



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO



**QUERÉTARO**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
**Juntos, Adelante.**

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN CASOS DE AGITACIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y  
ADOLESCENTES DEL CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL  
“CARMELITA BALLESTEROS”**

**ÍNDICE**

1.-	PROEMIO	2
2.-	PRESENTACIÓN	2
3.-	JUSTIFICACIÓN	2
4.-	OBJETIVO	4
4.1.-	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
4.2.-	ÁMBITO Y RESPONSABLES DE APLICACIÓN	4
5.-	GLOSARIO	4
6.-	<u>CAPITULO 1. CONSIDERACIONES GENERALES</u>	5
7.-	MARCO JURÍDICO	6
8.-	PRINCIPIOS	7
9.-	<u>CAPITULO 2: CONCEPTOS PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES DE CRISIS MARCO TEÓRICO</u>	8
10.-	MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS	11
11.-	<u>CAPITULO 3: PRIMERAS MEDIDAS DESESCALADA VERBAL</u>	12
12.-	CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA	13
13.-	CONTENCIÓN FÍSICA/ SUJECIÓN TERAPÉUTICA	13
14.-	VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ	14
15.-	SUJECIÓN TERAPÉUTICA Y TRASLADO	15
16.-	DIRECTORIO DE ATENCIÓN EN CASOS DE EMERGENCIA	17
17.-	<u>CAPITULO 4: MEDIDAS PARA EL MANEJO DE CRISIS Y AGITACIÓN PSICOMOTRIZ</u>	18
18.-	TRASLADO DEL NNA	20
19.-	DEL AISLAMIENTO Y RESTRICCIÓN FÍSICA	21
20.-	MONITOREO	22
21.-	ATENCIÓN POSTERIOR A LA CRISIS	23
22.-	EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO	24
23.-	TRANSITORIOS	25
24.-	ANEXOS	27
25.-	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



## 1. PROEMIO

De acuerdo a lo establecido con los artículos 2 fracciones VI y XVII, 8 fracción II y el 19 fracción I de la Ley del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro; 45, 111 fracción V, 114 fracción XXIII de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Querétaro, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro, tiene la facultad para proponer al titular del Poder Ejecutivo del Estado, a través de la Secretaría de Gobierno, la emisión o modificación de reglamentos y demás ordenamientos legales que tengan relación con las atribuciones del Sistema, es por ello que se propone el presente instrumento con el que se busca aportar una herramienta y recomendaciones para la protección a las Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) institucionalizados, así como a todo el personal adscrito al Centro de Asistencia Social (CAS) “Carmelita Ballesteros”, para actuar en situaciones de Agitación, y a su vez con la finalidad de que sirva como un modelo base que puedan incorporar otras instituciones a sus necesidades.

## 2. PRESENTACIÓN

La realización del presente protocolo ha supuesto la coordinación interinstitucional como la integración de equipos multidisciplinarios, a fin de realizar mesas de trabajo para la construcción del presente protocolo.

Es por ello que se ha contado con la participación de instituciones con la finalidad de generar opiniones comentarios y/o observaciones, las cuales son:

- I. Centro Estatal de Salud Mental (CESAM).
- II. Defensoría de los Derechos Humanos de Querétaro.
- III. Asociación Maximiliano María Kolbe I.A.P.
- IV. Casa Hogar San Pablo I.A.P.
- V. Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro.

Es importante destacar que la participación del equipo multidisciplinario, el cual está conformado por profesionistas en las materias de psicología, trabajo social, enfermería, medicina y paidopsiquiatría, se instruyen con la finalidad de dar atención a NNA en casos de agitación al interior del CAS “Carmelita Ballesteros”.

El presente protocolo incorpora aspectos específicos de la atención de las NNA que se encuentran a disposición del CAS “Carmelita Ballesteros”. Tomando en consideración que el presente servirá como una herramienta que estandariza procedimientos de actuación frente a una situación específica en un ámbito determinado, sirva éste de utilidad para todos aquellos profesionales interesados, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro, pone a disposición del resto de CAS, el resultado del presente trabajo a fin de ser una herramienta base que puedan incorporar acorde a sus necesidades.

Es por lo que la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes de Estado de Querétaro, así como los CAS Públicos y Privados, no cuentan con un instrumento que disponga acciones para la intervención en casos de agitación de NNA, y que establezca la ruta crítica de intervención en cada una de las áreas; sujetándose a los ordenamientos jurídicos aplicables salvaguardando la integridad y/o derechos de las NNA.



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



### 3. JUSTIFICACIÓN

El artículo 20 de la Convención sobre los Derechos del Niño, dispone que los niños que temporal o permanentemente permanezcan privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especial del Estado.

De conformidad con los artículos 1º y 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y los demás Tratados Internacionales de los que México es parte, el Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro, en coordinación con la Procuraduría, partiendo de sus facultades y atribuciones, se encuentran facultados para respetar, proteger, promover y garantizar la satisfacción de las necesidades de alimentación, salud, educación y esparcimiento de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en situación de vulnerabilidad y puestos a disposición de la Procuraduría, debiendo aplicar en todo momento las medidas administrativas y sociales apropiadas para brindar la protección y restitución de todos sus derechos.

Que de acuerdo al artículo 121 párrafo 4º de la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes entre otros dispositivos jurídicos, dispone que la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes será la unidad administrativa encargada de determinar y coordinar en su ejecución y dar seguimiento, a medidas de protección; cuyo alcance sea garantizar y restituir el catálogo de derechos, de modo tal que, mediante un trato diferenciado, la infancia pueda tener un pleno goce de sus derechos.

La protección integral de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes es una tarea fundamental, que requiere de servicios integrales y multidisciplinarios encaminados a la garantía y la restitución de derechos, a través de una atención que propicie su desarrollo y autonomía progresiva, máxime tratándose de vulneraciones o restricciones a sus derechos, privilegiando en todo momento su interés superior.

En los últimos años (2020-2023) se ha percibido un aumento considerable en las Niñas, Niños y Adolescentes que son puestos a disposición en el CAS "Carmelita Ballesteros" siendo que en el año 2020 el total fue de 309 Niñas, Niños y Adolescentes en el transcurso del año y en el año 2023 el total fue 459 Niñas, Niños y Adolescentes, sin embargo, el incremento más significativo fue en el año 2021 con un total de 487 Niñas, Niños y Adolescentes puestos a disposición en el CAS "Carmelita Ballesteros", derivado que se han identificado mayores factores de riesgo en las dinámicas familiares que vulneran los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

A su vez, el incremento en la población ha supuesto un mayor número de Niñas, Niños y Adolescentes que presentan alguna patología o dificultades conductuales.

Con la finalidad de lograr una efectiva función protectora de la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Querétaro, es necesario articular diversos mecanismos y dotar de herramientas que brinden mejores resultados en la toma de decisiones para la protección, ayuda, asistencia, atención, acceso a la justicia y restitución de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en situación de vulnerabilidad colocados en resguardo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro y acogidos por los CAS.

Las Niñas, Niños y Adolescentes institucionalizados son considerados un grupo vulnerable, por lo que, atendiendo al interés superior de la niñez, amerita una protección reforzada por parte de las instituciones públicas y privadas. Por lo que el presente documento pretende garantizar el derecho



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



al desarrollo de bienestar, así como una vida libre de violencia e integridad de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Por ello, el presente Protocolo busca establecer los mecanismos de coordinación para la atención inmediata de las Niñas, Niños y Adolescentes institucionalizados en el CAS “Carmelita Ballesteros” asegurándose que dichas acciones sean atendiendo al interés superior de la niñez, analizando y evaluando cada caso en particular.

#### 4. OBJETIVO

El presente Protocolo tiene como objetivo, generar y proveer acciones coordinadas entre el personal operativo del Centro de Asistencia Social “Carmelita Ballesteros”, entre ellos área médica, psicología, trabajo social, preceptoría; proporcionar herramientas operativas y recomendaciones para la protección a los NNA institucionalizados, así como a todo el personal adscrito al CAS “Carmelita Ballesteros”, para actuar en situaciones de Crisis.

##### 4.1.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El manejo del presente Protocolo deberá ser interno para el personal del CAS “Carmelita Ballesteros”, dirigiendo sus actuaciones conforme al principio del interés superior de la niñez, para lograr lo siguiente:

- I. Contar con herramientas y técnicas de intervención para situaciones críticas dentro de CAS “Carmelita Ballesteros”.
- II. Contar con el conocimiento mínimo para la intervención en crisis y agitación de manera segura.
- III. Garantizar la efectividad de las intervenciones y disminuir los riesgos en situaciones de crisis y agitación.
- IV. Prevenir lesiones a NNA y a otras personas del CAS “Carmelita Ballesteros”.

##### 4.2.- ÁMBITO Y RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN

El presente protocolo, se dirige al personal de la **Procuraduría**, particularmente a los equipos multidisciplinarios (**preceptora, enfermera, psicóloga, paidopsiquiatra, médica, trabajadora social, pedagoga y área jurídica, seguridad privada, entre otros**), que se encuentran a cargo de la atención de los NNA en el CAS “Carmelita Ballesteros”; en aquellos casos donde los NNA presenten una situación de crisis.

#### 5. GLOSARIO

**AGITACIÓN PSICOMOTORA:** Aumento de la actividad mental y motora, tornándose desorganizada e incontrolable y, por lo tanto, peligrosa para el usuario y para los demás. Puede ser de origen orgánico o generado por una enfermedad psiquiátrica subyacente.

**CAS:** Acrónimo para referirse a los Centros de Asistencia Social, establecimiento, lugar o espacio de cuidado alternativo o acogimiento residencial para niñas, niños y adolescentes sin cuidado



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



parental o familiar que brindan instituciones públicas, privadas y asociaciones.<sup>1</sup>

**CASIC:** Modelo de intervención en crisis que evalúa a la persona como un sistema, en el cual entran en juego variables cognoscitivas, de comportamiento, afectivas, interpersonales y del funcionamiento físico, en general, que se denomina CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo).

**CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA:** Elección del fármaco que se va a utilizar y la vía de administración que dependerá del grado de agitación y el diagnóstico realizado.

**CONTENCIÓN FÍSICA/SUJECCIÓN TERAPÉUTICA:** Son elementos de protección que se usan con el objetivo de limitar la actividad física del paciente o parte del cuerpo.

**CRISIS:** Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikau, 1988).

**INTERVENCIÓN EN CRISIS:** Se trata de una intervención dirigida a auxiliar a la persona y su familia a procesar un evento traumático con el objetivo de ayudarlo a procesar el impacto emocional y físico y favorecer el desarrollo de nuevas habilidades para afrontar la vida (Slaikau, 1996).

**NNA:** Niñas, Niños y Adolescentes.

**PAP:** Primeros Auxilios Psicológicos.

**Procuraduría:** La Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Querétaro.

**TRASTORNO PSICOLÓGICO:** Alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo.

## 6. CAPÍTULO 1 CONSIDERACIONES GENERALES

El presente protocolo tiene por objeto ofrecer orientación técnica y pautas para la intervención y manejo del personal para atender una crisis de NNA.

“La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente, que puede tomar de 1 a 6 semanas”. (Caplan, 1964)

Dentro del presente protocolo se describen diversos conceptos y un modelo amplio para la intervención en crisis, seguido por descripciones de primera instancia: PAP y de segunda instancia: terapia multimodal para crisis.

Dicho protocolo será abordado por dos vías: la atención psicológica y la atención médica; partiendo desde una crisis psicológica hasta una agitación psicomotriz.

---

<sup>1</sup> Artículo 4, fracción V de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



- Una **crisis** psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual. (Benveniste, 2000)
- La **agitación psicomotriz** es un síndrome englobado en los trastornos de conducta, que está caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado, acompañado de alteraciones en la esfera emocional. El estado de ánimo de la NNA agitados se puede manifestar como: nervioso, eufórico, colérico, con llanto o gritos incontrolables.

Su desencadenamiento puede ser imprevisto, por lo que será de suma importancia buscar la causa.

Llevada al extremo, la agitación puede dar lugar a agresiones verbales (insultos), amenazas verbales y/o físicas, hasta suponer un grave riesgo tanto para NNA, (autoagresión), como para el personal del CAS “Carmelita Ballesteros” (heteroagresión). Es por esto que precisa de una intervención inmediata, siendo con frecuencia las condiciones en las que nos enfrentamos a ella (presión del medio, estado del paciente, temor que genera en los profesionales y apremio para tomar una decisión) poco favorables para realizar una valoración adecuada.

La existencia de un protocolo facilita la actuación socio-sanitaria y aumenta la seguridad de las NNA y el personal, velando además por la aplicación de la mejor práctica clínica y el respeto de los derechos de las NNA.

## 7. MARCO JURÍDICO

El presente Protocolo de intervención tiene como sustento jurídico principal, los ordenamientos legales siguientes:

### INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

- Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño de 1924.
- Declaración de los Derechos del Niño.
- Declaración sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los Niños.
- Convención sobre los derechos del Niño de 1990.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos.

### INSTRUMENTOS NACIONALES

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- La Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley de Asistencia Social.
- Reglamento de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- La Ley General de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Fecha de publicación en el Diario oficial de la Federación el 15 de diciembre 2014.
- Norma Oficial Mexicana 167-SSA1-1997 para la prestación de servicio de asistencia social



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



para menores y adultos mayores. Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre 1998.

## INSTRUMENTOS LOCALES

- Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro.
- Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Querétaro.
- Ley de Salud del Estado de Querétaro.

## 8. PRINCIPIOS

Para la efectiva protección de los derechos de NNA, las autoridades, ejecutoras y funcionarios adscritos a la Procuraduría, en el ámbito de sus respectivas competencias, conducirán al ejercicio de sus funciones, actuaciones y actividades tales como: interculturalidad, corresponsabilidad de los miembros de la familia y la sociedad, transversalidad en la legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales, así como, el derecho al adecuado desarrollo evolutivo de la personalidad, conforme a los principios rectores y acciones descritas en el presente instrumento:

- **Interés superior de la niñez;** Principio central para tomar decisiones desde el enfoque de derechos de NNA, para su desarrollo y pleno ejercicio de sus derechos, por lo tanto, es esencial para la elaboración de Planes de Restitución de Derechos y de ser necesario la emisión de Medidas de Protección Integral, para la Restitución de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, apegadas a lo dispuesto por la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- **Igualdad sustantiva:** consiste en el derecho al acceso al mismo trato y oportunidades para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- **No discriminación:** Las NNA tienen derecho a no ser sujetos de discriminación alguna ni de limitación o restricción de sus derechos, en razón de su origen étnico, nacional o social, idioma o lengua, edad, género, preferencia sexual, estado civil, religión, opinión, condición económica, circunstancias de nacimiento, discapacidad o estado de salud o cualquier otra condición atribuible a ellos mismos o a su madre, padre, tutor o persona que los tenga bajo guarda y custodia, o a otros miembros de su familia.
- **Inclusión:** se refieren a la creación de un entorno donde todos sean aceptados y respetados sin importar su origen, cultura o creencias, o una discapacidad de razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, intelectual, capacidad sensorial o mental ya sea permanente o temporal. Estos principios promueven la igualdad sustantiva y la diversidad para una mejor convivencia.
- **Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo:** Todo NNA tiene el derecho intrínseco a la vida, es por lo que las Niñas, Niños y Adolescentes deberán disfrutar de una vida plena en condiciones acordes a su dignidad y que garanticen su desarrollo integral.
- **Participación:** NNA tienen derecho a expresar su opinión libremente y a ser escuchados en cualquier ámbito de la vida, tomando en cuenta su edad, desarrollo evolutivo, cognitivo y



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



madurez, incluso en procesos jurisdiccionales de los que formen parte con la información y acompañamiento necesarios en cualquier decisión que pueda afectarlos.

- **Autonomía progresiva:** de acuerdo a la Suprema Corte de Justicia, la autonomía progresiva puede ser concebida como un principio que habilita las decisiones que las NNA pueden tomar por sí solos, el ejercicio se realiza de manera paulatina en medidas de su grado de desarrollo, de madurez y del medio social.
- **Principio pro persona:** se refiere a que en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley.
- **Acceso a una vida libre de violencia:** las NNA tienen derecho a vivir una vida libre de toda forma de violencia y a que se resguarde su integridad personal, a fin de lograr las mejores condiciones de bienestar y el libre desarrollo de su personalidad.
- **Perspectiva de género:** Implementar medidas acordes a la protección de derechos de trato igual a las mujeres sin ningún tipo de distinción.
- **Protección de los derechos humanos:** Respeto a la dignidad de NNA, garantizando que las decisiones que se tomen a favor de la infancia y la adolescencia garanticen la protección más amplia, conforme el principio pro-persona, promoviendo, respetando y protegiendo sus derechos.
- **Accesibilidad:** no se podrá negar o restringir la inclusión de NNA con discapacidad, el derecho a la educación ni su participación en actividades recreativas, deportivas, lúdicas o culturales en instituciones públicas, privadas y sociales.

## 9. CAPÍTULO 2 CONCEPTOS PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES DE CRISIS

### MARCO TEÓRICO

A continuación, se desarrollan algunas nociones teóricas que se deben considerar para intervenir en las situaciones de crisis.

En un sujeto que atraviesa una crisis es posible observar una intensa afectación emocional que se manifiesta ante una situación determinada. Se pueden describir estados de tensión, ineficacia e impotencia, desamparo, confusión, tristeza, desasosiego, ansiedad o desorganización. Pueden estar presentes síntomas físicos tales como cansancio, agotamiento, agitación, entre otros.<sup>2</sup>

Una **crisis psicológica** ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual.

Las crisis se dividen en dos vertientes:

- **Crisis vitales durante el desarrollo:** Preocupaciones en el curso del ciclo vital, transiciones familiares y crisis en la mitad de la vida.

<sup>2</sup> Zeferino, María Terezinha; Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental.ed. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa; Brasil 2014. ISBN: 978-85-8328-020-0



- **Crisis circunstanciales en la vida:** Salud, muerte repentina, crimen, desastres naturales y provocados por el hombre, guerra y hechos relacionados, familia y economía.

NNA tras una situación crítica, pueden presentar estados de crisis caracterizados por algunos síntomas en mayor o menor medida. **Deberá ser importante contemplar que, según el grupo de población, las manifestaciones de dichas crisis pueden ser diferentes y por eso las intervenciones podrán diferir, por lo que es necesario evaluar cada caso particular.** Entre estas poblaciones están NNA, adultos mayores, personas con discapacidad, pacientes psiquiátricos y pacientes crónicos.

A continuación, se enlistan algunos de los signos y síntomas que pueden aparecer ante una situación de crisis, cabe mencionar que a partir de la aparición del primer signo o síntoma irán en escalada con la aparición de más.

<b>Signos y síntomas de una reacción psicológica ante una situación de crisis (Mitchell, 1986)<sup>3</sup></b>			
<b>Emocionales</b>	<b>Cognitivos</b>	<b>Comportamentales</b>	<b>Fisiológicos</b>
Ansiedad anticipatoria	Culpabilización	Hiper o hipoactividad	Hipersudoración
Ansiedad generalizada	Preocupación	Trastornos del habla (verborrea, mutismo)	Palpitaciones
Reacciones de pánico	Bloqueo Mental	Inhibición	Taquicardia
Shock	Sensación de pérdida de control	Desconfianza	Hiperventilación
Miedo	Negación	Trastornos de la alimentación	Opresión torácica
Sentimientos de culpa	Amnesia	Abuso en la ingesta de tóxicos (alcohol, drogas)	Tensión muscular
Enfado	Confusión	Alteraciones del sueño	Cefalea
Rabia	Ideación autolítica	Fatiga	Midriasis
Irritación	Sensación de impotencia	Agresividad	Sensación de ahogo
Hostilidad abdominal	Dificultades de atención	Actos antisociales	Mareos
Rencor	Dificultades de concentración	Hipocondriasis	Nauseas, malestar
Tristeza	Dificultades en la toma de decisiones	Cambio o pérdida de rol social	Parestesias
Depresión	Alteraciones de la alerta	Lloros	Escalofríos y temblores.
Aflicción	Desorientación tiempo-espacio	Gritos	
Desesperación	Alteraciones de la conciencia	Aislamiento	
	Sensación de extrañeza o irrealidad		

Dichas crisis pueden evidenciar agitación psicomotriz, la cual constituye una serie de síntomas cognitivos y conductuales, y que pueden escalar en gravedad clínica de forma menos a más graves e incluso tornarse violentas; lo cual vuelve imprescindible que su manejo se realice de manera eficaz y oportuna para evitar su progresión.

Se pueden dividir en 5 grupos, los cuales son las causas que pueden determinar una agitación psicomotriz:

<sup>3</sup> Mitchell, JT. "When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process." JEMS. (1986).



- **Tóxica.** Se encuentra el uso e ingesta de drogas.
- **Neurológica.** Son lesiones estructurales, suele existir un antecedente de trauma: encefalocraneano, hemorragias subaracnoideas u subdurales y tumores.
- **Infecciosa.** Extensión de infecciones al Sistema Nervioso Central, patologías infecciosas (meningitis o encefalitis).
- **Metabólica.** Hipoglucemias y alteraciones hidroelectrolíticas.
- **Trastornos psicológicos.** Esquizofrenias y otras psicosis, trastornos del espectro autista (TEA), trastornos de ansiedad y/o del ánimo.

**Diagnóstico diferencial entre agitación orgánica y agitación psiquiátrica.**

	<b>Agitación orgánica</b>	<b>Agitación psiquiátrica</b>
<b>Nivel de conciencia</b>	Fluctuante, alteración de conciencia (obnubilación sobre todo nocturna)	No suele fluctuar. Conciencia clara
<b>Comportamiento</b>	Inquieto, actitud exigente, vocífera, demanda ayuda	Puede existir hostilidad o agresividad verbal hacia los demás
<b>Hablar (“forma”)</b>	Discurso incoherente	Tono elevado, verborreico, disgregado, fuga de ideas en episodio maníaco
<b>Humor</b>	Fluctuante, lábil	Disforia o euforia
<b>Contenido del pensamiento</b>	Confusión mental, alucinaciones visuales, delirio + actividad ocupacional, ideación delirante	Alucinaciones auditivas, ideación delirante en esquizofrenia o trastornos delirantes o megaloides en la manía
<b>Estado cognitivo</b>	Desorientación tempore espacial, amnesia completa de episodio	Orientación tempore espacial generalmente no afectada
<b>Otros datos</b>	Taquicardia, taquipnea, fiebre, focalidad neurológica	Antecedentes psiquiátricos, incluidos ingresos previos

Debe tenerse en cuenta que la agitación psicomotriz suele ser precedida de algunos cambios conductuales, **estos cambios conductuales se consideran señales de alarma y son los siguientes:**

<b>HABLA</b>	<b>INTERPERSONAL</b>	<b>PSICOMOTOR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volumen alto</li> <li>• Velocidad aumentada</li> <li>• Lenguaje soez o malas palabras</li> <li>• Discurso hostil</li> <li>• Contradecir, alegar</li> <li>• Poca cooperación</li> <li>• Respuestas impulsivas, irritables</li> <li>• Expresar falta de confianza en el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amenazas (hacia uno mismo o a otros)</li> <li>• Reacciones de miedo, incluyendo pobre contacto visual</li> <li>• Negativismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimientos voluntarios o semivoluntarios repetitivos, caminar de un lado a otro, inquietud en piernas, cambios constantes de postura</li> <li>• Incapacidad para dormir</li> <li>• Romper papel, jalarse o rasgarse la ropa</li> <li>• Tensión muscular</li> <li>• Manierismos (abrir y cerrar puertas, repetir preguntas)</li> <li>• Invasión del espacio personal del entrevistador</li> </ul>



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

Uniendo corazones



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO



**QUERÉTARO**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
**Juntos Adelante.**

personal		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ceño fruncido</li> <li>● Labios apretados</li> <li>● Manos en puño</li> <li>● Hiperventilación</li> </ul>
----------	--	--

## 10. MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.

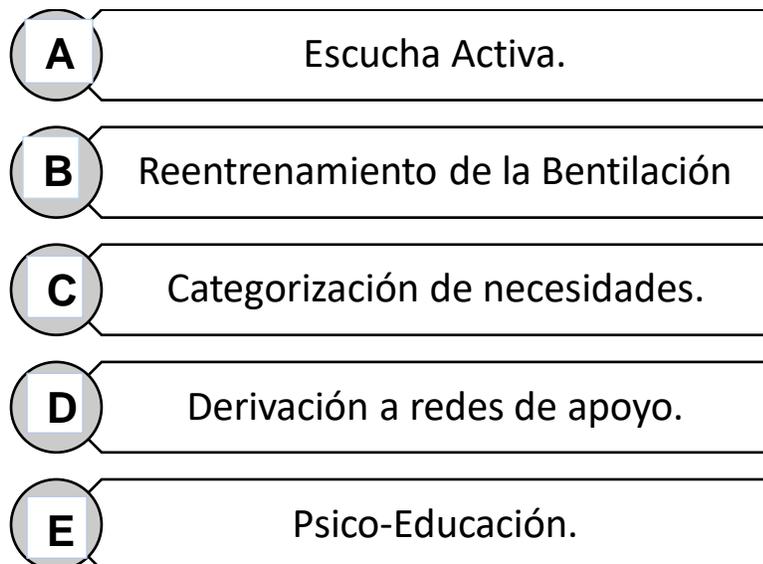
Para llevar a cabo dicho modelo de intervención, es de suma importancia que **TODO EL PERSONAL** del CAS “Carmelita Ballesteros” cuente con los conocimientos y las capacitaciones pertinentes en PAP para poder fungir como primeros respondientes.

Las crisis tienen comienzos identificables, los cuales son:

1. **Fase aguda.** Se producen estados afectivos intensos.
2. **Fase de reacción.** Dura de una a seis semanas, se producen reacciones tardías.
3. **Fase de reparación.** Dura de uno a seis meses. Las reacciones son menos intensas.
4. **Fase de reorientación.** Se llega a asimilar e integrar la situación vivida.

**Intervención de primera instancia:** PAP, los cuales son una técnica de apoyo humanitario para personas NNA que se encuentran en situación de crisis; que tienen como objetivo recuperar el equilibrio emocional y prevenir el desarrollo de secuelas psicológicas como facilitar la adaptación a su entorno. Esta primera intervención es llevada a cabo en la fase aguda y la fase de reacción.

Se encuentran organizados en 5 letras:



4

<sup>4</sup> Cortés P, Figueroa R. Manual ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos. En crisis individuales y colectivas. Chile.



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*

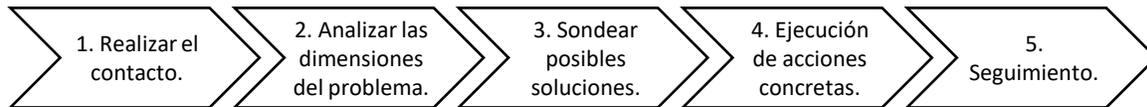


PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO



**QUERÉTARO**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
**Juntos Adelante.**

Puede realizarlo cualquier persona que tenga conocimiento sobre PAP y crisis. Se lleva a cabo en una sola sesión y se desarrollan cinco componentes:



**Intervención en segunda instancia:** Terapia multimodal para crisis. Puede durar semanas o meses, su objetivo es la resolución de la crisis y es un proceso terapéutico breve. Dicha intervención se lleva a cabo en la fase de reparación y reorientación.

- Transbordar el incidente de crisis.
- Integrar el incidente en la trama de la vida.
- Establecer la apertura/disposición para encarar el futuro.

## 11. CAPÍTULO 3 PRIMERAS MEDIDAS

### DEESCALADA VERBAL

Dentro de las estrategias a implementar, se contemplarán las técnicas de desescalada verbal.

Entendiéndose por desescalada verbal, *una estrategia de aproximación al paciente agitado buscando reducir progresivamente su nivel de activación; estableciendo contacto verbal.*

- A. El personal del CAS “Carmelita Ballesteros” deberá de asumir una actitud respetuosa, tranquila y segura.
- B. La aproximación al paciente debe ser con cautela, pero sin manifestaciones de miedo. En el caso de un NNA potencialmente violento, la distancia para la aplicación de la técnica deberá ser entre 2 y 3.5 metros.
- C. El personal del CAS “Carmelita Ballesteros” debe presentarse en actitud de escucha y seguridad, utilizando un lenguaje corporal que transmita la sensación de calma: mantener la espalda erguida, manos abiertas y visibles, sin ningún objeto en ellas, rodillas semiflexionadas (dependiendo de la altura y edad del NNA) y expresión facial de calma.
- D. El personal del CAS “Carmelita Ballesteros” debe evitar la confrontación y manifestaciones de afectos como: ira, fastidio, burla e incluso temor hacia el NNA; ya que podrían desencadenar la agitación motriz y conductas agresivas.
- E. Solo el personal del CAS “Carmelita Ballesteros” que tenga conocimiento sobre PAP, establecerá el contacto con el NNA, el resto del personal, de encontrarse presente, deberá evitar interrupciones. En caso de que el primer respondiente no logre establecer comunicación, puede ser sustituido por otro miembro del equipo que se considere con mayor habilidad o una relación de cercanía con el NNA.
- F. El personal del CAS “Carmelita Ballesteros” debe usar un lenguaje claro y sencillo, dirigiendo la expresión de las demandas y sentimientos del NNA, a través de preguntas abiertas y manteniendo un vocabulario simple a través de un tono de voz calmado y suave.



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



- G. El personal del CAS “Carmelita Ballesteros” debe omitir en todo momento realizar promesas al NNA para aminorar sus síntomas sino se podrán cumplir dichas promesas. Deberán de seguir los lineamientos y reglamentos de la institución.
- H. En caso de conflicto familiar, el personal del CAS “Carmelita Ballesteros” debe separar al NNA de los acompañantes y/o visitas que le generan rechazo.
- I. El personal del CAS “Carmelita Ballesteros” debe establecer acuerdos/desacuerdos, límites, entre otros de forma razonable y respetuosa; buscando explicar qué comportamientos son aceptables y cuáles no, como las consecuencias de los mismos.
- J. De no ser posible dar respuesta a las demandas del NNA, el personal del CAS “Carmelita Ballesteros” debe ofrecer alternativas, que puedan ser percibidas como actos de amabilidad: actividades de confort, entretenimiento, entre otros.
- K. Evitar utilizar frases como: “tranquilo, todo estará bien, no llores, etc.”
- L. Acorde a la edad del NNA se pueden cantar melodías suaves, que se identifiquen apoyen a la regulación emocional.

## 12. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

Las medidas de contención farmacológica se aplicarán cuando las medidas de intervención en crisis no han sido efectivas para controlar a la NNA. Será necesario realizar una evaluación del estado clínico del NNA como la revisión del expediente del mismo.

Si fuera factible la pauta farmacológica, **siempre dirigida por el paidopsiquiatra**, se deberá tomar en consideración que:

- I. Su uso exclusivamente queda reservado al momento en que la contención verbal no sea eficaz.
- II. Debe utilizarse la menor dosis posible que permita tranquilizar al NNA lo suficiente para disminuir el riesgo de daño sin que pierda la conciencia.

**NOTA: Únicamente el paidopsiquiatra es quien puede suministrar fármacos y autorizar una contención física o sujeción terapéutica siendo que es un procedimiento que solo podrá ser llevado a cabo por el especialista derivado de las consideraciones e implicaciones clínicas de las mismas. El resto del personal NO podrá llevar a cabo ninguno de los procedimientos, ni recibir indicaciones a través de algún medio digital: ÚNICAMENTE Y EXCLUSIVAMENTE SERÁ EN PRESENCIA Y AUTORIZACIÓN DEL PAIDOPSIQUIATRA.**

## 13. CONTENCIÓN FÍSICA/SUJECIÓN TERAPÉUTICA.

Son elementos de protección que se usan con el objetivo de limitar la actividad física del paciente o parte del cuerpo.

Está indicada en conductas violentas de un NNA para sí mismo o para los demás, en la agitación no controlable con medicamentos, negativa a portar sondas, situaciones que representen una amenaza para su integridad física, por su negativa a cubrir necesidades básicas: alimentos, descansar, hábitos higiénicos, recibir medicación, entre otras.



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

Uniendo corazones



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO



**QUERÉTARO**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
**Juntos Adelante.**

Este procedimiento puede dividirse en distintos tipos, los cuales son:

- I. **Sujeción completa:** Implica inmovilización de cintura y las 4 extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las 4 extremidades en diagonal. MSD (miembro superior derecho), MI (miembro inferior izquierdo), MSI (miembro superior izquierdo) y MID (miembro inferior derecho).
- II. **Sujeción parcial:** implica la inmovilización de cintura y 2 extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las 2 extremidades superiores MSD (miembro superior derecho) y MSI (miembro superior izquierdo).
- III. **Sujeción de cintura:** solo se aplicará en caso de riesgo de caída.

**Se deberá garantizar la seguridad del NNA, evitando autolesiones y lesiones de quienes le rodean (personal de seguridad, del área de enfermería, preceptoría, y el resto del personal del CAS “Carmelita Ballesteros”), impedir en el caso de que tenga, la manipulación de otras medidas (vías, sondas, administración de medicación, monitoreo que son necesarias en cuadros de agitación; o en otras situaciones médicas).**

La sujeción se debe de utilizar como último recurso, y cuando los beneficios potenciales son mayores; será un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del NNA o resulte efectiva la sedación farmacológica.

El método más utilizado y más efectivo es la inmovilización mediante sujetadores de tela son a los **PACIENTES SUSCEPTIBLES A SUJECIÓN TERAPÉUTICA.**<sup>5</sup>

#### 14. VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.

Se implementará un instrumento de evaluación para valorar la intensidad de la agitación psicomotriz para la NNA. **(Ver Anexo 2).** Cabe resaltar que dicho instrumento es obtenido del Protocolo de Contención de usuario con agitación psicomotora realizado por el Hospital San Pablo o Coquimbo, sin embargo, dentro del mismo se hacen modificaciones acordes al grupo de población al que irá dirigido el presente protocolo.

Puntuación	Equivalencia
1	Ausente
2	Mínimo
3	Leve
4	Moderado
5	Moderadamente grave
6	Severo
7	Extremo

Puntuación	Descripción
1	Conducta definida esté ausente
2	No haya seguridad sobre su presencia ni sobre su ausencia
3-7	Se encuentre presente. Se escogerá en función de la que mejor describa la

<sup>5</sup> Grupo de trabajo de contención mecánica. Protocolo de Contención Mecánica. Hospital 12 de octubre de Madrid. 2003



	conducta.
--	-----------

El rango de puntuaciones oscila entre la mínima con 5 puntos (**ausencia absoluta de cualquier signo de agitación**) a 35 puntos (**gravedad máxima**). Un puntaje mayor a 10 puntos indicará que el paciente cursa con algún grado de agitación psicomotora.

Gravedad de la agitación	Puntuación escala PEC
Cuestionable	5-10 puntos
Leve	11-15 puntos
Moderada	16-20 puntos
Moderadamente grave	21-25 puntos
Grave	26-30 puntos o ítem "control de impulsos" mayor a 4 puntos*
Extremadamente grave	31-35 puntos

(\*) Dada la estrecha relación entre el déficit de control de impulsos y la posibilidad del paso a un cuadro de agitación psicomotora, se ha determinado que una puntuación superior a 4 puntos en este ítem debe ser considerada como agitación grave e instaurarse las medidas pertinentes.<sup>6</sup>

Gravedad de la agitación	Intervenciones
Leve	Aumento de la frecuencia de observación Contención ambiental Contención verbal
Moderada	Todo lo anterior y además: Contención farmacológica/física parcial
Moderadamente grave	Todo lo anterior y además: Contención física parcial Llamada a 9-1-1 para recibir apoyo, como se menciona anteriormente.
Grave	Todo lo anterior y además: Contención física total
Extremadamente grave	Todo lo anterior y además: Traslado a una institución de salud para su atención, como Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer y/u Hospital General del Estado de Querétaro.

## 15. SUJECIÓN TERAPÉUTICA Y TRASLADO

A) Si es una NNA que colabora y cuyo estado lo permite y desea ir a pie; para acompañarle a la habitación, o a un lugar seguro donde se pueda dialogar con él/ella, pueden ser suficiente dos personas que le sujeten por las axilas empujando hacia arriba, y por la muñeca, tirando hacia abajo. Esta maniobra se realizará con la suficiente firmeza para dar seguridad al procedimiento, pero sin extremarla para no lesionar a la NNA. (figura 1)<sup>7</sup>



Figura. 1.

<sup>6</sup> Instrumento obtenido de: Protocolo de c  
<sup>7</sup> Sandra Pérez González. Protocolo de R  
semestral electrónica de Enfermería Num  
RAMOS BRIEVA J.A. Contención mecáni  
uso y protocolos de procedimiento. Ed. M  
Av. Constituyentes s/n esq. Reforma Agraria  
Col. Casa Blanca, Querétaro, Qro.  
C.P. 76030  
T. 442 216 0512 y 442 215 2480 y 442 215 5952  
www.queretaro.gob.mx/dif

o con agitación psicomotora.  
nientos. Enfermería Global. Revista  
ponible en [www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal)).  
novimientos y aislamiento. Manual de



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



B) Si es una NNA que no colabora y está agitado y/o violento; la sujeción se realizará preferentemente cuando esté distraído.

- Se debe tumbar al NNA en decúbito supino (acostado boca arriba) sobre el suelo, controlando su cabeza para evitar que se golpee o pueda golpear a algún miembro del equipo.
- Cada miembro del equipo inmovilizará una extremidad: los miembros superiores se sujetan por los hombros y antebrazos y los miembros inferiores se cogen por encima de las rodillas y de los tobillos (figura 2).
- Los puntos de retención deben estar cerca de las articulaciones mayores, para así disminuir el riesgo de fracturas y esguinces. Hay que salvaguardar las partes más vulnerables (cuello, tórax y abdomen), y el grado de fuerza debe ser el mínimo para controlar la situación.
- Evitar, en lo posible, hablar con la NNA mientras se realice la inmovilización; si es necesario, será la persona que coordina el procedimiento quien lo haga.
- La cabeza debe estar ligeramente levantada para permitir la respiración y que la NNA no sienta mucha agresión.

Figura 2



- El traslado de la NNA a la habitación de asilamiento; lo realizarán 4 personas. Dos de ellos sujetarán los miembros superiores (alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros), otras dos sujetarán los miembros inferiores (a la altura de las rodillas) (figura 3). Si hubiera un quinto miembro del equipo, deberá estar preparado para sostener la cabeza en caso de que la NNA la agite mucho para evitar que se la golpee o lesione a alguien. No deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.





**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



Figura 3

- Si se requiere sujeción con sábanas o con cintas debe de estar indicado solo por el psiquiatra y dar las indicaciones pertinentes para cada caso.
- Una vez que se haya trasladado al NNA a un sitio seguro o aislamiento si es necesario dejarlo solo para que se tranquilice dando la indicación que se le dejará solo para que reflexione y cuando se tranquilice se hablará con la NNA.
- Posteriormente se realizará la intervención por parte de psicología y se registrará el incidente en su expediente.

#### **Observaciones:**

- I. Nunca será aplicado con ayuda de otros pacientes.
- II. Se prohíbe utilizar sábanas, colchas y almohadas en el rostro del paciente.
- III. El responsable debe explicar al NNA el propósito y duración del procedimiento en términos comprensibles.
- IV. Utilizar material de contención homologado.
- V. Cambiar de posición las inmovilizaciones cada 2 horas.
- VI. Realizar evaluación de los sitios de contacto con la piel, para que se encuentren bien protegidas y evitar lesiones.

En caso de que la contención no sea efectiva, se procederá a llamar al 9-1-1 y/o hacer uso del directorio de atención en casos de emergencia.

#### **16. DIRECTORIO DE ATENCIÓN EN CASOS DE EMERGENCIA**

El CAS “Carmelita Ballesteros” podrá solicitar el auxilio de autoridades de los tres órdenes de gobierno, durante alguna situación de crisis y/o agitación psicomotriz que, en su caso, se requiera para proteger los derechos a las NNA.

Es por ello que se realiza un directorio de atención en casos de emergencia. **(Ver Anexo 3)**

Una vez que se ha procedido:

Se recuerda que el tiempo para permanecer en sujeción terapéutica y/o aislamiento es de 4 horas, podrá ser menor tiempo si el psiquiatra lo determina.

1. Se verificará y revisará cada uno de los puntos de sujeción. Se habrá tenido en cuenta que ha de hacerse de manera firme y segura, pero teniendo en cuenta no dañar la piel o impedir la circulación sanguínea.
2. Se debe garantizar la comodidad del NNA.
3. Mantener la cabeza ligeramente levantada para disminuir los sentimientos de indefensión y para reducir la posibilidad de broncoaspiración.

#### **Sistemas de contención:**

- a. **Cinturón con hebillas:** Fajas en mezclilla que se ajusta al usuario y a la cama por velcros y hebillas.
- b. **Arnés con llave magnética:** Inmovilizador que cruza alrededor del tórax y/o abdomen y se ajusta.
- c. **Muñequeras y/o tobilleras:** Tela acolchada con velcro ajustable a la muñeca o tobillo.



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



- d. **Nido de contención neonatal:** Cojín semi rígido, de material lavable, que se ubica alrededor del neonato para mantener una posición organizada y evitar el desplazamiento del paciente.
- e. **Contención pediátrica de sabanilla con sujeción de tronco:** Sistema de contención parcial formado por dos sabanillas, que limitan la movilidad del NNA a nivel de tronco.

## 17. CAPÍTULO 4 MEDIDAS PARA EL MANEJO DE UNA CRISIS Y AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.

Para activar dicho protocolo se hará uso del **CÓDIGO VERDE**, con la finalidad de que el personal identifique la situación. La activación de dicho código estará a cargo del personal de la empresa de seguridad privada, el cual estará ubicado en la recepción de vigilancia del CAS “Carmelita Ballesteros”.

**1.-** El personal que identifique una NNA en situación de crisis, se contemplará como primer respondiente; generalmente es el personal de preceptoría y enfermería; por lo que deberán de realizar PAP para apoyar al NNA en una regulación emocional, salvaguardar su integridad y la de las personas que se encuentren alrededor.

**2.-** Deberá solicitar apoyo del personal cercano a la situación para notificar la situación al equipo de psicología, de manera presencial, a través de una llamada telefónica, en persona y/o vía escrita por medio de WhatsApp; proporcionando los siguientes datos:

- Nombre completo de la NNA.
- Situación presentada.
- Abordaje y estrategias empleadas.

**3.-** El área de psicología correspondiente al caso deberá de acudir al apoyo del primer respondiente, en caso de que no se encuentre, deberá de hacerse uso de cualquier otro psicólogo que se encuentre disponible; buscando en todo momento apoyar en la regulación emocional al NNA y poder incorporar diferentes abordajes y/o estrategias dependiendo de la situación y el perfil del NNA.

Dentro de las posibles estrategias a implementar se considera:

**a) Intervención de primera instancia**, es decir, primeros auxilios psicológicos.

**b) Técnicas de desescalada verbal**, siguiendo los pasos estipulados.

**4.-** Se buscará trasladar al NNA a un dormitorio individual en el área de inducción con el fin de evitar que el resto de la población se inquiete como poder brindarle un espacio de calma al NNA y realizar las intervenciones por el equipo multidisciplinario.

**5.-** En caso de que las intervenciones por parte del equipo de psicología no estén dando resultados en la regulación emocional y la situación con las NNA comienza a escalar, tornándose más complicada y/o violenta; aumentando el riesgo del NNA, el personal y la población. Se solicitará el apoyo del resto del personal, incluyendo trabajo social y personal de seguridad comisionados para el control de la población y contención del NNA que se encuentra en crisis.

Para valorar una agitación psicomotriz se hará uso del instrumento de evaluación (**Ver Anexo 2**).

**NOTA:** El llenado de dicho instrumento podrá ser posterior a la crisis, sin embargo, el personal debe de conocerlo para poder llevar a cabo el procedimiento ante una agitación psicomotriz.



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO



**QUERÉTARO**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
**Juntos, Adelante.**

**5.1.-** Durante el traslado al dormitorio individual y/o que ya se encuentre dentro del mismo, sin rastros de lograr una regulación emocional; **se notificará de manera inmediata al médico paidopsiquiatra; con el objetivo de que asista a las instalaciones del CAS “Carmelita Ballesteros” a realizar una valoración y medidas pertinentes para salvaguardar al paciente. Identificando como medida una sujeción gentil, es decir, si se considera oportuno suministrar algún fármaco. Buscando una sedación suficiente que permita el manejo de la situación, disminuyendo síntomas de ansiedad, hostilidad, agresividad y poder prevenir agresiones contra el mismo NNA o las personas presentes.**

**NOTA:** Por ningún motivo el personal podrá suministrar ningún fármaco sin la presencia y autorización formal del paidopsiquiatra.

Se identificará la situación mental e historial conductual, físico y de salud de la NNA para la toma de decisiones con respecto a su manejo, será necesario conocer si toma medicamento controlado y sus dosis, si hay indicación por parte del psiquiatra de aumento de dosis de su medicamento o de otro en caso de crisis.

En caso de que se suministre un fármaco, el paidopsiquiatra deberá mantener en observación a la NNA durante 4 horas.

**5.2.-** Si el NNA no accede a ingresar al dormitorio individual y continúa representando un riesgo para el CAS “Carmelita Ballesteros” y la población en el mismo; mostrando conductas que puedan alterar a los demás, atente contra su vida, exista una situación de rehenes, entre otras; se deberá proceder a llamar al 9-1-1 para solicitar apoyo de personal externo para contener la situación:

- a) Se podrá orientar al personal vía telefónica para brindar contención y medidas de actuación.
- b) Se enviará el apoyo pertinente a las instalaciones del CAS “Carmelita Ballesteros”, como apoyo.

La sujeción terapéutica se aplicará en:

1. NNA con cuadro confusional agudo.
2. NNA con cuadros psicóticos en donde la percepción de la realidad este alterada (delirios y/o alucinaciones).
3. NNA en donde la situación estresante (internamiento, situación social, afrontamiento ante situaciones de dolor, etc.) puede desbordar su capacidad de autocontrol.
4. NNA con trastornos graves de la personalidad o cuadros psicóticos que cursen con episodios de desinhibición en el control de los impulsos.
5. NNA con cuadro de déficit intelectual y profundo deterioro que presenten pobre control de impulsos, agresividad y/o agitación psicomotriz.
6. NNA en abstinencia de sustancias psicoactivas.
7. NNA que por condición psiquiátrica pudiera impedir la correcta administración del tratamiento, retirándose accesos venosos, sondas de alimentación, derivación o monitoreo.

Una contención/sujeción terapéutica se realizará **SOLAMENTE** cuando se detecten los primeros indicios de que la NNA está entrando en una situación de pérdida de control y que ésta va en aumento, **SI ES YA EL ÚNICO MÉTODO DE INTERVENCIÓN, SI SE REQUIERE PARA PODER AISLARLO O DARLE INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA.**

Después de haber valorado y decidido realizar la sujeción terapéutica las personas capacitadas



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



para realizar la intervención serían en primera instancia: el psiquiatra, personal de psicología apoyado por enfermería, preceptora y en algunos casos si se requiere por personal de seguridad.

#### **6. Medidas indispensables para la contención física/sujeción mecánica.**

- a) Se designará al personal como responsable, es decir, que dirigirá al resto del personal para llevar a cabo la técnica. Quien sea la/el responsable, será quien mantenga diálogo con la NNA, los demás participantes no podrán hablar con la NNA.
- b) Es necesario que no se inicie la sujeción física/terapéutica hasta que esté todo el personal para llevarla a cabo, el personal será seleccionado por el responsable de la atención. Para realizar dicha selección será muy importante contemplar que el personal se encuentre en óptimas condiciones para colaborar, es decir, procurar que no estén pasando por una situación emocionalmente complicada (pérdida de algún ser querido, ruptura y/o separación, irritabilidad, mostrarse alterada al momento de participar, entre otros).
- c) En caso en que no se encuentre el personal seleccionado, las maniobras deben ser llevadas a cabo por la enfermera y preceptora en turno con mayores habilidades y capacidad para realizar la técnica apoyada por 3 o 4 personas más según sea el caso.
- d) Al momento de realizar la sujeción, se deberá quitar cualquier objeto y/o prenda de vestir que implique un riesgo para la NNA y/o personal, como: anillos, relojes, pulseras collares, cinturones, chamarras con cierres, si es posible lentes, entre otros.
- e) Procurar realizar la contención en un espacio adecuado, como alejar cualquier objeto que se pueda tomar para lastimar la NNA o el personal.
- f) Solicitar el apoyo al resto del personal de mantenerse en otros espacios durante la contención, evitando entorpecer las maniobras a realizar.
- g) No acercarse solo a un NNA con conductas violentas, solicitar apoyo del personal más cercano. Si la NNA cuenta con algún objeto que pueda ser utilizado como arma (objetos pesados, objetos punzocortantes, mobiliario, entre otros) se buscarán brindar indicaciones, de manera tranquila y amable, para que suelte dicho objeto. El personal no buscará tomarla.

#### **18. TRASLADO DE NNA**

1. Posterior a la intervención de primera instancia, la cual ayudará a la NNA en la disminución de la crisis y si se muestra cooperativo, se le solicitará trasladarse de manera conjunta a una habitación o lugar seguro donde se pueda dialogar con él/ella. Se podrá solicitar apoyo del personal junto con el responsable de la primera intervención para escoltarlo a dicha habitación, evitando alguna conducta que implique un riesgo.
2. Si la NNA no colabora, y aún se encuentra agitado o con conductas violentas, la sujeción se realizará preferentemente cuando esté distraído; siguiendo las indicaciones anteriormente descritas para la sujeción.
3. Una vez que se haya realizado el traslado del NNA a un sitio seguro y sea necesario brindarle espacio, el personal responsable permanecerá fuera de la habitación en un espacio donde pueda visualizar al NNA y una vez que muestre un estado más tranquilo se procederá a dialogar con él/ella para llegar a una reflexión sobre los hechos ocurridos.



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



4. Psicología determinará la intervención a realizar, así como el seguimiento y se realizará el registro en su expediente.

### **19. DEL AISLAMIENTO Y RESTRICCIÓN FÍSICA**

1. Se puede autorizar el aislamiento y las restricciones físicas cuando se trate del único medio disponible para prevenir un daño inmediato o inminente contra sí mismo (NNA) o terceros.
2. Cuando el paidopsiquiatra ordene una sujeción hay que justificarlo e informarlo por escrito al titular del CAS "Carmelita Ballesteros".
3. Se debe consignar en el expediente la necesidad de la orden de sujeción terapéutica, especificando fecha, hora, duración y los motivos de dicha acción.
4. El aislamiento y la sujeción terapéutica puede durar algunos minutos u horas, sin exceder el límite de 4 horas, recordando que el tiempo de permanencia únicamente podrá ser determinado por el paidopsiquiatra. De igual manera se deberá llevar el registro cada 15 minutos del NNA dentro de las bitácoras asignadas como se le notificará al paidopsiquiatra para tomar las medidas pertinentes.
5. Este tiempo no debe exceder de cuatro horas luego de la restricción.
6. Personal del área de enfermería, le observará cada quince minutos y anotará sus observaciones en el expediente a través del formato de bitácoras.
7. Si el paidopsiquiatra no lo autoriza, no se llevará a cabo la sujeción.
8. Si el NNA muestra mejoría antes de culminar las cuatro horas, el personal de psicología y paidopsiquiatría realizarán una revaloración para tomar las acciones pertinentes y medidas para incorporarlo a la población.
9. Si, posterior a las cuatro horas no se muestra mejoría de la NNA, será necesario valorar el realizar su traslado al Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer y/u Hospital General del Estado de Querétaro; con el fin de recibir la atención médica pertinente.
10. Debe existir un contacto activo, personal y prolongado con la persona sujeta al aislamiento o a restricciones físicas, que vaya más allá de la vigilancia pasiva.
11. Se debe promover el desarrollo de infraestructura y de recursos, de modo que el aislamiento y las restricciones físicas no se empleen debido a la deficiencia en el control de la NNA.
12. El espacio de aislamiento o contención debe de contar con una cama sujeta al piso, no tener objetos peligrosos con los que se pueda hacer daño a sí mismo o a terceros, debe de tener una temperatura, ventilación e iluminación adecuadas.
13. Se debe de comunicar, en caso de que sea posible, a los familiares sobre el aislamiento y los motivos, explicando el procedimiento como aclarando las inquietudes que puedan tener los familiares. Cabe mencionar que al integrarse una NNA al CAS, los familiares deberán realizar el llenado del consentimiento informado; localizado en el **ANEXO 1**.



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



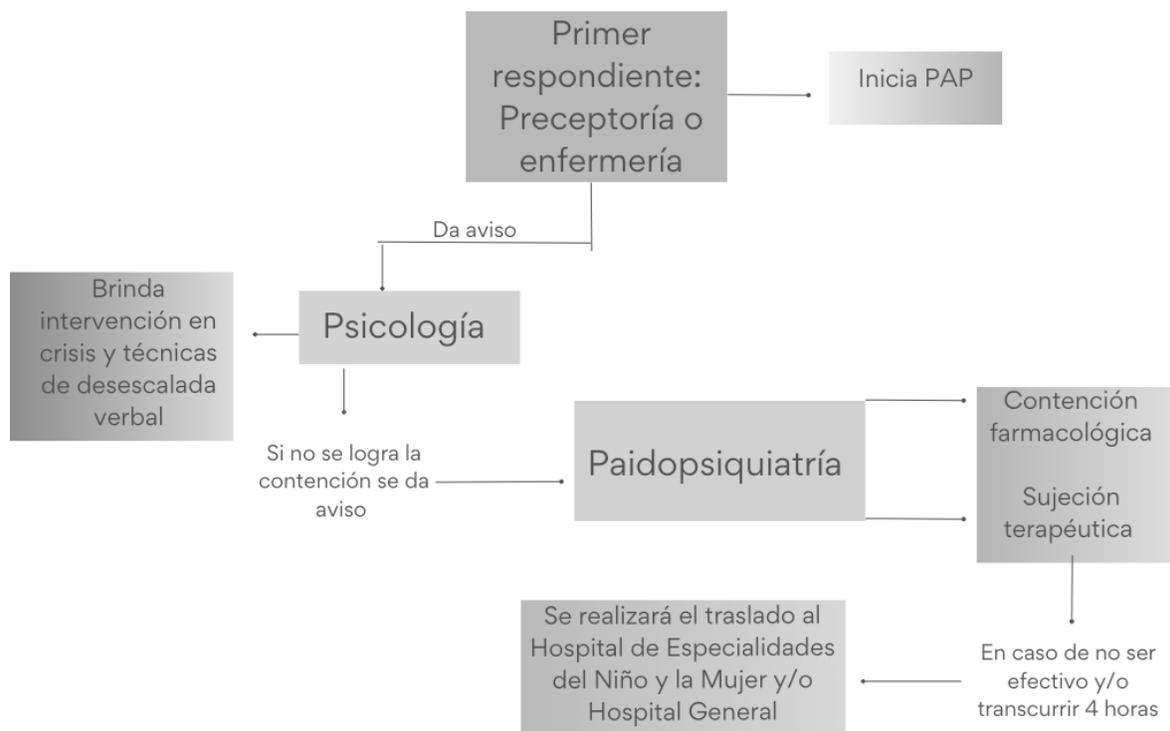
PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO



**QUERÉTARO**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
**Juntos Adelante.**

**NOTA:** Los periodos de aislamiento y restricciones, no pueden llevarse de manera consecutiva o como la primera acción a tomar con la NNA que se identifique crisis y/o agitación psicomotriz de manera consecutiva. Será trabajo del equipo multidisciplinario realizar acciones de prevención para disminuir estas crisis.

## Responsables de la Intervención



### 20. MONITOREO

Al inicio de cada turno, cada líder debe elaborar una autoevaluación de los problemas y riesgos a enfrentar, ubicando a los posibles NNA que hayan tenido crisis o probable crisis.

#### 21.1.- Durante la sujeción terapéutica:

El equipo multidisciplinario debe valorar el estado del NNA, observando:

- I. Estado general.
- II. Compromiso neurovascular en zonas de contención y estado de la piel.
- III. Alteración de nivel de conciencia.
- IV. Alteración de la sensopercepción.
- V. Intervenir ante las necesidades durante el tiempo que permanezca.
- VI. Tomar y registrar signos vitales como mínimo cada 60 minutos (en el lapso que el paciente permanezca con contención terapéutica)



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



## VII. Brindar hidratación vía oral.

Es necesario definir las estrategias para manejar posibles situaciones de seguridad:

- I. Asignar responsable del turno.
- II. Fortalecer la protección uno del otro.
- III. Organizar brigadas.
- IV. Tener señales de alerta secreta, como timbres o palabras claves para alertar a los colaboradores.

## 21.2.- Retiro de la sujeción terapéutica.

- I. Se hará de forma progresiva a medida que aumente el control del paciente, iniciando por extremidades inferiores, superiores, chaleco torácico y cintura.
- II. El retiro debe hacerse con personal suficiente y se observará el estado general del NNA.
- III. Se anotará la fecha y la hora del retiro de la misma y las incidencias del procedimiento.

## 21. ATENCIÓN POSTERIOR A LA CRISIS.

### Acciones generales:

- I. Documentar la crisis; llevando a cabo un informe detallado donde se narre las actividades realizadas, las posibles causas que detonaron la crisis, los signos y síntomas presentados, el personal involucrado y las medidas que se tomaron para anexarlo al expediente.
- II. Se deben llevar registros anecdóticos del comportamiento de la NNA, en todos los turnos.

### Acciones con el personal:

- I. Monitoreo con el personal involucrado para valorar el impacto de dicha intervención.
- II. Hablar con todo el personal y enviar comunicado para dar conocimiento de la situación propiciada, se deberá llevar a cabo inmediatamente después de la intervención.
  - a) Lo que sucedió.
  - b) ¿Cómo se intervino?
  - c) Las consecuencias y decisiones.
  - d) Sigüientes pasos y tiempos.
- III. Evitar el radio pasillo y la distorsión de la información.
- IV. Se debe tener una plática con el personal para evaluar de manera multidisciplinaria la crisis y para la toma de decisiones inmediatas y futuras:
  - a) Estrategias que se utilizaron y si es necesario cambiar.
  - b) ¿Por qué se llegó ahí?
  - c) ¿Qué se pudo haber observado?.
  - d) Sumar a las observaciones o temas de los problemas a considerar.
- V. Contener los efectos a corto mediano y largo plazo de la crisis.

### Acciones con NNA:



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



- I. Evaluación física, psiquiátrica y psicológica del NNA donde el especialista pertinente a cada área brindará las recomendaciones necesarias, posibles reacciones y las acciones a seguir. Se deberá contemplar los posibles efectos secundarios a la medicación, las secuelas psicológicas y el impacto social con el resto de la población.
- II. Posterior a la revaloración, el personal de psicología deberá incorporar al NNA a la población por un periodo de 20 minutos para observar su reacción, si presenta secuelas y/o signos o síntomas de una posible agitación; por lo que determinará si es necesario, realizar su integración de manera escalonada en diferentes actividades.
- III. El personal de psicología mantendrá comunicación con preceptoría sobre la conducta del NNA, estableciendo un periodo de tiempo determinado.
- IV. Si durante la situación existieron otros NNA involucrados, se deberá hablar de manera individual con cada uno para indagar sobre la situación y posteriormente se hablará de manera conjunta para llegar a una reflexión haciendo énfasis en las consecuencias de dicha situación, como lo que podrá ocurrir en futuras situaciones.
- V. Detectar signos de riesgo de volver a presentarse otra crisis.
- VI. Si se llevó a cabo una contención farmacológica, se sugiere llevarlo al Centro Estatal de Salud Mental (CESAM) para que se realice una valoración pertinente y valorar si será necesario iniciar un tratamiento psiquiátrico y/o farmacológico.

#### **Hablar con el resto de la población y explicar:**

- I. Compartir información sobre la situación propiciada con la población de NNA aclarando dudas e inquietudes.
- II. Se deberá realizar una contención grupal y brindar un espacio de escucha para expresar cómo se sintieron ante dicha situación y los pensamientos que puedan tener entorno a la misma o relacionada al NNA para evitar alguna situación de rechazo cuando se reincorpore a la población.
- III. Reafirmar normas y procesos del CAS “Carmelita Ballesteros” como las posibles consecuencias ante dichas situaciones o comportamientos en específico.
- IV. En caso de que la contención grupal no sea efectiva para algún NNA, brindar la apertura para recibir terapia psicológica de manera individual.

## **22. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO.**

El personal del CAS “Carmelita Ballesteros” realizará dicha evaluación cada 3 meses a través de mesas de trabajo, incluyendo: <sup>8</sup>

1. La indicación correcta.
2. Si se intentaron medidas alternativas.
3. Uso de procedimientos correctos.

---

<sup>8</sup> Norma oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica en su numeral 8.19



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



4. La administración de medicación en forma estricta e invariable en todos los casos de agitación psicomotriz.
5. Atención a los aspectos éticos del procedimiento.
6. Información y autorización vía consentimiento informado del paciente, familiar o responsable legal.
7. Seguimiento.

### **23. TRANSITORIOS**

**Primero.** El presente Protocolo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro “La Sombra de Arteaga”.

**Segundo.** El SEDIF, a través de su Dirección General y la Procuraduría de Protección de Niñas Niños y Adolescentes del Estado de Querétaro, resolverán todo aquello que no se encuentre considerado en el presente protocolo.

El presente acuerdo se expide por la Junta Directiva del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro, en la ciudad de Santiago de Querétaro, Qro., a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**Junta directiva del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro.**

Lic. Luis Gerardo de la Garza Pedraza  
Comisionado General de Entidades Paraestatales  
Presidente

Lic. Oscar Adrián Gómez Niembro  
Director General del “SEDIF”  
Secretario Técnico

Carlos Hale Palacios  
Subsecretario de Gobierno  
Coordinador de Sector Vinculado al tema de Asistencia Social

Rosario Gómez Vega  
Directora de Gestión Social  
Representante de la Secretaría de la Contraloría  
Vocal Representante del Sector Público



**DIF ESTATAL**  
**QUERÉTARO**

*Uniendo corazones*



Lic. Estela de la Luz Gallegos Barredo  
Notaría Pública número 31  
Vocal Representante del Sector Privado

Francisco Javier Covarrubias Enríquez  
Auditoría del Departamento de Evaluación  
Dirección de Prevención de la Secretaría de la Contraloría  
Comisario suplente de la Entidad.

## 24. ANEXOS

### ANEXO 1.

Av. Constituyentes s/n esq. Reforma Agraria  
Col. Casa Blanca, Querétaro, Qro.  
C.P. 76030  
T. 442 216 0512 y 442 215 2480 y 442 215 5952  
[www.queretaro.gob.mx/dif](http://www.queretaro.gob.mx/dif)



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

Uniendo corazones



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO



**QUERÉTARO**

GOBIERNO DEL ESTADO

**Juntos, Adelante.**

Santiago de Querétaro, Qro., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) con No. de identificación \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ de edad. Declaro informar al centro asistencial si el NNA ingresa con algún antecedente médico, psiquiátrico, psicológico y/o consumo de sustancias.

Que el médico, director(a) y/o médico psiquiatra \_\_\_\_\_ con cédula profesional y/o número de identificación \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento de **Contención/Sujeción Mecánica** sobre los cuales he sido informado(a). Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi **consentimiento** para la realización del procedimiento de **Contención/Sujeción Mecánica**

\_\_\_\_\_  
Nombre/Firma de representante legal

\_\_\_\_\_  
Huella

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Responsable

\_\_\_\_\_  
No. de identificación

### ANEXO 2

#### Escala de evaluación de intensidad de agitación psicomotora (patología psiquiátrica)

AGRESIÓN VERBAL	PUNTAJE
1. Habla en voz muy alta, grita con enfado.	
2. Insultos personales. (ej: eres tonto)	
3. Juramentos continuos, usa lenguaje inadecuado cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a sí mismo.	
4. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo "te voy a matar", o precisa ayuda para controlarse a sí mismo.	
<b>AGRESIÓN CONTRA SÍ MISMO</b>	
5. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo. (en ausencia o mínimo daño)	
6. Golpea objetos con la cabeza o puños, se arroja al suelo o a objetos. (se produce heridas, pero sin un daño grave)	



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

Uniendo corazones



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO



**QUERÉTARO**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
**Juntos, Adelante.**

7. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves.	
8. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes.	
<b>AGRESIÓN FÍSICA CONTRA OBJETOS</b>	
9. Da portazos, desparrama la ropa, lo desordena todo.	
10. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a muebles sin romperlos, hace marcas en las paredes.	
11. Rompe objetos, como las ventanas y cristales.	
12. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente.	
<b>AGRESIÓN FÍSICA A OTRAS PERSONAS</b>	
13. Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarra la ropa.	
14. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas. (sin daño para ellas)	
15. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados. (hematomas, esguinces, contusiones)	
16. Ataca a otras personas causando daños físicos graves. (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas)	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	
<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>RIESGO BAJO</b>	Sólo los ítems del 1 al 5 o cualquiera de ellos por sí solo (1,2,3,4 ó 5)
<b>RIESGO MODERADO</b>	Entre 8 y 15 puntos, entre los puntos del 1 al 12 Por sí solo y cualquiera de los ítems 6, 7, 8, 9.
<b>RIESGO ALTO</b>	Más de 15 puntos Cualquiera de los ítems 10,11,12,13,14,15 ó 16

### ANEXO 3.

#### Directorio de atención en situaciones de emergencia.

Institución	Teléfono
Línea de emergencia	9-1-1
Protección Civil	448-275-1492
Locatel	442-229-1111
Línea de la Vida (tendencias suicidas, depresión)	800-911-2000
TELMUJER	442-216-4757 / 442-215-3404
Hospital de especialidades del niño y la mujer	442-291-9200
Secretaría de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ)	442-251-9004 / 442-251-9000 /442-216-2662



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO



**QUERÉTARO**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
**Juntos, Adelante.**

ISSSTE	55 4000 1000
Centro Estatal de Salud Mental (CESAM)	442-215-5432 / 442-215-5433
Secretaría de la Juventud (SEJUVE)	442-224-2254 / 442-224-2616

## 25. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

CAPLAN, GERALD. "Principles of Preventive Psychiatry". Publisher: Basic Books. New York. (1964). Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires, Paidós (1978).



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

Uniendo corazones



BENTOLILA, S. Dra.: “Consideraciones clínicas de los trastornos asociados a experiencias traumáticas” Mod.I (Dispositivos de Intervención de Salud Mental en Emergencias y Catástrofes).

Benveniste, D. (2000) Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres. Trópicos: La Revista del Sociedad Psicoanalítica de Caracas. Año VIII, Vol. I, Traducción de Adriana Prengler

Stucchi-Portocarrero et al., 2014.

CARMONA M, G. (2021) Protocolo de contención de usuario con agitación psicomotora. Chile

COHEN RE Y AHEARN FL. Manual de atención de salud mental para víctimas de desastres. México: HARLA, 1990.

MITCHELL, JT. “When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process.” JEMS. (1986).

Osborn, 1990; Werner, 1989, 1994, Slaikou (1996) diferencia dos fases en el proceso de la Intervención en Crisis.

COHEN RE Y AHEARN FL. Manual de atención de salud mental para víctimas de desastres. México: HARLA, 1990.

Cortés P, Figueroa R. Manual ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos. En crisis individuales y colectivas. Chile.

AGUILAR RODRÍGUEZ, Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de octubre. Centro Nacional de Prevención de Desastres (2017). Guía de campo para la primera ayuda psicológica. Recuperado de [http://www.cenapred.gob.mx/es/Publicaciones/archivos/419/GUIA\\_AYUDA\\_PSICOLOGICA.PDF](http://www.cenapred.gob.mx/es/Publicaciones/archivos/419/GUIA_AYUDA_PSICOLOGICA.PDF)

Slaikou, K. A. (2000). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México: Editorial Manual Moderno.

Riba, M.B., Ravindranath, D. & Winder, G.S. (2016). American Psychiatric Association. Clinical manual of emergency psychiatry. Disponible en [www.api.org/Clinical Manual of Emergency Psychiatry Second-Edition](http://www.api.org/Clinical_Manual_of_Emergency_Psychiatry_Second-Edition).

Richmond, J.S., Berlin, J.S., Fishkind, A.B., Holloman Jr, G.H., Zeller, S.L., Wilson, M.P., Rifai, M.A. & Ng, A.T. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25.

Wilson, M.P., Pepper, D., Currier, G.W., Holloman Jr, G.H & Feifel, D. (2012). The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 26–34.

Sessler, C.N., Gosnell, M., Grap, M.J., Brophy, G.T., O’Neal, P.V., Keane, K.A., et al. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166, 1338-1344.



**DIF ESTATAL**  
QUERÉTARO

*Uniendo corazones*



Richmond, J.S., Berlin, J.S., Fishkind, A.B., Holloman Jr, G.H., Zeller, S.L., Wilson, M.P., Rifai, M.A. & Ng, A.T. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25.

16. Molina-López, A. (2020). *Urgencias psiquiátricas. Un nuevo enfoque*. APM Ediciones y Convenciones en Psiquiatría.

GRUPO DE TRABAJO ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2006 (Disponible en [www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud))

Documento de Consenso elaborado por el Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. 2005

GRUPO DE TRABAJO DE CONTENCIÓN MECÁNICA. Protocolo de Contención Mecánica. Hospital 12 de octubre de Madrid. 2003

SANDRA PEREZ GONZALEZ. Protocolo de Restricción de Movimientos. Enfermería Global. Revista semestral electrónica de Enfermería Num. 2. Mayo 2003 (Disponible en [www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal)).

RAMOS BRIEVA J.A. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Ed. Masson 1999

BERLAND B, WACHTEL Ti, KIEL DP, PHILLIPS E. Patient Characteristics Associated with the Use of Mechanical Restraints. (Características asociadas con el uso de restricción). *J. Gen Intern Med* 1990; 5:480-5.

Norma oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica en su numeral 8.19