






MA Molina Gutiérrez ¹ * 
R López López ¹
A Ortiz-Villalobos ² 
P García Sánchez ³ 
M Bueno Barriocanal ¹ 
JA Ruiz Domínguez ¹ 

1. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.
2. Servicio de Paidopsiquiatría Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid, España.
3. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Miguel Ángel Molina Gutiérrez
Correo: malacatin@hotmail.com

*Agitación psicomotriz y conducta agresiva
en urgencias pediátricas*

*Psychomotor agitation and aggressive behavior
in the pediatric emergency department*

RESUMEN

Introducción: En los últimos años las urgencias relacionadas con la salud mental infantil han aumentado significativamente. Nuestro objetivo fue describir los niños atendidos en urgencias por cuadros de agresividad y analizar los factores de riesgo relacionados con los episodios más graves. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo realizado entre enero de 2011-diciembre de 2020 en el Hospital Infantil La Paz (Madrid). Se incluyeron niños menores de 16 años diagnosticados con agresividad, excluyendo autoagresividad con ideación autolítica. Clasificamos como graves aquellos episodios que requirieron contención farmacológica/física. **Resultados:** Se registraron 114 episodios (78,1% varones; edad mediana de 13,2 años). El 93,8% presentaban antecedentes psiquiátricos, en un 18,4% trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La duración del episodio fue inferior a 24 horas en el 81,6%. Principalmente la agresividad fue dirigida contra terceros (69,3%). Entre los desencadenantes, la presencia de conflictos intrafamiliares supuso el 46,5% de los casos, un 18,8% de los mismos relacionados con el uso del teléfono móvil. Se consideraron graves 35 episodios (30,7%). Ninguna de las variables analizadas mostró asociación estadísticamente significativa con la gravedad. Para el

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the number of emergencies related to child mental health problems has increased significantly. Our aim is to describe the children with aggressive behavior attended in our emergency department and to analyze possible risk factors related to the most severe episodes. **Materials and methods:** Retrospective study conducted between January 2011-December 2020 at La Paz Children Hospital. Children under 16 years diagnosed with aggressive behavior were included, excluding self-harm. Episodes that required pharmacological or physical restraint were classified as severe. **Results:** A total of 114 episodes were recorded (78.1% male; median age 13.2 years). Psychiatric history was present in 93.8%, 18.4% with attention deficit hyperactivity disorder. Episode duration was less than 24 hours in 81.6%. Aggression was mainly directed against third parties (69.3%). Among the triggers, the presence of domestic conflicts accounted for 46.5% of the cases, 18.8% of which were related to the use of cell phones. Thirty-five episodes (30.7%) were considered severe. None of the variables analyzed showed statistically significant association with

manejo del episodio se emplearon medidas conservadoras en el 74,6%, contención farmacológica en el 27,7% e inmovilización terapéutica en el 6,1%. **Conclusión:** Las consultas urgentes por conducta agresiva son más frecuentes en varones y pacientes con antecedentes de trastornos psicológicos o psiquiátricos. La mayoría de casos se resolvieron con medidas conservadoras. Los pacientes que requirieron abordaje farmacológico y/o contención física no se asociaron a ningún factor de riesgo que pudiera predecir la gravedad de la conducta violenta.

Palabras clave: agresividad; niños; servicio de urgencias; adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Cada vez es mayor la preocupación entre los profesionales sanitarios ante el creciente aumento de las urgencias relacionadas con los problemas de la salud mental infanto-juvenil (1). Entre los principales motivos de consulta psiquiátrica en niños y adolescentes se encuentran las crisis de ansiedad, los intentos/ideaciones autolíticas y por último los trastornos de conducta (2).

La agitación psicomotora (APM) se define como un estado de inquietud motora que conduce a la realización de conductas improductivas, no finalistas y repetitivas en respuesta a una tensión interna(3). Puede aparecer tanto en el contexto de cuadros psicóticos como de trastornos orgánicos (4), y manifestarse como una mínima inquietud psicomotriz en los casos más leves, o en su grado extremo en forma de comportamientos hostiles y agresivos.

Las conductas disruptivas en la infancia se manifiestan en forma de incumplimiento de normas, desobediencia o desafío de los límites (5). Este tipo de comportamientos es frecuente que se presenten de forma ocasional entre los niños de 2 a 5 años, siendo comunes las formas de agresividad instrumental orientadas a lograr objetivos (6). Entre los 5 y los 8 años, pueden desarrollarse formas hostiles de la agresividad, en las que el objetivo del agresor es el daño o la lesión de la víctima, y aparece un mayor empleo de la agresividad verbal. Al llegar a la adolescencia

severity. Conservative measures were used to manage the episode in 74.6% of the cases, pharmacological containment in 27.7% and physical restraints in 6.1%. **Conclusion:** Emergencies due to aggressive behavior were more frequent in boys and patients with history of psychological or psychiatric disorders. In most cases, they were solved with conservative measures. Cases requiring pharmacological treatment and/or physical restraint were not associated with any risk factor that could predict the severity of the violent behavior.

Keywords: aggression; child; emergency service; adolescents.

las conductas disruptivas nacen del conflicto por la búsqueda de límites y malos hábitos al no haber tenido previamente conocimiento y consecuencias acerca de dónde están dichos límites.

En la infancia y adolescencia, existen un gran número de condiciones médicas que pueden asociar un comportamiento infantil agresivo: trastorno del espectro autista (TEA), trastorno explosivo intermitente (TEI), trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), síndrome de Tourette, trastorno negativista desafiante, depresión, intoxicación por sustancias, lesiones cerebrales, déficit vitamínico, etc. En raras ocasiones, la agresividad puede ser la primera manifestación de una enfermedad metabólica o endocrinopatías (7–10).

El manejo en urgencias de un paciente pediátrico con APM y agresividad puede ser una de tarea compleja. Aunque el interés por las urgencias relacionadas con la salud mental infanto-juvenil es cada vez mayor, las urgencias pediátricas (UP) suelen carecer de espacios específicamente diseñados para asistir a este tipo de pacientes, y los profesionales no están familiarizados con el manejo de este tipo de situaciones (11).

El objetivo de nuestro estudio fue realizar un análisis descriptivo de los casos de APM asociados a agresividad en niños atendidos en nuestro servicio de UP, así como determinar qué posibles factores de riesgo se relacionaban con los episodios que precisaron contención farmacológica y/o física.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante un periodo de 10 años (enero 2011 - diciembre 2020), se recolectó la información de todos los pacientes de 0-16 años de edad atendidos por APM asociada a agresividad en el servicio de urgencias del Hospital Infantil La Paz (Madrid); hospital pediátrico de tercer nivel, con una media de visitas de 50.000-55.000 pacientes/año. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de nuestro hospital (PI-5410).

A su llegada a urgencias, los pacientes son clasificados según su nivel de gravedad por enfermeras especializadas en triaje pediátrico, empleando la Escala Pediátrica Canadiense (PaedCTAS). Todos los menores atendidos por APM son clasificados como pacientes de alta prioridad. La asistencia inicial corre a cargo del pediatra de urgencias, y dependiendo de cada caso, contamos con la posibilidad de solicitar la valoración urgente por nuestro servicio de paidopsiquiatría en horario de 8:00 am a 15:00 pm, y por el equipo de psiquiatría de guardia encargado de atender las interconsultas realizadas desde nuestro servicio de urgencias durante los turnos de tarde y noche.

Se clasificaron como episodios graves de agresividad cuando se dieron una o más de las siguientes circunstancias: requerir inmovilización terapéutica (IT) tanto previa a su llegada como durante su estancia en nuestro servicio de urgencias, contención farmacológica ó ingreso hospitalario indicado por psiquiatría. El procedimiento de IT consistió en la aplicación de contención física con sujeciones, y en nuestro centro se lleva a cabo en nuestro box de atención de pacientes críticos al no disponer de un espacio específicamente diseñado para la atención de urgencias infantiles relacionadas con la salud mental. Se indicó IT en todos aquellos casos en los que fracasó la contención verbal y/o farmacológica, y a juicio del facultativo responsable se consideró que existió riesgo de lesiones al propio paciente o a terceros, daños físicos significativos en el entorno, interrupciones graves del tratamiento del propio paciente u otros, extracción de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc. y situaciones en las que el estado del paciente no le permitía una decisión responsable. En todos los casos, se siguieron las directrices recogidas por nuestro protocolo de manejo del paciente con agitación psicomotriz, desarrollado

de manera conjunta entre nuestros servicios de UP, cuidados intensivos pediátricos y paidopsiquiatría (12).

Análisis estadístico

La recogida de datos se efectuó mediante la revisión sistemática retrospectiva de historias clínicas. Para la selección de pacientes, se siguió una estrategia de búsqueda por texto libre por diagnósticos empleando las palabras clave “agresividad”, “autoagresividad”, “heteroagresividad” y “agitación psicomotriz”. Las variables analizadas incluyeron: datos epidemiológicos (sexo, edad), antecedentes personales de patología neurológica y/o psiquiátrica, existencia de circunstancias socioeconómicas y psicosociales que representen un riesgo potencial para la salud del menor incluidas en el capítulo XXI (Z55-Z65) de la 10ª revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), descripción del episodio de APM y manejo en urgencias. Se consideró que el episodio de APM se relacionó con situaciones de disfuncionalidad familiar, cuando en la revisión del historial clínico del niño o el informe médico de urgencias se referían antecedentes de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, consumo de tóxicos, dificultades en la parentalidad, estresor familiar, divorcio contencioso, o cualquier otro tipo de discrepancias o conflictos entre los padres que resultasen en situaciones de violencia intrafamiliar.

Los estadísticos descriptivos se expresan en forma de frecuencias absolutas o porcentajes para las variables categóricas y como medianas y rango intercuartílico (RIC) para las variables continuas. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores de riesgo relacionados con la necesidad de contención farmacológica y/o IT. Los resultados del modelo se presentan como razón de momios (RM) e intervalos de confianza (IC) del 95%. El modelo consideró variables asociadas significativamente si mostraron valores $p \leq 0,05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics for Windows, versión 23.0 (IBM, Armonk, Nueva York).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 114 episodios de APM asociada a agresividad. La mediana de edad fue de 13,2 años (RIC: 11,4-14,4).

El 78,1% de los casos fueron varones y un 93,8% referían antecedentes de problemas psicológicos/psiquiátricos. (Tabla 1).

En el 81,6% de los casos, el cuadro de APM fue agudo, con una duración del episodio inferior a 24 horas. En el 69,3% de los casos, la conducta agresiva fue dirigida contra terceros (heteroagresividad), en dos (1,8%) contra ellos mismos (autogolpearse y lesionarse con objetos cortantes) y en el resto (28,9%) se presentaron ambas formas de agresividad. En el

momento de su valoración en urgencias el 31,5% asociaron otros síntomas psiquiátricos: 33 pacientes crisis de ansiedad (28,9%) y 3 síntomas psicóticos (2,6%) en forma de alucinaciones auditivas. (Tabla 2).

En 53 casos (46,5%) el desencadenante del episodio fueron conflictos entre el menor y alguno de sus familiares; el 18,8% de dichos conflictos (10/53) estuvieron relacionados con el uso del teléfono móvil. En 3 pacientes la agresividad se asoció a la abstinencia tras consumo de cannabis.

Tabla 1. Características de los pacientes diagnosticados de agresividad (N=114).

Variables	n (%)
Distribución por sexo	
- Varón	89 (78,1)
- Mujer	25 (21,9)
Edad mediana (RIC), años	13,2 (11,4-14,4)
Antecedentes Personales	
- Problemas psicológicos/psiquiátricos	107 (93,8)
• Trastorno de conducta sin especificar	26 (22,8)
• Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	21 (18,4)
• Trastorno adaptativo mixto	14 (12,2)
• Trastornos del espectro autista	12 (10,5)
• Trastorno de conducta asociado a enfermedad neurológica/metabólica	10 (8,7)
• Trastorno de control de impulsos	5 (4,3)
• Trastorno depresivo	5 (4,3)
• Trastorno del vínculo	3 (2,6)
• Trastorno de ansiedad	2 (1,7)
• Trastorno de la conducta alimentaria	2 (1,7)
• Trastorno oposicionista	2 (1,7)
• Trastorno bipolar	1 (0,8)
• Trastorno obsesivo compulsivo	1 (0,8)
• Trastorno conversivo	1 (0,8)
• Trastorno por abuso de sustancias	1 (0,8)
• Trastorno por adicción a internet/videojuegos	1 (0,8)
- Enfermedad neurológica/metabólica	23 (20,2)
• Parálisis cerebral infantil	8 (7)
• Trastorno del desarrollo intelectual	6 (5,2)
• Epilepsia focal frontal	3 (2,6)
• Encefalopatía epiléptica secundaria a hipoplasia de cuerpo calloso	1 (0,8)
• Defectos congénito de la glucosilación	1 (0,8)
• Retraso psicomotor	1 (0,8)
• Síndrome de Lesch-Nyhan	1 (0,8)
• Síndrome de West	1 (0,8)
• Síndrome de Rubinstein-Taybi	1 (0,8)
• Circunstancias socioeconómicas y psicosociales de riesgo	
- Violencia intrafamiliar	4 (3,5)
- Disfunción familiar	59 (51,7)
- Residencia en centro de menores	9 (7,9)

RIC: Rango intercuilítico.

8

Tabla 2. Características de los episodios de agresividad.

Variables	n (%)
Duración inferior a 24 horas	93 (81,6)
Objeto de la agresividad	
• Autoagresividad	2 (1,8)
• Heteroagresividad	79 (69,3)
• Ambas	33 (28,9)
Asocia ideación/gesto autolítico	26 (22,8)
Asocia componente ansioso	33 (28,9)
Asocia componente psicótico	3 (2,6)
Desencadenante	
• Ninguno	27 (23,7)
• Problemas escolares	21 (18,4)
• Discusiones familiares	53 (46,5)
• Otros	39 (11,4)

En cuanto a la actitud en urgencias, el 74,6% de los episodios se resolvieron exclusivamente con contención verbal, solicitándose la intervención del equipo de psiquiatría de guardia en el 76,3% ocasiones (87/114). En 31 casos (27,1%), fue necesaria la aplicación de medidas de contención farmacológica y/o IT. Un 59,2% recibieron exclusivamente benzodiacepinas (16/27), 14,8% antipsicóticos (4/27) y 29,1% la combinación de ambos (7/27). Las características de los pacientes en los que se indicó IT se resumen en la [tabla 3](#).

No observamos asociación estadísticamente significativa entre el sexo, antecedentes personales, factores psicosociales y características del episodio y la necesidad de contención farmacológica y/o inmovilización terapéutica. ([Tabla 4](#))

Tabla 3. Características de los pacientes en los que fue indicada inmovilización terapéutica (IT).

Nº caso	Sexo	Edad (años)	AP Enfermedad Psicológica/ Psiquiátrica	Desencadenante	Actuación en urgencias	Destino
1	Varón	15,4	TMEC + TAS	Discusión con un amigo	IT	Alta a domicilio
2	Varón	9,3	TCSE	Discusión familiar	IT+CF	Alta a domicilio
3	Varón	7,4	TCA	Problema escolar	IT+CF	Alta a domicilio
4a	Varón	13,2	TMEC	Crisis de ansiedad	IT+CF	Alta a domicilio
5a	Varón	14,4	TMEC	Discusión familiar	IT	Hospitalización
6b	Varón	12,6	TDHA	Discusión familiar	IT+CF	Hospitalización
7b	Varón	12,6	TDHA	Discusión familiar	IT+CF	Hospitalización

(a) y (b): Ambos referidos al mismo paciente. AP: Antecedentes personales. TAS: Trastorno por abuso de sustancias. TMEC: Trastorno mixto de la conducta y de las emociones. TDHA: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. TCSE: Trastorno de conducta sin especificar. TCA: Trastorno de conducta por ansiedad. CF: Contención farmacológica.

Tabla 4. Análisis univariante para identificar factores de riesgo de episodios graves de agresividad.

Variables	P valor	RM (95% IC)
Sexo (varón)	0,189	0,49 (0,16-1,43)
Antecedentes Personales		
Enfermedad Psicológica/Psiquiátrica	0,472	1,76 (0,37-8,31)
Enfermedad Neurológica/metabólica	0,121	2,45 (0,77- 7,84)
Características del episodio		
Episodio agudo (<24h)	0,815	0,88 (0,31-2,51)
Asocia ideación/gesto autolítico	0,052	0,41 (0,17-1,02)
Asocia componente ansioso	0,083	0,47 (0,20-1,11)
Asocia componente psicótico	0,171	0,21 (0,02-2,41)
Factores psicosociales		
Violencia intrafamiliar	0,801	1,34 (0,13-13,37)
Disfunción familiar	0,295	0,65 (0,29-1,46)
Residencia en centro de menores	0,352	0,52 (0,13-2,08)

Fueron hospitalizados 16 casos (14%), todos ellos por indicación del equipo de psiquiatría de guardia tras valorar el riesgo de reincidencia del comportamiento violento. De ellos, 10/16 pacientes (62,5%) fueron diagnosticados de episodios de heteroagresividad aislada y 6/16 (37,5%) asociada a autogresividad. Dentro de este último grupo en 3/6 casos (50%) los pacientes asociaron ideación autolítica.

DISCUSIÓN

Las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles representan entre el 2-5% de todas las visitas a los servicios de urgencias, y están aumentando mucho más rápidamente que cualquier otra urgencia médica (11). Nuestra tasa de ingreso (14%) fue muy similar a las tasas globales de hospitalización psiquiátrica urgente descritas en anteriores series pediátricas de nuestro país (18,5%) (1,9).

A diferencias de otras, la APM requiere una asistencia inmediata (10), y especialmente si se acompaña de un comportamiento violento. En el caso de los pacientes pediátricos, los comportamientos agresivos pueden observarse en una amplia variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos. Dentro de las causas psiquiátricas se incluyen: el trastorno de conducta y oposicionista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, autismo, discapacidad intelectual, psicosis, trastornos del estado de ánimo, abuso o intoxicación por sustancias y los trastornos disociativos y de conversión (13). Entre las causas médicas que deben descartarse se encuentran las enfermedades infecciosas del sistema nervioso central, como la meningitis y la encefalitis, o las lesiones estructurales, como los tumores o las hemorragias intracraneales por traumatismos o malformaciones arteriovenosas.

La agresividad en niños puede estar asociada con diversos factores individuales, familiares o socioeconómicos. En nuestro estudio la mayoría de los pacientes fueron varones, coincidiendo con lo descrito en literatura (15), y asociaron antecedentes de patología psicológica/psiquiátrica (93,8%). Entre de los factores psicosociales evaluados, la disfunción familiar estuvo presente en más de la mitad de los casos (52,4%). La familia juega un papel fundamental en la formación de los hijos para que se integren y se desarrollen de forma efectiva en la sociedad. Si la dinámica familiar

no funciona, se favorecen las discusiones y conflictos con los padres, y se genera un estado de estrés emocional en los niños que puede manifestarse en el entorno escolar en forma de reacciones agresivas hacia profesores y otros compañeros. Más de la mitad de los adolescentes criados en el seno de este tipo de familias desarrollan conductas asociales, e incluso, algunos estudios señalan que hasta un 96% los adolescentes implicados en conductas delictivas provienen de familias disfuncionales (16). En nuestra serie, resulta llamativo que casi el 20% de las disputas entre los menores y sus padres se relacionaron con el control de dispositivos móviles, siendo cada vez más frecuentes los conflictos derivados de la incapacidad de regular su uso especialmente entre adolescentes (17).

A pesar de que en nuestra serie de casos únicamente hubo 3 casos de agresividad relacionada con la abstinencia tras consumo de tóxicos, en el caso de los adolescentes deben considerarse la intoxicación por alcohol o el abuso de sustancias, especialmente el consumo de cannabis. La incidencia de síndrome de abstinencia entre los adolescentes consumidores de cannabis es variable (18), habiéndose reportado un porcentaje significativo de casos que experimentan ira y agresividad durante esta fase (19). Según los datos proporcionados por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (20), el cannabis es la droga ilegal más consumida por los jóvenes españoles. Según sus datos, durante el año 2019/2020 se registró un aumento en su consumo entre la población adolescente, especialmente entre los varones. En este escenario, el papel que juega la familia como fuente de apoyo y seguridad al adolescente resulta fundamental. El consumo de sustancias en esta etapa del desarrollo puede propiciarse o incrementarse por los desequilibrios en las estrategias que los padres utilizan en la crianza del niño (21). La ausencia de lazos familiares, la negatividad y rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa, la escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos y las interacciones mal adaptativas entre padres e hijos, son comunes entre un gran número de consumidores (22).

A pesar de que el enfoque terapéutico es diferente dependiendo de la severidad de la APM asociada a agresividad, la primera medida siempre debe ser la desescalada verbal seguida de contención farmacológica. Únicamente cuando ninguna de las anteriores ha tenido éxito y el comportamiento del

10

paciente supone un riesgo para él mismo o el resto se aplican medidas de contención física con el objetivo de prevenir estos daños y garantizar la seguridad del paciente, otros pacientes y el personal sanitario. En nuestro estudio tan solo el 6% de los pacientes precisaron IT. En este sentido, las tasas de aplicación de IT encontradas por otros autores son variables (6-18%), no obstante estos datos son difícilmente comparables por las diferencias en el diseño y el tipo de población analizada (23,24).

En nuestra serie, no observamos asociación estadísticamente significativa entre los posibles factores de riesgo analizados y los episodios de APM que precisaron contención farmacológica y/o física. En el estudio llevado a cabo por Jenkins et al, 2021 (25), fueron analizados diversos factores predictores asociados a la aplicación de IT, incluyendo variables como la edad, sexo, raza, etnia, peso, antecedentes de ingresos psiquiátricos previos, nivel socioeconómico, modo de llegada al servicio de urgencias, hora de llegada y tiempo de estancia. Estos autores únicamente encontraron relación significativa con la hora de llegada, aumentando el riesgo durante el turno de mañana frente al de tarde.

Existe consenso en cuanto a los principios generales acerca del uso de psicofármacos para el control de la APM (26); sin embargo, no hay acuerdo en cuanto a apoyar una sola clase de medicamento para todos los pacientes; lo cual refleja la gran heterogeneidad de la población diana, la naturaleza multifactorial de la agitación y las diferencias de práctica clínica entre centros sanitarios. En nuestro caso, la opción farmacológica más frecuentemente empleada fueron las benzodiacepinas, seguidas de los antipsicóticos.

Nuestro trabajo presenta algunas limitaciones. En primer lugar, nuestra población de estudio sólo incluye a los niños y adolescentes atendidos por urgencias relacionadas con la salud mental en un único centro; por lo tanto, nuestros resultados pueden no ser generalizables a una población más amplia. En segundo lugar, únicamente fueron incluidos aquellos pacientes cuyo motivo de consulta fue APM, siendo probable que hayamos omitido algunos pacientes con otras causas médicas o traumáticas de agitación, lo que crea un posible sesgo de selección. Por último, no fue analizado el efecto de los psicofármacos empleados

como tratamiento de base en algunos pacientes, en el resultado de la contención farmacológica.

En conclusión, las consultas urgentes por cuadros de APM y agresividad en el paciente pediátrico son más frecuentes en varones y pacientes con antecedentes de patologías psicológicas y/o psiquiátricas. La disfunción familiar estuvo presente en más de la mitad de los casos. La resolución de los episodios se logró en la mayoría de casos a través de medidas conservadoras. Los casos subsidiarios de contención farmacológica y/o inmovilización terapéutica no se asociaron a ningún factor de riesgo que pudiera predecir la gravedad del comportamiento violento.

FINANCIACIÓN

El artículo no ha recibido ningún tipo de financiación pública ni privada.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

CONTRIBUCIONES

Los autores confirman que su contribución al trabajo es la siguiente:

- Concepción y diseño: MA Molina Gutiérrez
- Recogida de datos: R López López y M Bueno Barriocanal.
- Análisis e interpretación de los resultados: JA Ruíz Domínguez y P García Sánchez.
- Elaboración del borrador del manuscrito: MA Molina Gutiérrez, R López López, M Bueno Barriocanal, A Ortiz-Villalobos y JA Ruíz Domínguez

Todos los autores revisaron los resultados y aprobaron la versión final del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Fernández-Quintana Á, Novo-Ponte A, Quiroga-Fernández C, Méndez-Iglesias R, Pereiro-Gómez C. Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de

- seguimiento. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2018;17–30.
<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n1a2>
2. Gottlieb M, Long B, Koyfman A. Approach to the Agitated Emergency Department Patient. *The Journal of Emergency Medicine.* 2018 Apr;54(4):447–57.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.049>
3. Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *Journal of Affective Disorders.* 1999 Oct;55(2–3):89–98.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00010-5)
4. Jiménez Busselo MT, Aragón Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño Capote J, Ochando Perales G. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *Anales de Pediatría.* 2005 Dec;63(6):526–36. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(05\)70253-8](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(05)70253-8)
5. Álvarez-Hernández M, Castro-Pañeda P, González-González-de-Mesa C, Álvarez-Martino E, Campo-Mon MÁ. Conductas disruptivas desde la óptica del docente: validación de una escala. *AN PSICOL-SPAIN.* 2016 Jul 28;32(3):855.
<https://doi.org/10.6018/analesps.32.3.223251>
6. Maccoby EE, Jacklin CN. Sex differences in aggression: a rejoinder and reprise. *Child Dev.* 1980 Dec;51(4):964–80.
7. Novaes CM, Pondé MP, Freire ACC. Control of psychomotor agitation and aggressive behavior in patients with autistic disorder: a retrospective chart review. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2008;66(3b):646–51.
<https://doi.org/10.1590/S0004-282X2008000500008>
8. Rocker JA, Oestreicher J. Focused Medical Assessment of Pediatric Behavioral Emergencies. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 2018 Jul;27(3):399–411.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.02.003>
9. Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pàmias M, García-Parés G, Cobo J. Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016 Nov;44(6):203–11.
10. Yip L, Aeng E, Elbe D. Management of Acute Agitation and Aggression in Children and Adolescents with Pro Re Nata Oral Immediate Release Antipsychotics in the Pediatric Emergency Department. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.* 2020 Nov 1;30(9):534–41.
<https://doi.org/10.1089/cap.2019.0171>
11. Baldaçara L, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, dos Santos RM, Gomes Júnior V de P, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Braz J Psychiatry.* 2019 Aug;41(4):324–35.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0177>
12. Laita de Roda P, Menéndez Suso JJ. Agitación psicomotriz. In: *Decisiones en urgencias pediátricas.* 2a. Elsevier; p. 1162–9.
13. Mahajan P, Alpern ER, Grupp-Phelan J, Chamberlain J, Dong L, Holubkov R, et al. Epidemiology of Psychiatric-Related Visits to Emergency Departments in a Multicenter Collaborative Research Pediatric Network: Pediatric Emergency Care. 2009 Nov;25(11):715–20.
<https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181bec82f>
14. Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010 Oct;32(suppl 2):S112–20.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600008>
15. Ziaei M, Massoudifar A, Rajabpour-Sanati A, Pourbagher-Shahri AM, Abdolrazaghnejad A. Management of Violence and Aggression in Emergency Environment; a Narrative Review of 200 Related Articles. *Advanced Journal of Emergency Medicine [Internet].* 2018 Nov 29 [citado el 9 de octubre de 2022];(In press).
<https://doi.org/10.22114/ajem.v0i0.117>
16. Villacrés Betancourt RH. Criminalidad y disfunción familiar en adolescentes infractores. 2011 [citado el 29 de diciembre de 2022]; Disponible en:
<https://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1625>
17. Billieux J. Problematic Use of the Mobile Phone: A Literature Review and a Pathways Model. *CPSR.* 2012 Oct 1;8(4):299–307.
<https://doi.org/10.2174/157340012803520522>
18. Vandrey R, Budney AJ, Kamon JL, Stanger C. Cannabis withdrawal in adolescent treatment seekers. *Drug and Alcohol Dependence.* 2005 May;78(2):205–10.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.11.001>
19. Barthelemy OJ, Richardson MA, Cabral HJ, Frank DA. Prenatal, perinatal, and adolescent exposure to marijuana: Relationships with aggressive behavior. *Neurotoxicology and Teratology.* 2016 Nov;58:60–77. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2016.06.009>

20. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. [citado el 22 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
21. Ávila AB, D'Andrea G, Alonso MM, Gallegos MG, Delgadillo LM, Orozco C. Crianza parental asociada al consumo de drogas y alteraciones en salud mental en adolescentes infractores. 2018;7.
22. Peñafiel Pedrosa EM. Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. Pulso: revista de educación. 2009;(32):147–73.
23. Dorfman DH, Mehta SD. Restraint Use for Psychiatric Patients in the Pediatric Emergency Department: Pediatric Emergency Care. 2006 Jan;22(1):7–12. <https://doi.org/10.1097/01.pec.0000195758.12447.69>
24. Sheridan DC, Spiro DM, Fu R, Johnson KP, Sheridan JS, Oue AA, et al. Mental Health Utilization in a Pediatric Emergency Department: Pediatric Emergency Care. 2015 Aug;31(8):555–9. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000343>
25. Jenkins M, Barrett MC, Frey T, Bouvay K, Barzman D, Kurowski EM. Adherence with an Acute Agitation Algorithm and Subsequent Restraint Use. Psychiatr Q. 2021 Sep;92(3):851–62. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09860-0>
26. Gerson R, Malas N, Mroczkowski MM. Crisis in the Emergency Department. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2018 Jul;27(3):367–86. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.02.002>