencia de actos violentos. Es un instrumento heteroaplicado.

- Escala de comportamiento agitado de Corrigan – Agitated Behavior Scale (ABS):

La ABS fue diseñada con la intención de obtener un instrumento que permitiese medir de forma objetiva el grado de agitación de los pacientes en 14 variables, agrupadas en 3 factores: desinhibición, agresividad y labilidad.

- Escala de valoración de la actividad conductual – The Behavioural Activity Rating Scale (BARS):

Mide el grado de la conducta agitada en 7 niveles de actividad, que comprende desde la sedación máxima (1) hasta la agitación extrema (7)

- Escala de riesgo de violencia de Plutchik

Es un instrumento auto-administrado. Consta de 12 ítems, de los cuales los nueve primeros hacen referencia a la presencia de conductas agresivas y se recogen en una escala que puntúa de 0 a 3. Los ítems 10 y 11 se refieren a la existencia de Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad, antecedentes delictivos y el ítem 12 se refiere a la existencia de armas, se puntúa 0-1.

La puntuación de la escala oscila entre 0 y 34. A mayor puntuación mayor riesgo.

Los autores identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor de 3. Un resultado >3 nos avisaría de la necesidad de un seguimiento



más estrecho durante el ingreso del paciente para la detección de posibles síntomas prodrómicos de agitación/agresión, así como de la adopción de actitudes y formas de comunicación que pudieran inhibir su aparición. El personal de enfermería informará al facultativo responsable del paciente cuando este obtenga una puntuación >3.

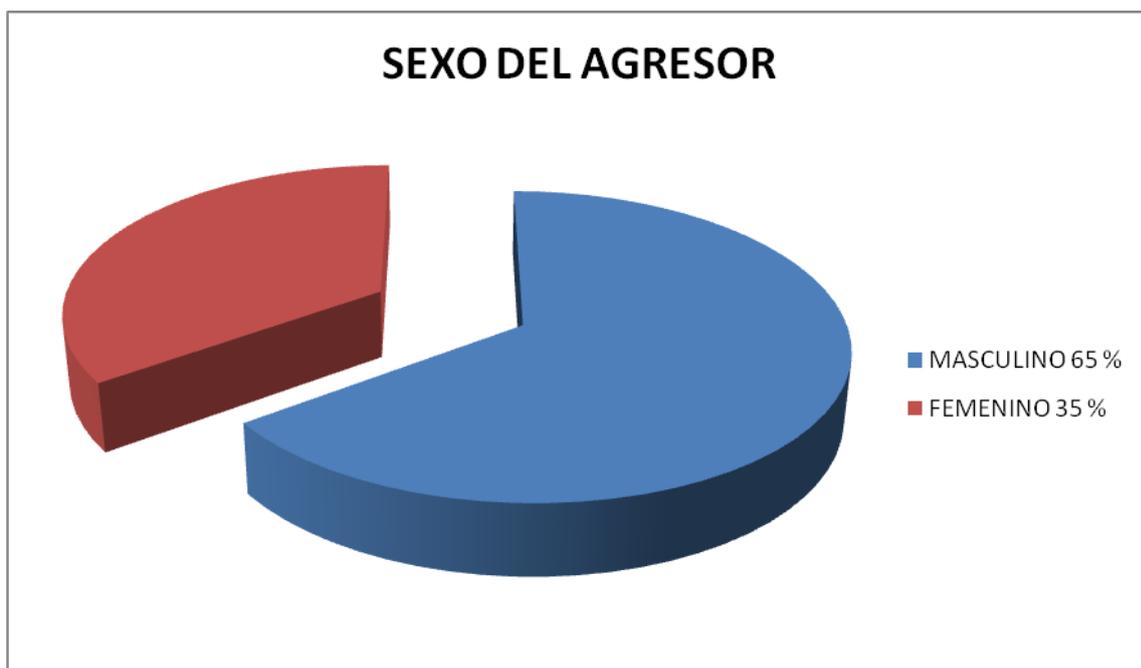
	Nunca (0)	A veces (1)	A menudo (2)	Casi siempre (3)
1. ¿Se enfada con facilidad?				
2. ¿Se enfada continuamente con la gente?				
3. ¿Se enfurece sin motivo?				
4. ¿Cuándo se enfada coge un arma?				
5. ¿Ha lastimado alguna vez a alguien en una pelea?				
6. ¿Ha pegado o atacado alguna vez a algún familiar?				
7. ¿Ha pegado o atacado alguna vez a alguien que no sea familiar suyo?				
8. ¿Ha usado alguna vez un objeto para agredir a alguien?				
9. ¿Podría conseguir un arma con facilidad?				
10. ¿Cuántas veces ha sido usted detenido por delitos no violentos como irse de una tienda o falsificar documentos?				
11. ¿Cuántas veces ha sido usted detenido por delitos como robo a mano armada o agresión violenta?				
	<b>SI (1)</b>		<b>NO (0)</b>	
12. ¿Guarda o colecciona armas en su casa y sabe cómo utilizarlas?				

PUNTUACIÓN FINAL:

CONCLUSIÓN:



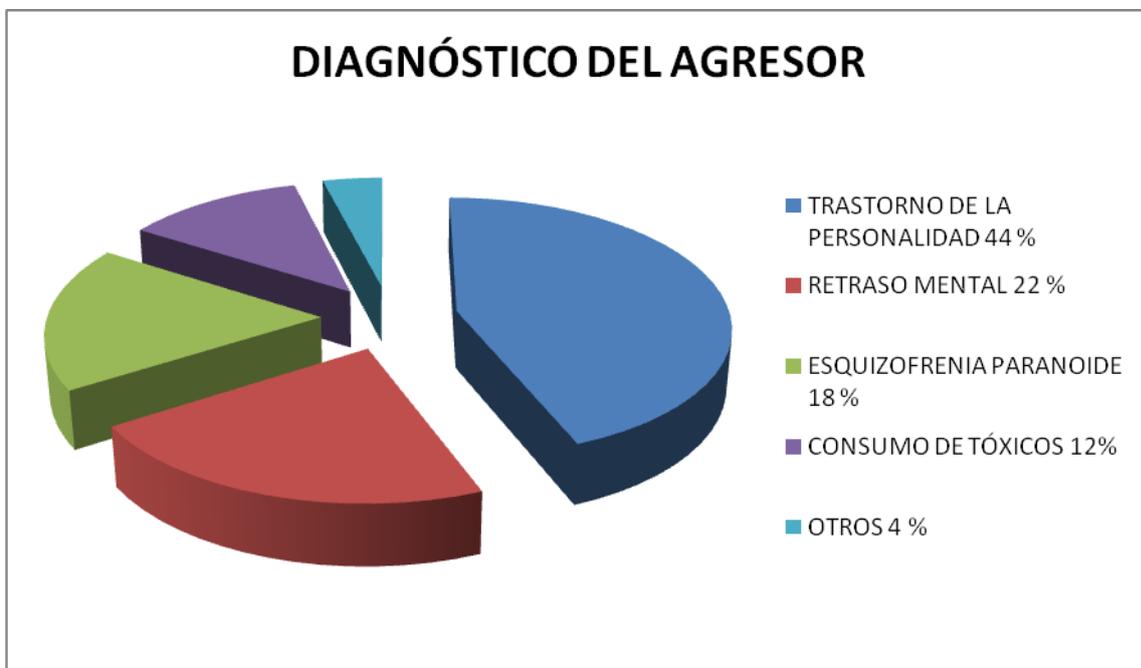
Anexo 2\_. Gráfico de antecedentes del agresor **(En los servicios de urgencias)**.



Anexo 2\_. Gráfico de porcentaje del agresor por sexos. **(Unidad psiquiátrica)**



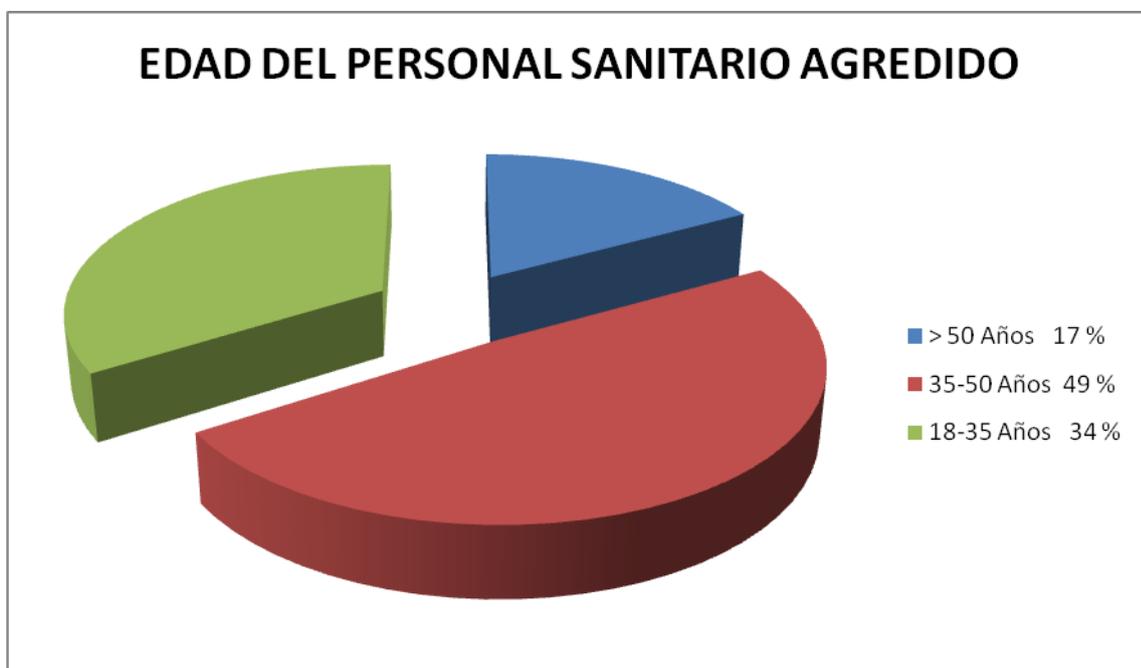
Anexo 2\_. Gráfico de antecedentes de agresión previos. **(Unidad psiquiátrica)**



Anexo 2\_. Gráfico de diagnósticos en % de las patologías que cursan con mayor número de agresiones al personal sanitario. **(Unidad psiquiátrica).**



Anexo 2\_. Gráfico del sexo del personal sanitario que cursa con mayor número de agresiones. **(Unidad psiquiátrica).**



Anexo 2\_. Gráfico de edades del personal sanitario agredido. **(Unidad psiquiátrica).**



Anexo 2\_. Gráfico de la categoría profesional en % por número de agresiones. (Unidad psiquiátrica).

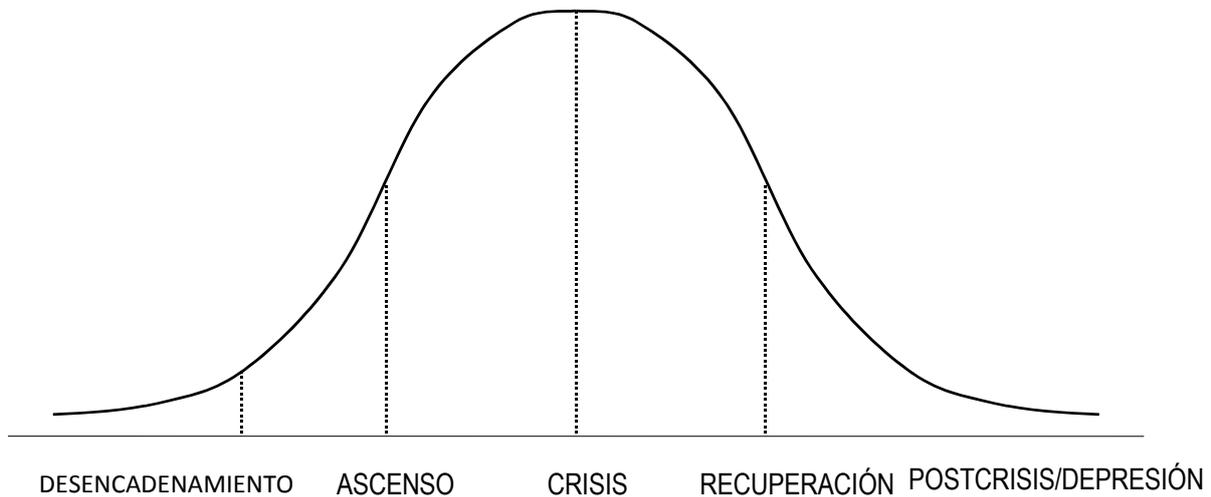


<b>CONDUCTA VIOLENTA COMO CARACTERÍSTICA FUNDAMENTAL</b>	<b>CONDUCTA VIOLENTA COMO CARACTERÍSTICA INFRECUENTE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno explosivo intermitente</li> <li>• Trastorno negativista desafiante</li> <li>• Trastorno antisocial de la personalidad</li> <li>• Sadismo sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno depresivo mayor</li> <li>• Trastorno distímico</li> <li>• Trastorno ciclotímico</li> <li>• Depresión atípica</li> <li>• Trastorno paranoide de la personalidad</li> <li>• Trastorno histriónico de la personalidad</li> </ul>
<b>CONDUCTA VIOLENTA COMO CARACTERÍSTICA ASOCIADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno esquizoide de la personalidad</li> <li>• Trastorno esquizotípico de la personalidad</li> <li>• Fuga disociativa</li> <li>• Psicosis atípica</li> <li>• Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento adaptado de Reid WH, Bails GU 19879</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos relacionados con sustancias</li> <li>• Delirium, demencias y otros trastornos cognitivos</li> <li>• Retraso mental</li> <li>• Trastorno por déficit de atención / hiperactividad</li> <li>• Trastorno psicótico breve</li> <li>• Trastorno esquizoafectivo</li> <li>• Trastorno delirante</li> <li>• Trastorno bipolar</li> <li>• Trastorno por estrés</li> <li>• Postraumático</li> </ul>	

Anexo\_3. Diagnósticos según el DSM-IV asociados a conducta violenta.



- Anexo 4\_ .Jerarquía de las conductas de los pacientes agresivos y violentos.



- Anexo 5\_ .Estadios de la agresión



## ASPECTOS LEGALES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

### ▪ Privación de la libertad del sujeto

La legislación vigente pretende cumplir el mandato constitucional por el que la privación de libertad debe estar sometida a la tutela judicial.

Esta es la razón por la que toda inmovilización de un paciente (no sólo en sujeciones involuntarias, sino también en aquellas que son aceptadas por el paciente o la familia, e incluso cuando es el propio paciente quien la solicita), debe ponerse en conocimiento del juez.

### ▪ Procedimiento general

Debe solicitarse una autorización judicial con anterioridad a la inmovilización del paciente. De acuerdo con el artículo 211 del Código Civil, el médico (no especifica la especialidad), ha de comunicar al juez las razones por las que considera necesario sujetar al enfermo, y el juez procederá a la autorización pertinente o a su denegación.

### ▪ Procedimiento en caso de urgencia

En situaciones de urgencia en las que fuese necesaria la adopción inmediata de la medida por el bien del paciente, la ley permite al personal facultativo ejercer la acción, pero dando cuenta a un juez en un plazo de 24 horas. El juez recabará entonces la información pertinente y podrá aceptar la indicación o revocarla. Si la necesidad de restringir los movimientos al enfermo cesara antes de que el juez recabe información sobre el estado del mismo, el personal del hospital (del servicio implicado), deberá comunicar la nueva situación del enfermo.

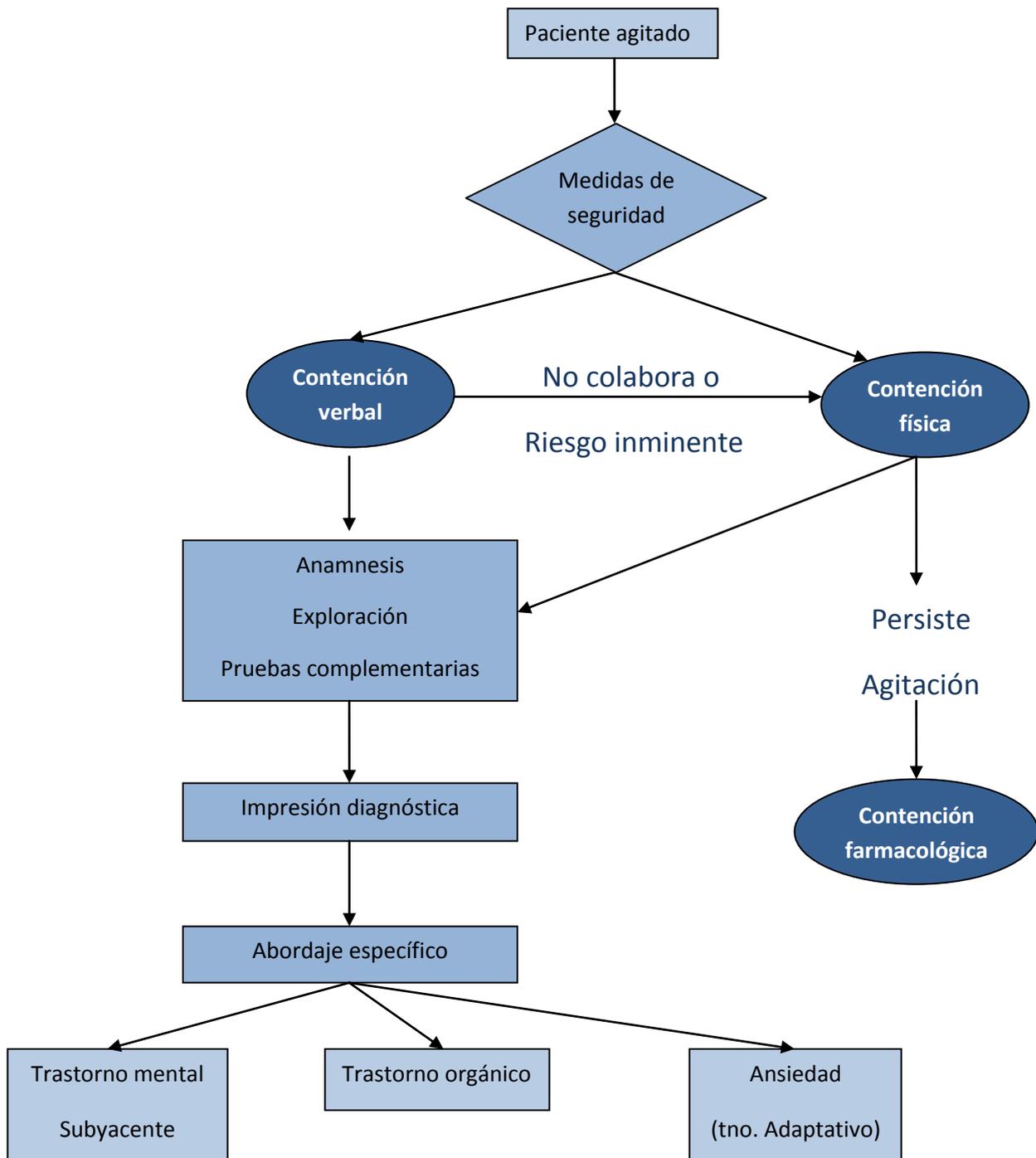


### **Acción terapéutica sin el consentimiento del paciente**

Cualquier acción terapéutica requiere el previo consentimiento escrito del usuario, excepto en los siguientes casos (recogidos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad):

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas
- c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
- d) En los casos que requieren sujeción, lo frecuente es que se presenten simultáneamente las condiciones a) y c) anteriores. En estos casos, salvo si se puede recabar el consentimiento informado de un familiar y las circunstancias nos lo permiten, el personal sanitario puede actuar sin él, amparado en la eximente de responsabilidad penal que surge del estado de necesidad del artículo 20.5 del Código Penal, ya que se considera que la aplicación del procedimiento es un mal menor frente a la no aplicación del mismo. Tras superarse la situación de urgencia, debe informarse inmediatamente al paciente, a sus familiares o personas allegadas sobre la intervención terapéutica aplicada.

Anexo 6\_. Aspectos legales de la contención mecánica.



Anexo\_7 .Algoritmo de intervención ante el paciente agresivo.



PRINCIPIO ACTIVO	SEMIVIDA PLASMÁTICA (H)	METABOLITO ACTIVO (Semivida en horas)	VELOCIDAD DE ABSORCIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
<b>ACCIÓN LARGA (&gt;48h)</b>				
CLORAZEPATO	30-60	si (30-200)	Rápida	Oral/ IM/ IV
CLORDIAZEPÓXIDO	7-28	si (30-200)	Lenta	Oral
DIAZEPAM	15-60	si (30-200)	Muy rápida	Oral/ IM/ IV
FLURAZEPAM	50-100	si (39-79)	Muy rápida	Oral
HALAZEPAM	12	si (30-200)	Lenta	Oral
KETAZOLAM	6-25	si (30-200)	Rápida	Oral
QUAZEPAM	39	si (39-79)	Muy rápida	Oral
<b>ACCIÓN INTERMEDIA (10/48h)</b>				
ALPRAZOLAM	11-16	no	Muy rápida	Oral
BROMAZEPAM	8-19	no	Muy rápida	Oral
FLUNITRAZEPAM	9-31	no	Muy rápida	Oral/ IV
LORAZEPAM +	12	no	Lenta	Oral
NITRAZEPAM	20-40	no	Rápida	Oral/ Rectal
OXAZEPAM +	5-15	no	Lenta	Oral
<b>ACCIÓN CORTA (&lt;10h)</b>				
BROTIZOLAM	4-7	si	Muy rápida	Oral
LORMETAZEPAM +	8	no	Rápida	Oral
MIDAZOLAM	2,7	si	Muy rápida	IM/ IV
TRIAZOLAM	1,5-5,5	no	Muy rápida	Oral

Anexo\_8. Parámetros farmacocinéticos de las benzodiazepinas comercializadas en España.

- (+ se metabolizan por conjugación)
- Las semividas plasmáticas de eliminación pueden estar prolongadas en niños, ancianos o insuficiencia hepática y no siempre predicen la duración de los efectos clínicos.
- El aclaramiento de las benzodiazepinas de semivida corta o intermedia está menos afectado por la edad que las de semivida larga.



## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Huertas D, López-Hibor JJ, Crespo MD: Neurobiología de la agresividad humana. 2ª ed. Ars Medica. Barcelona, 2005.
2. Gomez A, Gaviria E, Fernández I: psicología social. 1ª ed. Madrid 2006
3. Vallejo J: Introducción a la psicología y psiquiatría 3ª ed Masson-Salvat Barcelona.2006. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/17294908/Conducta-Agresiva>.
4. BERKOWITX, L. *Agresión. Causas consecuencias y control*. Desclee de Brower, Bilbao. (1996).
5. Laura Fernández. Una especie violenta por naturaleza.Ciencia. Antropología. Universidad de Barcelona. 03/09/2014.Disponible en <http://www.elmundo.es/ciencia/2014/03/09/531a1f72e2704e30248b457a.html>
6. Martinez León. M, Iruña Muñiz M, Matinez León C, Queipo Burón D. Estudios de las agresiones a los profesionales sanitarios.Revista de la escuela de medicina legal. Valladolid. 2011. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/36231-36412-3-PB.pdf>
7. Alfonso Chinchilla, Javier Correas, F. Javier Quintero, Miguel Vega .Manual de urgencias psiquiátricas.2ª edición. Barcelona. Ed. elservier- masson .2010
8. Recomendación científica 10/01/09 de 25 de junio de 2009 de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/AGITADO.pdf>
9. Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J, Casal Angulo C. Manejo inicial del paciente agitado (revisión). MC Gómez Estarlich .Madrid. 2007-2008. Disponible en: [http://www.semes.org/revista/vol21\\_2/10.pdf](http://www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf)
10. Gail W, Stuart Michele T. Laraia Enfermería psiquiátrica principios y práctica. Barcelona. 8ª ediccion Elservier Mosby. 2006.
11. Miguel Ángel Sevillano Arroyo. Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica. Disponible en : <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/345/328>
12. Curso de contención psíquica de pacientes psiquiátricos AB formación laboral S.L.N.E (Salamanca) 2012.
13. Pichot P, Ezcurra J, Gonzalez-Pinto A, Gutiérrez Fraile M. Investigación y práctica clínica en psiquiatría. Grupo aula médica 2004.
14. Protocolo de actuación en la contención del paciente psiquiátrico. Hospital de Getafe.
15. Protocolo de actuación en la contención del paciente psiquiátrico. Hospital Universitario Príncipe de Asturias



16. Protocolo de actuación Servicio Andaluz de Salud Sevillano Arroyo MA. Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica.
17. Protocolo de contención y sujeción mecánica. Servicio de psiquiatría del Hospital de Cruces. Osakidetza. Revisión 4: 2009.
18. Protocolo de contención mecánica de movimiento. Hospital universitario 12 de Octubre.
19. Galian Muñoz I, Bernal Torres J, Díaz Sánchez C, Martínez Serrano J. Protocolo de atención a pacientes con agitación y/o heteroagresividad. Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia. 2011
20. Protocolo del plan operativo para la inmovilización y aislamiento. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital provincial. Complejo Asistencial de Zamora. (31 de noviembre 2008).
21. Negro González E, García Manso M. El paciente agitado: planificación de cuidados. NURE Investigation. Madrid. 2013.
22. López-Muñoz. F, Álamo. C, Cuenca. E. Agresividad y Psicofármacos reguladores de la conducta agresiva. Disponible en:  
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewArticle/464>.
23. Rubio G. Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. Servicio de psiquiatría. Hospital 12 de octubre. Madrid. Disponible en :  
<http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/187/415>
24. Liévano D. Neurobiología de la agresión: Aportes para la psicología. Disponible en :  
<http://ocupacional.umb.edu.co/revp/index.php/vanguardiapsicologica/article/viewArticle/87>
25. Pascual JC, Pérez, Soler J, Barrachina J, Álvarez E. antipsicóticos en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Disponible en:  
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/280/265>
26. Martín Ramírez. J Bioquímica de la agresión. Departamento de Psicobiología. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en:  
[http://eprints.ucm.es/8419/1/PPCLF-QUIMICA\\_DE\\_LA\\_AGRESION.pdf](http://eprints.ucm.es/8419/1/PPCLF-QUIMICA_DE_LA_AGRESION.pdf)
27. Herreros .O, Sánchez. F, Rubio B y Gracia R. Actualización en el tratamiento farmacológico de los trastornos del comportamiento de la adolescencia. Disponible en:  
[http://www.centrelondres94.com/files/Los\\_trastornos\\_del\\_comportamiento\\_en\\_la\\_adolescencia.pdf#page=64](http://www.centrelondres94.com/files/Los_trastornos_del_comportamiento_en_la_adolescencia.pdf#page=64).



28. Agüera Ortiz. F. Servicio de Psiquiatría. .Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense, Madrid y Guerrero Morcillo A Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Tratamiento farmacológico de la agitación en el anciano. Disponible en: [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2010/02\\_200\\_06.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2010/02_200_06.htm).
29. Agüera L, Cervilla J, Martín C. Psiquiatría Geriátrica. 2ª edición. Barcelona: Masson, 2006.
30. Cervera G, Haro G, Crespo A, Menéndez C, Flórez G. Paciente agresivo y paciente ansioso. 1ª edición. Madrid: Entheos, 2005.
31. De la Serna I. Psicofármacos en Geriatria. 1ª edición. Barcelona: Ars Médica. 2006.
32. Gascón J, Rojo JE, Salazar A, Tomás S. Guía práctica de manejo terapéutico y prevención en el paciente agitado. 1ª edición. Madrid: Master Line & Prodigio, 2004.
33. Huertas D, López-Ibor JJ, Crespo M. Neurobiología de la agresividad humana. 1ª edición. Barcelona: Ars Médica, 2005.
34. López-Muñoz F, Álamo C, Cuenca E. Agresividad y psicofármacos reguladores e inductores de conductas agresivas. Revista electrónica de Psiquiatría Vol.3, Nº 2, Junio 1999.
35. Recomendaciones terapéuticas para el manejo de la agresividad. Servicio madrileño de salud (Comunidad de Madrid), revisión bibliográfica, fecha de actualización, Febrero 2014 1ª revisión.
36. Moore D, Jefferson J. Manual de Psiquiatría Médica. 2ª edición. Madrid: Elsevier, 2005.
37. Bentolila S, Fraticola G, Frieder P, González F, Gleno R, Gershanik O, Guala S, Handlarz G, Marmer M, Monczor M y Vázquez S. Psicofarmacología psicodinámica “ Julio Moizeszowicz. actualizaciones 2005
38. Schatzberg A, Nemeroff C. Tratado de Psicofarmacología. 1ª edición. Barcelona: Masson, 2006.
39. Troncoso F y Intriago E. Protocolo de manejo de paciente con episodio de agitación psicomotora. Hospital regional Rancagua. Gobierno de Chile. Unidad de psiquiatría. 23 de Septiembre de 2011.
40. Schatzberg A, Cole J, DeBattista C. Manual de Psicofarmacología clínica. 6ª edición. Madrid: Luzán, 2008.
41. Guillian M. Keating. Loxapina, polvo para inhalación: revisión de su utilización en el tratamiento agudo de la agitación en pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia. Publicación 6 de Junio de 2013.
42. Vallejo J, Leal C. Tratado de Psiquiatría. 1ª edición. Barcelona: Ars Médica, 2005.
43. Azpiroz, Garmondia L, Sánchez J.R. psicofarmacología de la agresión: antidepresivos, neurolépticos, benzodiacepinas. Universidad del País Vasco. Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-PsicofarmacologiaDeLaAgresion-2358614%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-PsicofarmacologiaDeLaAgresion-2358614%20(1).pdf)
44. López Galán S Guía Farmacológica en Psiquiatría. Undécima ed. Editorial Rey Alí. 2012
45. McCloskey J, Bulech G.M, Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 43 Ed. Madrid. Elsevier Mosby, 2005.
46. Bot plus 2.0 (Programa informático de fármacos).

