



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

# TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

**“GRAVEDAD, MANEJO Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES CON  
AGITACION PSICOMOTRIZ QUE INGRESAN AL DEPARTAMENTO DE  
EMERGENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
“HONORIO DELGADO—HIDEYO NOGUCHI”, 2020-2021”**

**Nombre del Autor:**

JOSE CARLOS PEREZ SANTILLANA

**Nombre del Asesor:**

DR. LIZARDO CRUZADO DIAZ

LIMA – PERÚ

2020

## **RESUMEN:**

El proyecto de investigación titulado “Gravedad, manejo y evolución de los pacientes con agitación psicomotriz que ingresan al Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, nos permitirá detectar los diagnósticos clínicos, evaluar la gravedad y la evolución de la agitación psicomotriz en base a las escalas CGI y también se dará a conocer los fármacos administrados, dosis, frecuencia, valoración del uso de medidas de contención física en los pacientes que acuden a emergencia psiquiátrica.

El presente estudio es descriptivo y prospectivo. La investigación tiene una muestra del 30% de los 1500 pacientes que fueron atendidos durante el año 2019 en el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi para los cuales se han tomado en cuenta criterios de exclusión de pacientes donde sus familiares se nieguen a firmar el consentimiento informado y pacientes menores de edad. Para la recolección de datos se utilizara como instrumento una ficha de información con los datos del paciente y la aplicación de dos escalas de medición: La Escala CGI-S (Escala de impresión global de severidad) para evaluar la gravedad de la agitación psicomotriz al momento del ingreso del paciente al Departamento de Emergencia y la Escala CGI-I (Escala de impresión global de mejoría) evaluara cuanto a mejorado el paciente en su relación a su estado al ingreso, después de la intervención farmacológica y las medidas de contención física recibidas durante la atención en el Departamento de Emergencia.

Palabras clave: agitación psicomotriz, emergencia psiquiátrica, Escala de Impresión Global (CGI)

## **INTRODUCCION**

El presente proyecto de investigación titulado “Gravedad, manejo y evolución de los pacientes con agitación psicomotriz que ingresan al Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, se basara en un estudio de pacientes con cuadros clínicos de Agitación Psicomotriz, su gravedad y la respuesta al manejo farmacológico y a las medidas extraordinarias de contención física recibidas durante la atención en el Departamento de Emergencia.

En el CIE X la agitación psicomotriz no tiene un diagnostico especifico, de acuerdo a las contextualizaciones de los diversos investigadores; me ha permitido definir al paciente en agitación psicomotriz cuando este se encuentra en un estado de actividad motora y/o verbal aumentada, repetitiva y sin propósito con hiperexcitabilidad (respuesta exagerada ante los estímulos normales, irritabilidad) y con síntomas de activación simpática (como taquicardia, sudoración, boca seca), llegando a tener el paciente la sensación subjetiva de pérdida de control, pudiendo llegar a ser agresivo contra otros o contra sí mismo.  
(1)(2)(3)(4)

La Agitación psicomotora puede ser provocada por causas orgánicas: sepsis, enfermedades del sistema nervioso central que incluyen ictus, convulsiones, meningitis, encefalitis, enfermedad de Alzheimer, entre otras demencias y también de origen psiquiátrico: derivadas de estados confusionales, manifestaciones psicóticas, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad generalizada, trastornos de pánico, depresión mayor,

efecto o abstinencia de sustancias psicoactivas, trastornos de conducta, retardo mental. (3) Por esta razón se necesita una adecuada evaluación e intervención farmacológica que logre el manejo adecuado de este cuadro clínico. (3)(5)

Las probabilidades de las conductas violentas son mayores en los pacientes esquizofrénicos, pacientes con trastornos afectivos (sobre todo los pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca) y consumidores de sustancias psicoactivas. Los diversos estudios realizados de los cuadros psiquiátricos hace referencia que en los pacientes con esquizofrenia y bipolares, siempre van a requerir una atención rápida debido a las conductas manifestadas de agresividad y agitación, mientras los pacientes psicóticos su sintomatología se va a presentar a través de un comportamiento amenazante y ansioso, estos estudios también refieren la existencia de un 14% de los pacientes hospitalizados con esquizofrenia presentaron agitación y comportamiento violento, cuando ingresaron a las unidades de emergencia psiquiátrica, mientras que un 20% de los pacientes esquizofrénicos van a presentar estados de agitación durante su vida.(3)(6)

En un estudio naturalístico de la agitación psicomotriz se obtuvieron datos demográficos donde las mujeres presentaron cuadros de agitación psicomotriz en un 54%, y estos cuadros de agitación estuvieron asociados a trastornos psicóticos en un 48%, trastornos de personalidad en un 24%, trastorno bipolar en fase maniaca en un 9%, trastorno ansioso depresivo en un 7%, y por consumo de sustancias en un 4%. Refiriendo además que no existe un acuerdo con respecto al manejo farmacológico. (7)

En los países del tercer mundo el 90% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia no reciben tratamiento, llegando a presentar estados de agitación y violencia, siendo estos uno de los factores que influyen la estigmatización de las enfermedades mentales. (8)(9)

La estrategia inicial de manejo en la atención de los pacientes en agitación psicomotriz, es la intervención verbal para el control de la conducta realizado por el personal de emergencia psiquiátrica, cuando está no es suficiente, tenemos que recurrir a la tranquilización rápida a través de los fármacos. (5)

Para el tratamiento farmacológico de la agitación psicomotriz se debe iniciar con la vía menos invasiva y traumática por lo que se prefiere iniciar con medicación vía oral, siempre y cuando el paciente este de acuerdo y sea posible esperar el efecto del tratamiento oral porque su inicio de acción es lento. (4). Por lo que mayormente se usan los medicamentos de administración intramuscular como tratamiento inicial de pacientes agitados. Algunos estudios de investigación sugieren evitar la vía intravenosa por un mayor riesgo de efectos secundarios graves en los pacientes de agitación motora. (3)

El procedimiento de administración de psicofármacos se denomina tranquilización rápida con la finalidad de calmar o sedar a un paciente agitado o también agresivo, se puede apreciar en algunas situaciones el uso de las combinaciones de fármacos y si es necesario, en dosis repetidas. (3); logrando disminuir el sufrimiento del paciente, los riesgos para sí mismo, del personal que lo atiende, llegando a concluir la evaluación diagnóstica. (1)(5).

Dentro de los psicofármacos usados están los Antipsicóticos de primera generación, Antipsicóticos de segunda generación y Benzodiazepinas. La administración de estos medicamentos es oral, sublingual, formulaciones inhaladas, intramuscular e intravenosa.

(5)(7) Estas vías de administración no están exentas de riesgos, en raras ocasiones incluso letales. (3).

El Haloperidol es un antipsicótico de primera generación y también el más usado en los estudios para el manejo de la agitación, puede ser administrado por vía oral, intramuscular e incluso intravenosa. Sus efectos secundarios son la rigidez, temblores, distonía aguda. La Clorpromazina es otro de los antipsicóticos usados, sin embargo actualmente no se encuentra disponible en vía parenteral en los establecimientos de salud del estado. (3)(4)(5)

Entre los antipsicóticos de segunda generación la Olanzapina es el que tiene más estudios, siendo tan eficaz como el Haloperidol y sin los efectos secundarios de este último. La Olanzapina puede ser administrada vía oral e intramuscular. La Ziprasidona por vía intramuscular tiene estudios en los que es tan efectiva como el Haloperidol, con menos efectos adversos. Risperidona es eficaz por vía oral en el control de la agitación psicomotora cuando se administra sola o con Benzodiacepinas. (3)(4)(5)

Pero lamentablemente los hospitales o los centros psiquiátricos estatales no cuentan con antipsicóticos de segunda generación por vía intramuscular debido a su alto costo, siendo poco accesible.

Si bien no hay evidencia sólida en el uso de benzodiacepinas en monoterapia para la agresión y la agitación psicomotriz, sin embargo hay varios estudios que apoyan su uso con antipsicóticos de primera y segunda generación, en los que son superiores a la monoterapia con Haloperidol. Se puede usar por vía oral Diazepam, Clonazepam y Lorazepam por vía oral y por vía parenteral Diazepam, Lorazepam y Midazolam. Entre sus ventajas que tienen la benzodiacepinas son de fácil de administración, bajo costo, efectos secundarios moderados y se pueden encontrar en la mayoría de departamentos de emergencia. (5)

Cuando la administración de psicofármacos, no logra controlar las situaciones de agitación motora y/o violencia en los pacientes de emergencia psiquiátrica se recurre a medidas excepcionales como la contención física entre las que tenemos: Aislamiento o reclusión donde el paciente es confinado en una habitación especialmente equipada, bajo supervisión para disminuir los estímulos y la seguridad del paciente y la Sujeción mecánica en el que se usan dispositivos mecánicos como cinturones, tobillera para restringir la movilidad física del paciente (4)(10)(11)

Según estudios habría de un 0,4% al 66% de utilización de medidas coercitivas como utilización de la medicación involuntaria y las medidas de contención física para contener o reducir las conductas violentas. (12)

En nuestra realidad peruana de acuerdo al marco de la nueva Ley de Salud mental N° 30947, en su artículo N°28, publicada en el Diario Oficial El Peruano...”prohíbe el uso de cuartos de aislamiento, el impedimento al libre tránsito en los servicios de salud...” Dentro de las investigaciones revisadas podemos apreciar que los expertos están de acuerdo en las indicaciones de la contención física, siendo necesarios utilizarlo para la seguridad del paciente, pero a su vez tiene consecuencias éticas, legales y clínicas a considerar, además hay pocos datos disponibles que respalden la seguridad y eficacia de su uso. (10)

Actualmente hay escasa evidencia empírica para lograr responder a la interrogante, que tan agitado puede estar el paciente agitado para el uso de psicofármacos o de contención física, teniendo en cuenta el grado de severidad en la agitación psicomotriz. (3)

En la realización del quehacer diario del médico psiquiatra, es medir la gravedad de la enfermedad en los pacientes, recolectando información, clara precisa, para lograr obtener un diagnóstico y así establecer el pronóstico dando inicio a los procesos de intervención y administración farmacológica con un tratamiento acorde a la sintomatología del paciente (13)

Es por esta razón la necesidad de evaluar la gravedad de la agitación psicomotriz usando instrumentos estandarizados de acuerdo a nuestra realidad y de fácil aplicación, porque el médico tratante de emergencia psiquiátrica no cuenta con mucho tiempo, para la realización de escala complejas, debido al estado del paciente en agitación psicomotriz y la demanda de pacientes en el servicio de emergencia, permitiéndole tomar decisiones terapéuticas asertivas. (14)

En la revisión bibliográfica se verifico la existencia de varias escalas usadas para la evaluación de la agitación psicomotriz en respuesta a diferentes tratamientos terapéuticas. Entre las escalas usadas tenemos:

La escala CGI es una herramienta de investigación, que se aplica a todos los trastornos psiquiátricos y que el médico en ejercicio puede utilizar fácilmente, le permite emitir un juicio clínico global sobre la gravedad y la mejora de la enfermedad en su proceso evolutivo y dentro del contexto de su experiencia clínica. Está demostrado en las últimas tres décadas que la escala CGI se correlaciona con escalas de investigación de eficacia de fármacos como la Escala de Hamilton para la depresión, Escala de Hamilton para la ansiedad, Escala de síntomas positivos y negativos, Escala de ansiedad social de Leibowitz, Escala psiquiátrica breve, entre otras.

De las tres variantes de la escala CGI, usaremos en este estudio La Escala de Impresión Clínica Global - Severidad (CGI-S) y la Escala de Impresión Clínica Global - Mejora (CGI-I). (15)

En el estricto diseño de los estudios de investigación muchas veces algunos pacientes que acuden al servicio de emergencia están excluidos en las investigaciones como; los ancianos, los pacientes severamente agitados, mujeres embarazadas, niños con capacidades diferenciadas, pacientes de comorbilidad médica, también aquellos pacientes que se niegan a firman el consentimiento informado, lo que nos permiten conocer con veracidad la eficacia comparativa de los fármacos. (3)

Por esta razón la importancia de realizar estudios en nuestro país que describan la realidad del paciente que acuden en estado de agitación psicomotriz a los hospitales por emergencia psiquiátrica, estos estudios deberán estar basado desde el primer contacto con el paciente; triaje, evaluación médica, manejo y tratamiento de la agitación psicomotriz. Como médico de formación psiquiátrica, tengo la necesidad de investigar la gravedad del síndrome de agitación psicomotriz en base a la Escala (CGI) y su evolución y respuesta al tratamiento recibido, para lograr mejorar la calidad de atención al paciente psiquiátrico disminuyendo su sufrimiento y de la familia. Los resultados que obtendré de esta

investigación a realizarse en el Departamento de Emergencia del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, me permitirá conocer objetivamente las intervenciones terapéuticas/ farmacológicas de los pacientes, reduciendo el riesgo de autoagresión y agresión del paciente al personal que está a su cuidado del mismo.

## **II OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la gravedad, manejo y evolución de los pacientes con agitación psicomotriz que ingresa al Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2020-2021

### **Objetivos secundarios:**

- Detectar los diagnósticos clínicos del paciente que acuden en estado de agitación psicomotriz al Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental.
- Evaluar la gravedad de la agitación psicomotriz con la escala CGI-S del paciente al ingreso y su evolución con la escala CGI-I en el Departamento Emergencia del Instituto de Salud Mental.
- Conocer los fármacos usados, la frecuencia y dosis de los fármacos administrado al paciente que ingresa Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental.
- Valorar el uso de medidas de contención física Sujeción mecánica y aislamiento del paciente que ingresa Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental.

## **III. MATERIAL Y METODOS.**

### **Diseño del estudio**

Es un estudio descriptivo, prospectivo, a realizarse en el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, perteneciente al Ministerio de Salud, y que brinda atención las 24 horas del día.

### **Población**

Los casos atendidos en el Servicio de emergencia con Agitación Psicomotriz durante el año 2019 fueron de 1500 pacientes. El universo de estudio está conformado por pacientes con agitación psicomotriz que ingresan en el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, en el periodo de doce meses.

### **Muestra**

La muestra será obtenida de acuerdo a los criterios de inclusión de los pacientes con agitación psicomotriz que ingresan por departamento de emergencia. La recolección de muestras se prolongará hasta alcanzar un mínimo del 30 % del total de las atenciones en agitación psicomotriz en el año 2019, (es decir, 500 pacientes).

### **Criterios de inclusión**

Incluyendo pacientes de ambos sexos y sin distingo de edad. Pacientes que son considerados por el medico evaluador, con agitación psicomotriz.

### **Criterios de exclusión**

Pacientes en los cuales sus familiares no firman el consentimiento informado.  
Pacientes menores de edad.

### **Definición Operacional de Variables**

Identificar la gravedad de la agitación psicomotriz del paciente que ingresa al Departamento de Emergencia y su evolución a los tratamientos instaurados en el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”

**Variables Agitación psicomotriz:** Estado de excesiva actividad motora acompañado de sensación de tensión interna, la actividad no es productiva, tiene carácter estereotipado y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos y vestimenta.

**Manejo terapéutico farmacológico:** Es un plan de intervención clínica que persigue objetivos de salud específicos, para el tratamiento para una enfermedad y sus secuelas de prevención sanitaria, con pautas de dosificación y duración de una terapia farmacológica. Las posibles respuestas son 1= antipsicóticos primera generación, 2=antipsicóticos de segunda generación, 3=benzodiazepinas, 4. Antipsicóticos de primera generación con benzodiazepinas, 5. Antipsicóticos de segunda generación con benzodiazepinas.

**Impresión Clínica Global-Severidad (CGI-S)** es una escala de 7 puntos que requiere que el medico califique la gravedad de la enfermedad del paciente en el momento de la evaluación, en relación la experiencia previa del médico con pacientes que tienen el mismo diagnóstico. Los médicos preguntan: “considerando su experiencia clínica total con esta población en particular, ¿Qué tan enfermo está el paciente en este momento?

Las posibles respuestas son: 1=Normal, 2= en el límite prácticamente normal, 3=levemente inquieto, 4=moderadamente agitado, 5=marcadamente agitado, 6=muy severamente agitado, 7=entre las peores agitaciones que he visto. Son variables de tipo cualitativa.

**Impresión Clínica Global- Mejora (CGI-I)** es una escala de 7 puntos que requiere que el medico evalúe cuanto ha mejorado o empeorado la enfermedad del paciente en relación con un estado inicial al comienzo de la intervención. Los médicos preguntan: En comparación con la condición del paciente al inicio del estudio, ¿la condición (promedio) de este paciente tiene...?

Las posibles respuestas son: 1=Notablemente mejorado, 2=Regularmente mejorado, 3=Mínima mejoría, 4=Sin ningún cambio, 5=Mínima desmejoría, 6=Regularmente desmejorado, 7=Notablemente empeorado

## Descripción Operacional de Variables

Variable		Indicador	Indice		Escala de Medición
Agitación psicomotriz		Paciente llegó en agitación psicomotriz	Si	No	Nominal
		Paciente presentó agitación psicomotriz mientras esperaba atención	Si	No	Nominal
		Paciente llegó con sujeción mecánica.	Si	No	Nominal
Procedimiento Administración Psicofármacos		Antipsicótico primera generación,	1		Ordinal
		Antipsicótico segunda generación.	2		Ordinal
		Benzodiacepina,	3		Ordinal
		Antipsicótico primera generación con benzodiacepina,	4		Ordinal
		Antipsicótico segunda generación con benzodiacepina	5		Ordinal
Escala Impresión Global Severidad CGI-S	S e v e r i d a d	Normal	1		Ordinal
		Límite prácticamente de la normalidad	2		Ordinal
		Levemente inquieto,	3		Ordinal
		Moderadamente agitado	4		Ordinal
		Marcadamente agitado	5		Ordinal
		Muy severamente agitado	6		Ordinal
		Entre las peores agitaciones que he visto	7		Ordinal
Escala Impresión Global Evolución CGI-I	E v o l u c i ó n	Notablemente mejorado	1		Ordinal
		Regularmente mejorado	2		Ordinal
		Mínima mejoría,	3		Ordinal
		Sin ningún cambio	4		Ordinal
		Mínima desmejoría,	5		Ordinal
		Regularmente desmejorado	6		Ordinal
		Notablemente empeorado	7		Ordinal
Medidas de Contención		Sujeción física	No	Si	Nominal
		Aislamiento	No	Si	Nominal
		Medidas de contención mixta	No	Si	Nominal
Socio Demográfica		Sexo	Masculino		Nominal
			Femenino		Nominal
		Edad	18-19 20-29 30-39 40-39 50-59 >60		Ordinal



### **Procedimientos y Técnicas**

El procedimiento de recolección de la muestra se realizara en los días que asiste el investigador, observando los ingresos de los pacientes con sintomatología de agitación psicomotora, una vez identificado el paciente y al familiar que lo acompaña en la emergencia, se le solicitara al familiar acompañante su autorización y firma del consentimiento informado, previa breve explicación del estudio. Con el consentimiento informado firmado se accederá a la historia clínica para su estudio y recolección de datos del paciente que serán registrados en la ficha de recolección de datos. (Anexo 2)

Se solicitara al médico psiquiatra de turno en el servicio de emergencia que califique la gravedad de la agitación psicomotriz del paciente al ingreso con la escala CGI-S y su evolución con la escala CGI-I después de ½ hora del ingreso, 2horas y 4 horas, los resultados obtenidos serán ingresados en la ficha de recolección de datos (Anexo 2)

### **Aspectos Éticos**

El protocolo será aprobado previamente a su ejecución por el Comité de Ética Institucional del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” y la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH)

Se solicitará el consentimiento al familiar que ingresa acompañando al paciente con síntomas de agitación psicomotriz que ingresa al departamento de emergencia. (Se adjunta Anexo 1).

Se mantendrá la privacidad de toda la información recolectada

### **Plan de Análisis**

Los datos obtenidos durante la investigación a través de la ficha de recolección de datos serán analizados mediante un paquete estadístico gratuito (EPIDAT).

Para el análisis de las variables cualitativas se determinaran sus frecuencias absolutas y relativas y para las variables cuantitativas se determinaran la media, moda y su distribución estándar. Además se realizara un análisis de datos bivariado mediante la prueba no paramétrica de Chi cuadrado para determinar posibles asociaciones entre las variables. Este contara con un nivel de confianza del 95% y un  $p < 0.05$ .

#### IV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. Departamento de Emergencia. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. 2015. <http://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2015/RD-138-2015-DGINSMHDHN.pdf>
2. Rubio-Valera M, Huerta-Ramos E, Baladón L, Aznar-Lou I, Ortiz-Moreno JM, Luciano JV, et al. Estudio cualitativo de los estados de agitación y su caracterización, y las intervenciones utilizadas para atenderlos. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2016; 44 (5): 166-77
3. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, Baldaçara L, San L, McAllister-Williams RH, Fountoulakis KN, Courtet P, Naber D, Chan EW, Fagiolini A, Möller HJ, Grunze H, Llorca PM, Jaffe RL, Yatham LN, Hidalgo-Mazzei D, Passamar M, Messer T, Bernardo M, Vieta E. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86-128.
4. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, Catalán R, Vázquez M, Soler V, Ortuño N, Martínez-Arán A. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):328.
5. Baldaçara L, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes Júnior VP, Calfat ELB, Ismael F, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CEK, Cordeiro Q, da Silva AG, Tung TC. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019 ;41(4):324-335.
6. San, L.; Marksteiner, J.; Zwanzger, P.; Figuro, M.A.; Toledo-Romero, F.; Kyropoulos, G.; Bessa-Peixoto, A.; State of Acute Agitation at Psychiatric Emergencies in Europe: The STAGE Study. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health* **2016**, *12*, 75–86.)
7. Pascual, J. C; Madre, M; Puigdemont, D; Oller, S; Corripio, I; Díaz, A; Faus, G; Pérez, V; Álvarez, E. Estudio naturalístico: 100 episodios de agitación psicomotriz consecutivos en urgencias psiquiátricas. *Actas esp. psiquiatr* 2006; 34(4): 239-244
8. Esquizofrenia. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
9. Pedersen, D. Estigma y Exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. *Revista Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. Vol. VI N° 1 Junio 2005 : 3-14  
<http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2005/I/1->
10. Fernández-Costa D, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Martín-Pereira J, Prieto-Callejero B, García-Iglesias JJ. Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review. *J Clin Med*. 2020 ;9(9):2791.
11. Baumgardt J, Jäckel D, Helber-Böhlen H, Stiehm N, Morgenstern K, Voigt A, Schöppe E, Mc Cutcheon AK, Lecca EEV, Löhr M, Schulz M, Bechdorf A, Weinmann S. Preventing and Reducing Coercive Measures-An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Front Psychiatry*. 2019 ;10:340.

12. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2019 ;10:491.
13. Zuñiga, A. Estudio de la casuística en un centro de salud mental comunitario: gravedad y utilización de servicio. Tesis doctoral. Barcelona. Departamento de psiquiatría y medicina legal. Universidad autónoma de Barcelona. 2009  
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/666759/azl1de1.pdf?sequence=1>  
&isAllowe
14. Real, D, Efectividad de Haloperidol versus Olanzapina en el Control Sintomático de la Agitación Psicomotriz en Pacientes con Esquizofrenia. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Mexico. Universidad Nacional Autónoma de México. 2016.  
<http://132.248.9.195/ptd2016/julio/0747142/0747142.pdf>
15. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007 ;4(7):28-37.

## V.PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### PRESUPUESTO

RUBRO	CANTIDAD	DETALLE	TOTAL
Salario			
Asesor académico	01	S/. 00.00	S/. 00.00
Investigador	01	S/. 00.00	S/. 00.00
Asesor estadístico	01	S/. 300.00	S/. 300.00
Transporte			
Transporte local	48	S/. 5.00	S/. 240.00
Material y equipo			
Fotocopias	900	S/. 0.5	S/. 45.00
Reproducción informe	03	S/. 45.00	S/. 135.00
<b>Total</b>			<b>S/. 720.00</b>

El proyecto y la elaboración de la tesis serán financiados por el autor.

### CRONOGRAMA

	Nv 20	Di 20	En 21	Fe 21	Mr 21	Ab 21	My 21	Jn 21	Jl 21	Ag 21
Presentación proyecto	X									
Aceptación proyecto		X								
Ética			X							
Recolección de la muestra				X	X	X	X			
Procesamiento de datos								X		
Análisis resultados									X	
Informe final										X

## ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**DATOS GENERALES:**

**NUMERO FICHA:**

1. NUMERO DE HISTORIA CLINICA (HC):

2. NUMERO TRIAJE:

3. FECHA:

4. HORA:

5. SEXO:

6. EDAD:

7. DIAGNOSTICOS DE EMERGENCIA

8. DIAGNOSTICO EN HISTORIA CLINICA:

**EPISODIO INDICE:**

EL PACIENTE LLEGO AGITADO SI ( )      NO ( )

EL PACIENTE SE AGITO MIENTRAS ESPERABA SI ( )      NO ( )

EL PACIENTE LLEGO CON SUJECCION SI ( )      NO ( )

**EVOLUCION DEL PACIENTE INDICE**

	AL INICIO		A LOS 30 MINUTOS		A LAS 2 HORAS		A LAS 4 HORAS	
	VO	IM	VO	IM	VO	IM	VO	IM
<b>ANTIPSICOTICO PRESCRITO</b>	VO	IM	VO	IM	VO	IM	VO	IM
<b>DOSIS</b>								
<b>BENZODIAZEPINA PRESCRITA</b>	VO	IM	VO	IM	VO	IM	VO	IM
<b>DOSIS</b>								
<b>¿SE INDICO SUJECCION?</b>	SI	NO						
<b>¿SE MANTUVO SUJECCION?</b>			SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>¿SE INDICO AISLAMIENTO?</b>	SI	NO						
<b>¿SE MANTUVO AISLAMIENTO?</b>			SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>PUNTAJE CGI</b>	CGI-S=		CGI-I=		CGI I=		CGI I=	

## **ESCALA CGI (CLINICAL GLOBAL IMPRESIÓN)**

Marque una alternativa de acuerdo a su experiencia en severidad y en todas las evoluciones.

### **CGI – S Severidad: (Al ingreso)**

Considerando su experiencia clínica, ¿cuál es el grado de agitación psicomotriz en que se halla este paciente?

- 1=Normal, nada agitado
- 2=En el límite prácticamente de la normalidad
- 3=Levemente inquieto
- 4=Moderadamente agitado
- 5=Marcadamente agitado
- 6=Muy severamente agitado
- 7=Entre las peores agitaciones que he visto

### **CGI – I Evolución**

La evaluación del grado de cambio (el nivel más reciente de los síntomas) que a la magnitud de mejoría. Por ejemplo, si el paciente está del todo bien, puntuar el cambio como “1” “Muchísimo mejor”, independientemente de la gravedad inicial de los síntomas.

#### **Evolución (30 minutos)**

- 1=Notablemente mejorado
- 2=Regularmente mejorado
- 3=Mínima mejoría
- 4=Sin ningún cambio
- 5=Mínima desmejoría
- 6=Regularmente desmejorado
- 7=Notablemente empeorado

#### **Evolución (02 horas)**

- 1=Notablemente mejorado
- 2=Regularmente mejorado
- 3=Mínima mejoría
- 4=Sin ningún cambio
- 5=Mínima desmejoría
- 6=Regularmente desmejorado
- 7=Notablemente empeorado

#### **Evolución (04 horas)**

- 1=Notablemente mejorado
- 2=Regularmente mejorado
- 3=Mínima mejoría
- 4=Sin ningún cambio
- 5=Mínima desmejoría
- 6=Regularmente desmejorado
- 7=Notablemente empeorado