

## REVISIÓN DE TEMA

# Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria

FRANKLIN ESCOBAR-CÓRDOBA<sup>1</sup>  
MARÍA FERNANDA SUÁREZ-BELTRÁN<sup>2</sup>

### Resumen

El paciente violento es aquél que con su comportamiento puede hacer daño a otros, a sí mismo o al entorno físico. Con la presente revisión se pretende hacer una aproximación clínica a este tipo de paciente, que otorgue herramientas útiles al equipo de salud de atención primaria a la hora de enfrentarse a esta difícil situación, recordando cuáles serían las mejores acciones por parte del personal de salud para disminuir el riesgo de lesiones y de demandas médico-legales.

**Palabras clave:** agresión, diagnóstico, intervención en la crisis (psiquiatría), restricción física, técnicas y procedimientos diagnósticos, tranquilizantes, urgencias médicas.

### Title

Violent patient's clinical approach in primary care

### Abstract

A violent patient is that whose behavior may be harmful to others, to himself or to the physical surroundings. This revision intends to make a clinical approximation to this kind of patient, that grants the team of primary health care useful tools to face this difficult situation, having in mind the best possible behavior from the health care staff in order to decrease risk of lesions as well as medical lawsuits.

**Key words:** aggression, crisis intervention, diagnosis, diagnostic techniques and procedures, emergencies, restraint, physical, tranquilizing agents.

---

1 Profesor asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

2 Médico, residente de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

Recibido: 02-02-2011

Revisado: 25-04-2011

Aceptado: 7-06-2011

## Introducción

Las urgencias psiquiátricas son un motivo frecuente de consulta en los servicios de atención primaria. Según el Centro Regulador de Urgencias de Bogotá, en la atención prehospitalaria el 60% de las consultas tienen que ver con agitación psicomotora y, de ellas, 30% se explican por condiciones médicas generales que tienen una manifestación en la esfera mental[1]. En el ámbito hospitalario, se ha encontrado que 10% de la consulta psiquiátrica en el servicio de urgencias corresponde a agitación psicomotora[1].

El enfrentarse a un paciente con agitación psicomotora es una de las tareas más difíciles para el médico general, si no cuenta con el entrenamiento necesario para hacerlo. La atención de este tipo de enfermos genera riesgos para su propia seguridad, para la de otras personas que se encuentren en el servicio y para la del médico tratante. Además, las medidas que se tomen para tranquilizar al paciente, incluyendo una posible hospitalización involuntaria, tienen implicaciones médico-legales[2].

Para entender qué es una urgencia, en Colombia, se remite al lector al decreto 412 del 6 de marzo de 1992, en el cual se describe una urgencia médica como:

“[...] la alteración física o mental de una persona, causada por un trauma

o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte[...]”.

Una urgencia psiquiátrica es, entonces, cualquier perturbación del pensamiento, afecto o conducta que requiere una intervención terapéutica especializada e inmediata[3].

Según su origen, pueden ser de tres tipos: médicas, neurológicas o psiquiátricas.

Las urgencias de origen psiquiátrico son: el paciente en crisis de pánico, las víctimas y los agresores de violencia intrafamiliar, las víctimas de actos violentos, la intoxicación o abstinencia por sustancias psicoactivas, los pacientes con riesgo suicida y el paciente violento.

Un paciente violento es aquel que con su comportamiento puede hacer daño a otros, a sí mismo o a su entorno físico. En muchos de los casos, este comportamiento es escalonado y aparecen señales a medida que se va haciendo más grave. Si estos signos se tienen en cuenta, es muy probable que se pueda tranquilizar al individuo a tiempo, antes de que se produzca la agresión[2].

Hay que reconocer los cambios en el comportamiento que va presentando la persona afectada. Van desde la inquietud

motora, que hace que la persona tenga evidente dificultad para quedarse quieta, hasta la agitación psicomotora, que es un estado de fuerte tensión con intensas manifestaciones motoras y emocionales que perturban gravemente el comportamiento del individuo.

Con la presente revisión se pretende hacer una aproximación clínica al paciente violento, que otorgue herramientas útiles al equipo de salud de atención primaria a la hora de enfrentarse a esta situación, recordando cuáles serían las mejores acciones por parte del personal de salud para disminuir el riesgo de lesiones y de demandas médico-legales.

## Desarrollo

A la hora de atender la consulta de un paciente que tiene riesgo de violencia, es importante tener en cuenta las siguientes fases del abordaje inicial: examen visual breve; evaluación de riesgos; intervención verbal; diagnóstico probable; contención mecánica y sedación farmacológica.

**Examen visual breve.** Se refiere a una evaluación a distancia de la situación, buscando posibles riesgos antes de abordar al paciente. Siempre se debe priorizar la seguridad personal y, para ello, es importante evitar que el personal de urgencias médicas porte objetos que

puedan utilizarse como arma, incluyendo collares, aretes, corbatas, etc.

Existen ciertas características de los pacientes que nos pueden indicar que existe un riesgo de violencia, como son estigmas de trauma y el ser traído por las autoridades, esposado o inmovilizado por los acompañantes. Antes de llevar a cabo la entrevista inicial, se debe dar aviso al equipo tratante para evitar hacerlo a solas con el paciente[2].

**Evaluación de riesgos.** Una vez en contacto con el paciente, se procede a hacer la entrevista inicial, que es por sí misma una intervención verbal. Siempre hay que identificarse y tratar de iniciarla con un tema neutro, evitando acusaciones referentes al comportamiento inadecuado del otro. Ayuda a tranquilizar al paciente el hablar de forma clara, calmada y repetitiva, con preguntas directas y cortas, asegurando constantemente el deseo de ayudar.

Hay que buscar la cooperación del paciente, estableciendo límites claros y evitando enfrentarse al mismo o responder a provocaciones. Para que el paciente se sienta escuchado, hay que dejarlo hablar y prestar atención a lo que dice, siempre explicándole el motivo de la contención. Además del lenguaje verbal, hay ciertas intervenciones no verbales que pueden ser de ayuda a la hora de abordar un paciente violento o con amenaza de violencia (tabla 1).

**Tabla 1**  
**Intervención no verbal en el paciente violento**

Nunca darle la espalda	No intentar tocar al paciente
Mantener las manos a la vista del paciente	Mantenerse a una distancia prudente, lejos del alcance de un posible golpe
Evitar movimientos bruscos o súbitos	Utilizar un tono de voz tranquilo

Durante esa primera aproximación, se hace una historia clínica centrada en el problema o motivo de consulta; para ello es útil contar con la presencia de un familiar o acompañante del paciente que pueda ampliar la información acerca de lo que le está pasando. En lo posible, además de la enfermedad actual, es ideal conocer los antecedentes psiquiátricos, como consumo de alcohol y otras sustancias, episodios previos de agresividad, antecedentes judiciales, hospitalizaciones anteriores, psicofármacos utilizados, situaciones similares en el pasado y antecedentes familiares de trastorno mental. En las mujeres es importante conocer la fecha de la última menstruación.

Con la siguiente información, es posible evaluar los diferentes riesgos que puede representar el paciente para determinar la mejor conducta, incluyendo una posible hospitalización involuntaria: riesgo de suicidio; riesgo de heteroagresividad; riesgo de daño al entorno y riesgo de fuga.

Es importante tener presente que algunos pacientes presentan varios riesgos a la

hora de asistir al servicio de urgencias y se debe tener en cuenta cada uno de ellos a la hora de planear una intervención.

Para decidir si se intenta o no una intervención verbal, se utiliza la información obtenida durante la entrevista. El factor predictor más confiable de un nuevo ataque por parte del paciente, es precisamente haber sido traído a urgencias por una acción violenta reciente. Un hallazgo en el examen mental que puede indicar una futura agresión, son las alucinaciones visuales y las alucinaciones auditivas de comando, que ordenan agredir a otros o a sí mismo, y la actividad delirante estructurada de tipo paranoide o referencial[2].

Mediante la observación del paciente, se pueden obtener señales no verbales que indican indicio o inminencia de agresión. Si se encuentran estos signos, es mejor diferir la entrevista y no intentar una intervención verbal en ausencia del equipo terapéutico de apoyo.

Los signos de indicio de violencia son los siguientes[2]: hablar muy rápi-

do; elevar el tono de la voz; ser sarcástico; deambular continuamente; negarse a tomar asiento; apretar la mandíbula, y señalar con el dedo índice.

Los signos de inminencia de violencia son los siguientes: cerrar los puños y mostrarlos; agitar el puño cerrado; golpear la palma de la mano con el puño; elevar el puño por encima del hombro; asumir posición de ataque; expandir el tórax y ensanchar los hombros, y buscar objetos utilizables como armas.

Existen instrumentos de evaluación que ayudan a aclarar los posibles riesgos. En cuanto al riesgo de violencia, existe la escala llamada HCR-20 y desarrollada

por Webster *et al.*, que fue originalmente concebida para personas con trastornos mentales declaradas inimputables. Sin embargo, hoy se utiliza tanto para pacientes que cometieron delitos bajo la presencia de insania mental como para aquéllos que se presentan en el servicio de urgencias con riesgo de violencia[4]. La HCR-20 se vale de factores respaldados empíricamente, pertenecientes a tres dimensiones temporales: del pasado o históricos, del presente o clínicos y del futuro o medioambientales. Con ellos, se puede obtener un puntaje global o destacar los aspectos parciales que orientan hacia la estimación de riesgo de violencia del sujeto (tabla 2)[ 4].

**Tabla 2**  
**Ítem de la HCR-20[4]**

<b>Históricos</b>	<b>Clínicos</b>	<b>Ambientales</b>
H1 Violencia previa	C1 Deficiencia en el juicio	R1 Deficiencia del plan de reinserción social
H2 Edad temprana en el momento de la primera conducta violenta	C2 Actitudes negativas	R2 Exposición a factores desestabilizadores
H3 Inestabilidad en las relaciones de pareja	C3 Síntomas activos del trastorno mental mayor	R3 Falta de apoyo personal
H4 Problemas legales	C4 Impulsividad	R4 Incumplimiento del plan terapéutico
H5 Problemas relacionados con el uso de sustancias	C5 Respuesta desfavorable al tratamiento	R5 Estrés
H6 Trastorno mental mayor		
H7 Psicopatía		
H8 Inadaptación temprana		
H9 Trastorno de la personalidad		
H10 Fracaso en previa alta o liberación		

**Intervención verbal.** La intervención verbal se hace siempre y cuando no haya signos de indicio o inminencia de agresividad. Es un diálogo enfocado a generar tranquilidad y autocontrol en el paciente, realizado por personal capacitado en el área. Esta conversación empieza desde el contacto inicial y, una vez determinado que el riesgo de agresividad no es inminente, se debe explicar al paciente la intención de ayudarlo al proponerle una solución no restrictiva. Una táctica adecuada es llamar al equipo para hacer una demostración de fuerza que puede tranquilizar al paciente[2].

Se puede ofrecer un medicamento por vía oral, explicando que es una medida que ayudará a disminuir el malestar y los síntomas que posiblemente están ocasionando la agitación.

Si el paciente responde a la intervención verbal, es posible pasar a hacer una impresión diagnóstica. Si no lo hace, es necesario utilizar medidas más restrictivas, como la inmovilización mecánica y la sedación farmacológica.

**Diagnóstico probable.** Una vez determinados los riesgos y la intervención inicial, cuando se hayan controlado las alteraciones de comportamiento del paciente, es importante tener en cuenta que el cuadro clínico puede tratarse de una enfermedad médica general que puede significar una urgencia vital, y hay que realizar un examen físico completo, centrado en los aspectos neurológicos y mentales, siempre dentro de las primeras horas de evaluación. En la tabla 3 se enumeran algunas de las urgencias psiquiátricas de origen médico y neurológico, más frecuentes.

**Tabla 3**  
**Urgencias psiquiátricas de origen médico o neurológico**

Delirio	Tumores cerebrales
Alteraciones del comportamiento en pacientes con demencia	Trastornos metabólicos
Enfermedades infecciosas	Trastornos neurológicos crónicos
Epilepsia	Traumatismos craneales
Infartos cerebrales	Abstinencia o intoxicación de algunas sustancias y medicamentos
<b>Sustancias que pueden generar alteraciones del comportamiento</b>	
Alcohol	Antipsicóticos
Cocaína	Analgésicos
Anfetaminas	Anticolinérgicos
Ansiolíticos	Esteroides
Antidepresivos	Hipnóticos

Las siguientes características pueden llevar a sospechar que la urgencia es de origen médico: inicio abrupto del cuadro clínico, fluctuaciones en el cuadro clínico y en el estado de conciencia, y hallazgos sugestivos en el examen del estado mental. Una nemotecnia que puede ayudar al examinador es “OMIJA”: orientación, desorientación primero en tiempo, posteriormente en lugar y persona; memoria, en especial, alteración de la memoria inmediata o de fijación y pueden aparecer falsos reconocimientos; inteligencia, las pruebas de abstracción se ven afectadas en pacientes que cursan con demencia o retardo mental, en general, se encuentra discalculia; juicio de realidad, se puede ver alterado con la presencia de síntomas psicóticos; atención: la hipoprosexia y distractibilidad pueden sugerir que el cuadro se trata de un delirio. Ya descartado el origen médico, se puede hacer una aproximación diagnóstica que oriente el tratamiento farmacológico inicial.

***Inmovilización mecánica.*** La restricción mecánica como procedimiento médico, está sujeta a consecuencias médico-legales y debe ser aplicada como un último recurso, debido a sus efectos deletéreos sobre la salud del paciente o del personal de salud, ya sean físicos o psicológicos[5, 6].

Se han identificado indicaciones precisas para llevar a cabo los procedimientos de restricción: alto riesgo de agresión

a otros o autoagresión que no ha mejorado con otras intervenciones, alto riesgo de daño a la planta física, por solicitud del paciente y para garantizar el estudio y tratamiento adecuados de un enfermo en estado de agitación psicomotora[5, 6].

Las contraindicaciones para los procedimientos de restricción son: condiciones que pueden exacerbarse por disminución de estímulos, por ejemplo, encefalopatías; que se utilicen como sustituto del tratamiento, como castigo, como respuesta a la negativa del paciente al tratamiento o a otras actividades, por conveniencia del personal de salud, o en lugares donde esté prohibido por guías o protocolos previamente aceptados; o que las medidas de restricción sean aplicadas por personal sin entrenamiento[5].

Lo ideal es lograr que la inmovilización no se prolongue más allá de una hora, tiempo durante el cual se deben practicar los estudios paraclínicos necesarios. Mientras dure el procedimiento, hay que revisar las extremidades y los pulsos distales, al menos cada 20 minutos.

El procedimiento adecuado para una inmovilización mecánica es el siguiente: ante una orden o señal del jefe del equipo, se procede a inmovilizar al paciente. Para tal efecto, se encarga a una persona de cada extremidad (cuatro personas) y a otra de la cabeza, debido al riesgo de mordedura. Cada uno de estos cinco inte-

grantes del equipo debe saber de antemano qué parte del cuerpo debe inmovilizar. Las extremidades se deben sujetar con ambas manos, proximalmente a las dos articulaciones distales (codo y muñeca en miembros superiores). El paciente se coloca en el piso, mientras se disponen los elementos necesarios para examen, diagnóstico o manejo[2].

**Sedación farmacológica.** Para aplicar la restricción química se debe tener en cuenta la historia médica y psiquiátrica del paciente, así como la velocidad de acción del medicamento, la historia de respuesta al fármaco, los efectos secundarios, etc. [5, 6].

La restricción química debe ser indicada por el médico tratante, y administrada y supervisada continuamente por personal especializado de enfermería. En general, la medicación oral se debe

ofrecer antes de la administración de la parenteral. Para evitar broncoaspiración, la medicación oral se debe administrar siempre cuando el paciente esté sentado o de pie[5, 6].

En Colombia, se utilizan principalmente mezclas de antipsicóticos y benzodiazepinas. Entre los primeros, se utiliza el haloperidol, la risperidona y la olanzapina y, de las segundas, el lorazepam por vía oral y el midazolam intramuscular, cuando no se cuente con la presentación parenteral del lorazepam (tabla 4).

Existen dificultades adicionales a la hora de abordar un paciente que tiene una alteración del comportamiento que genera riesgos. La primera es la presión que sobre el médico puedan ejercer los otros profesionales de la salud, los demás pacientes y la familia del afectado que se encuentren en el servicio de urgen-

**Tabla 4**  
**Medicamentos usados en sedación farmacológica**

Medicamento	Dosis	Vía de administración
Midazolam	5 mg Cada 1-2 horas	Intramuscular
Lorazepam	1-2 mg Cada 1-2 horas	Oral
Olanzapina	10 mg Dosis única	Intramuscular
Risperidona	0,5 a 1 mg	Bucodispersable



cias, ante una situación que genera temor en cualquier espectador. Esas presiones pueden inducir al médico a tomar decisiones apresuradas, que pueden no tener el mejor resultado.

Otra dificultad que se puede presentar es que el paciente le produzca miedo o rabia al médico, y este olvide su rol profesional y responda a las provocaciones generando más reacciones violentas, en lugar de estabilizar la situación. Además, hay que recordar que cualquier medida, terapéutica o no, que tome un médico tiene implicaciones médico-legales; por lo tanto, hay que actuar siempre en pro del bienestar del paciente y su seguridad, sin olvidar consignar los procedimientos y las razones para llevarlos a cabo, en la historia clínica.

La legislación en Colombia frente a los procedimientos como la hospitalización involuntaria, no era muy clara hasta el año 2009, cuando apareció la Ley 1306 que expresa:

“[...] Los pacientes con discapacidad mental absoluta solamente podrán internarse en clínicas o establecimientos especializados por urgencia calificada por el médico tratante o un perito del organismo designado por el Gobierno Nacional para el efecto o del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. El Director de la clínica o establecimiento deberá poner en conocimiento del Instituto de Bienestar Familiar, dentro

de los cinco (5) días hábiles siguientes, el ingreso del paciente internado de urgencia, relacionando los datos sobre identidad del paciente, estado clínico y terapia adoptada.

PARÁGRAFO. El internamiento de urgencia no podrá prolongarse por más de dos (2) meses, a menos que el juez lo autorice de conformidad con el artículo siguiente [...]”[7].

No existe una legislación específica sobre la inmovilización mecánica y la sedación farmacológica, pero, dado que con estos procedimientos se pone en un estado de vulnerabilidad a la persona, se deben consignar claramente en la historia clínica las razones para practicar este tipo de tratamiento restrictivo, para evitar futuras demandas médico-legales.

Una tercera situación que genera conflictos es la presencia de un paciente armado o tenerlo al frente. Es importante optimizar las medidas de seguridad al ingresar a los hospitales, con dispositivos que detecten objetos metálicos y armas, para reducir los riesgos[2]. Si, a pesar de ello, el paciente logra burlar las medidas de seguridad, hay que evitar maniobras heroicas que pueden arriesgar la seguridad personal o de los demás y dar aviso a las autoridades en lugar de intentar abordar el paciente. En caso de que un paciente armado pida salir del hospital, es mejor no detenerlo y avisar a la policía prontamente.

En Colombia, pocos lugares cuentan con una infraestructura adecuada para atender un paciente con alteraciones del comportamiento. Es común tener que entrevistarlos en el pasillo de urgencias cuando el servicio se encuentra saturado y los consultorios no tienen las mejores características que optimicen la seguridad del personal de salud que lo atiende, del paciente y de sus acompañantes. Esta carencia de la infraestructura adecuada, genera otra dificultad en el abordaje del paciente agresivo.

Las características del consultorio ideal para la atención de urgencias psiquiátricas son (2): tener dos puertas sin seguros; tener un botón de pánico; tener las paredes acolchonadas; tener los muebles fijados al piso; no usar adornos en el consultorio; no se deben tener objetos potencialmente peligrosos.

## Conclusiones

Abordar al paciente violento genera dificultades en el personal de salud, relacionadas con la falta de entrenamiento durante su periodo de formación en las habilidades necesarias para lograr un control adecuado de la situación, sin exponerse al riesgo de salir lesionado o de realizar alguna práctica inadecuada que genere un riesgo médico-legal. Mediante un adecuado conocimiento de las mejores acciones frente a este tipo de pacientes, y teniendo en mente la necesidad de trabajar en equipo en busca de la

seguridad propia y de las otras personas presentes en el servicio de urgencia, se puede lograr un abordaje inicial adecuado que, incluso, evite llegar a medidas restrictivas innecesarias que ponen en riesgo al paciente.

## Bibliografía

1. Mantilla C, Rodríguez M, Paz A. Guías básicas de atención médica prehospitalaria. Urgencia psiquiátrica. Centro Regulador de Urgencias. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá [Internet]. [Citado 2011, nov. 28] Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/Libroguibasicaprehospitalaria/Urgenciaspsiquiatricas.htm>.
2. Escobar-Córdoba F. *Módulo de atención de emergencias psiquiátricas en cuidado médico primario*. Bogotá: Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. 2003.
3. República de Colombia, decreto 412 de 1992. *Diario Oficial* No. 40.368, 6 de marzo de 1992.
4. Folino JO. El riesgo de violencia en la emergencia médica. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2006;(3):1-8.
5. Guevara-Narváez C, Escobar-Córdoba F, Fontecha J. Restricción en pacientes agitados atendidos en cuidado básico primario. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 2004;52:199-211.
6. Fernández-Gallego V, Murcia-Pérez E, Sinierra-Aquilino J, Casal-Angulo, C, Gómez-Estarlich M. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*. 2009;21:121-32.
7. República de Colombia, Ley 1306 de 2009. *Diario Oficial* No. 43.371, 5 de junio de 2009.