

**HERRAMIENTAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCION DE SALUD MENTAL**  
**HERRAMIENTA N° 1: FORMATO DE REPORTE**

**FORMATO DE REPORTE Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN MEDICAMENTOS**

**1- DATOS DEL PACIENTE**

HISTORIA CLINICA	DIAGNOSTICO	COMORBILIDAD	EDAD		SEXO	ENTIDAD DEL PACIENTE
			Años	MESES	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	

**2- DATOS DEL EVENTO ADVERSO**

**2.1-ERRORES DE MEDICACION**

	SI	NO	NR*
Prescripción o administración a paciente equivocado			
Medicamento innecesario			
Omisión de dosis o de medicamento			
Dosis Incorrecta			
Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del tiempo definido en cada institución sanitaria para la programación horaria de administración)			
Duración del tratamiento incorrecta			
Técnica de administración incorrecta (incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas solidas orales)			
Monitorización insuficiente del tratamiento. Falta de revisión clínica, falta de controles analíticos, interacción medicamento-medicamento, interacción medicamento-alimento)			
Falta de cumplimiento por el paciente			

**2.2. ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS**

Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a la medicación			
Hipotensión por fármacos			
Estreñimiento secundario a la medicación			
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos/insulina			
Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos			
Epigastralgia por fármacos			
Alteraciones neurológicas por fármacos			
Desequilibrio hidro-electrolítico			
Otros efectos secundarios de fármacos (tos, disnea, sequedad en la boca, lesiones bucales, etc.)			
Intolerancia al fármaco			

\*NR: No Registra

**3. DATOS DE LA SOSPECHA DE LA REACCION ADVERSA**

FECHA DE INICIO DE LA REACCION	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IPS DONDE OCURRIO EL EVENTO ADVERSO
	DIA MES AÑO NO REGISTRA: <input type="checkbox"/>	NIVEL DE ATENCION DE LA IPS- SERVICIO

DESCRIPCION SOSPECHA DE REACCION ADVERSA (incluye datos de exploración y laboratorios) diagnostico principal del evento adverso (manifestaciones y severidad de las mismas) especificar si se requirió o no tratamiento y la respuesta al mismo, si origino hospitalización o prolongo la estancia hospitalaria, fecha de termino y duración evento adverso )

CONSECUENCIAS DEL EVENTO

<input type="checkbox"/> RECUPERADO SIN SECUELA	MUERTE- DEBIDO A REACCION ADVERSA	NO SE SABE
<input type="checkbox"/> RECUPERADO CON SECUELA	<input type="checkbox"/> ERTE-EL FARMACO PUDO CONTRIBUIR	
<input type="checkbox"/> NO RECUPERADO	<input type="checkbox"/> ERTE-NO RELACIONADA AL MEDICAMENTO	

**4. INFORMACION SOBRE EL MEDICAMENTO SOSPECHOSO**

NOMBRE GENERICO	DENOMINACION DISTINTIVA	LABORATORIO PRODUCTOR
NUMERO DE LOTE	FECHA DE CADUCIDAD	DOSIS (mg y duración del tratamiento)
VIA DE ADMINISTRACION	FECHA DE ADMINISTRACION INICIO                      TERMINO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA   MES   AÑO                      DIA   MES   AÑO CONTINUA <input type="checkbox"/>	MOTIVO DE PRESCRIPCION
SITIO DE ADMINISTRACION(en caso de vía parenteral u otra diferente a la oral)		

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO SABE</b>
¿SE RETIRO EL MEDICAMENTO SOSPECHOSO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿DESAPARECIO LA REACCION AL SUSPENDER EL MEDICAMENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SE CAMBIO LA DOSIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CUÁNTO? _____			
¿SE CAMBIO LA FARMACOTERAPIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CUÁL? _____			
¿REAPARECIO LA REACCION AL READMINISTRAR EL MEDICAMENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI NO SE RETIRO EL MEDICAMENTO ¿PERSISTIO LA REACCION?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. FARMACOTERAPIA CONCOMITANTE**

MEDICAMENTO	DOSIS Cantidad, unidad, frecuencia	VIA ADMINISTRACION	SITIO DE ADMINISTRACION	FECHAS		MOTIVO DE PRESCRIPCION
				INICIO	TERMINO	
				Día Mes Año	Día Mes Año	

**6. DATOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA**

diagnósticos, alergias, embarazo, Cirugías previas, datos de laboratorio

**7. PROCEDENCIA DE LA INFORMACION**

ORIGEN DE LA INFORMACION	HISTORIA CLINICA <input type="checkbox"/> REPORTE DE RAM <input type="checkbox"/>	HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> AMBULATORIA <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y DIRECCION DEL INFORMANTE		TELEFONO
FECHA DEL INFORME	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA   MES   AÑO	¿SE INFORMO ESTA REACCION AL LABORATORIO PRODUCTOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**8. RECOMENDACIONES**


## HERRAMIENTA N° 2: FORMATO DE REPORTE INCIDENTE EN SALUD MENTAL

1- DATOS DEL PACIENTE							
HISTORIA CLINICA	DIAGNOSTICO PRIMARIO	DIAGNOSTICO ESPECIFICO	EDAD		SEXO	ENTIDAD DEL PACIENTE	
			Años	MESES	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
<b>MOTIVO DE CONSULTA: PROCEDIMIENTO</b>							
<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> EVENCION <input type="checkbox"/> OTRO CUAL _____							
2- TIPO DE INCIDENTE							
MEDICACION/SOLUCION INTRAVENOSA					<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NR*</b>
DOCUMENTACION							
ADMINISTRACION CLINICA							
INFECCION ASOCIADA A LA ATENCION MEDICA							
PROCESO CLINICO/PROCEDIMIENTO							
SANGRE/HEMODERIVADOS							
OXIGENO/GAS/VAPOR							
NUTRICIÓN							
COMPORTAMIENTO/CONDUCTA DEL PACIENTE							
CAIDAS							
ACCIDENTES DEL PACIENTE							
INFRAESTRUCTURA/EDIFICIOS/ACCESORIOS							
RECURSOS/GERENCIA ORGANIZACIONAL							
PATOLOGIA/LABORATORIO							
2.1- PROCESO							
FILTRO/PREVENCIÓN/REVISIÓN DE RUTINA							
DIAGNOSTICO/EVALUACION							
PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO/INTERVENCION							
ATENCION GENERAL /MANEJO							
PRUEBAS/INVESTIGACIONES							
MUESTRAS/RESULTADOS							
DETECCION/RESTRICCION							
2.2- PROBLEMA							
NO REALIZADO CUANDO SE INDICO							
INCOMPLETO/INADECUADO							
NO DISPONIBLE							
PACIENTE EQUIVOCADO							
TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO EQUIVOCADO							
PATE/LADO/SITIO EQUIVOCADO							
3. CARACTERISTICA DEL INCIDENTE							
FECHA DEL INCIDENTE							
CRONOLOGIA DEL INCIDENTE:							
CENTRO DE ATENCION							
ESTADO DEL TRATAMIENTO							
DISCIPLINAS INVOLUCRADAS							
PERSONA QUE REPORTA							
PERSONA INVOLUCRADA							

4. DETECCION		
<b>PERSONAL INVOLUCRADO EN LA DETECCION</b>		
<b>PERSONAL DE SALUD</b>	<b>TRABAJADOR DE SALUD</b>	
<input type="radio"/> ENFERMERA	<input type="radio"/> CAMILLERO	
<input type="radio"/> MEDICO	<input type="radio"/> RECEPCIONISTA/PERSONAL ADMINISTRATIVO	
<input type="radio"/> FARMACEUTA	<input type="radio"/> PERSONAL TECNICO DE LABORATORIO	
<input type="radio"/> PARAMEDICO	<input type="radio"/> OTRO	
<input type="radio"/> ENFERMERA PRACTICANTE		
<input type="radio"/> ESTUDIANTE/INTERNO/RESIDENTE		
<b>FAMILIAR DEL PACIENTE/VISITANTE</b>		
<input type="radio"/> PACIENTE	<input type="radio"/> OTRO PACIENTE	<input type="radio"/> FAMILIAR/TUTOR U OTRO ACOMPAÑANTE
<input type="radio"/> AMIGO/VISITA	<input type="radio"/> VOLUNTARIO	<input type="radio"/> CUIDADOR
5.FACTORES CONTRIBUYENTES/RIESGOS		
<b>FACTORES DEL PERSONAL DE SALUD</b>	<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE</b>	
<input type="radio"/> CONOCIMIENTO	<input type="radio"/> CONOCIMIENTO	
<input type="radio"/> DESEMPEÑO	<input type="radio"/> COMUNICACIÓN	
<input type="radio"/> COMUNICACION	<input type="radio"/> ENFERMEDAD FISIOPATOLOGICA	
<input type="radio"/> ENFERMEDAD FISIOPATOLOGICA		
<b>FACTORES DEL TRABAJO</b>	<b>FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN/SERVICIO</b>	
<input type="radio"/> FALTA DE NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.	<input type="radio"/> FALTA DE DISPONIBILIDAD DE UN PROFESIONAL SANITARIO	
<input type="radio"/> SISTEMAS DE COMUNICACIÓN/INFORMACIÓN DEFICIENTES	<input type="radio"/> PERSONAL INSUFICIENTE	
<input type="radio"/> ROTURA DE STOCK/DESABASTECIMIENTO	<input type="radio"/> INSUFICIENTE CAPACITACIÓN	
<input type="radio"/> SISTEMAS DE PREPARACIÓN/DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DEFICIENTES	<input type="radio"/> ASIGNACIÓN DE PERSONAL SIN EXPERIENCIA, PERSONAL NO FIJO, CAMBIOS FRECUENTES DE TAREAS	
<b>FACTORES EXTERNOS</b>	<b>OTROS FACTORES</b>	
<b>AMBIENTALES</b>		
<input type="radio"/> ILUMINACIÓN		
<input type="radio"/> RUIDO		
<input type="radio"/> INTERRUPCIONES O DISTRACCIONES FRECUENTES		
6. FACTORES ATENUANTES		
<b>DIRIGIDOS AL PACIENTE</b>	<b>DIRIGIDO A LA ORGANIZACION</b>	
<input type="radio"/> Llamadas de ayuda	<input type="radio"/> Protocolo efectivo disponible	
<input type="radio"/> Manejo/Tratamiento	<input type="radio"/> Producto/equipo/Manejo de dispositivo /Disponibilidad/accesibilidad	
<input type="radio"/> Paciente referido	<input type="radio"/> Documentación del error corregido	
<input type="radio"/> Educación paciente/Explicación	<b>DIRIDIGO AL AGENTE</b>	
<input type="radio"/> Disculpas	<input type="radio"/> Seguridad /medio ambiente	
<b>DIRIGIDO AL PERSONAL MEDICO</b>	<input type="radio"/> Manejo de estrategia control de la fuga	
<input type="radio"/> Buena supervisión/Liderazgo	<input type="radio"/> Error corregido del agente terapéutico	
<input type="radio"/> Buen trabajo en equipo	<input type="radio"/> Error corregido del uso del equipo	
<input type="radio"/> Comunicación efectiva	<b>OTROS</b>	
<input type="radio"/> Atención por personas competentes		
<input type="radio"/> Educado por persona competente		
<input type="radio"/> Buena suerte/oportunidad		
<b>DESCRIPCION DE LAS MEDIDAS ATENUANTES</b>		
7. RESULTADO DEL PACIENTE		
<b>TIPO DE DAÑO:</b> <input type="radio"/> FISIOPATOLOGIA Especificar:		
<input type="radio"/> LESION Especificar	<input type="radio"/> OTRO TIPO DE DAÑO Especificar	
<b>NUMERO DE INCIDENTES:</b>	<b>EVENTO:</b>	
	<b>GRADO DEL DAÑO:</b>	
<b>DESCRIPCION DE LOS DAÑOS</b>		

<b>8. RESULTADOS ORGANIZACIONALES</b>	
o Daños a la propiedad	
o Aumento de requerimientos :	
Aumento en el tiempo de estancia	Incremento de los días estancia por incidente: _____
Admisión a aéreas de cuidado especiales	
Tratamientos especiales/Exámenes	
Flujo de trabajo interrumpido/retraso por otros pacientes	
Requerimiento de personal adicional	
Requerimiento de equipo adicional	
o Atención a medios de comunicación	
o Queja formal	
o Reputación dañada	
o Consecuencias legales	
o Otros	
<b>9. ACCIONES PARA REDUCIR RIESGOS</b>	
<b>FACTORES DEL PACIENTE</b>	<b>FACTORES DEL PERSONAL MEDICO</b>
o Provisión de cuidados adecuados/Apoyo	o Capacitación
o Provisión de educación al paciente/capacitación	o Orientación
o Provisión de protocolos/apoyo decisorio	o Supervisión/asistencia
o Provisión de equipo de monitoreo	o Estrategia para el manejo de la fatiga
o Provisión de ayuda para entrega de medicamentos	o Disponibilidad de listas de verificación/protocolos, políticas
<b>FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE ORGANIZACIONAL</b>	o Cantidad y calidad de equipos
o Ambiente físico acorde con las necesidades	<b>FACTORES DEL EQUIPO Y DEL AGENTE</b>
o Hacer arreglos para el acceso a los servicios	o Suministro de equipo
o Realización de evaluación de riesgos/análisis de causa de fondo	o Funciones obligatorias
o Cumplimiento de normas	o Auditorias periódicas
o Acceso a protocolos/políticas /apoyo decisorio	<b>OTRAS</b>
o Mejoría de liderazgo/Guía	
o Congruencia de habilidades con la tarea	
o Mejorando la cultura de seguridad	
<b>10. ACCIONES DE MEJORA</b>	
<b>RELACIONADAS CON EL PACIENTE</b>	<b>RELACIONADAS CON LA ORGANIZACIÓN</b>
o Manejo de enfermedades, otras condiciones	o Manejo de medios, relaciones públicas
o Manejo de daños	o Manejo de quejas
o Manejo de incapacidad	o Manejo de reclamos/riesgos
o Compensaciones	o Estrés/asesoramiento personal
o Discusión abierta/Disculpa	o Notificación local/reintegro
	o Conciliación/Medición
	o Cambio de cultura
	o Educación/Capacitación

FUENTE: Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS

**HERRAMIENTA N° 3: PLAN DE MEJORAMIENTO**

**PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES DERIVADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**

**FECHA** \_\_\_\_\_

**EVENTO ADVERSO** \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE ELABORACIÓN** \_\_\_\_\_

**CARGO** \_\_\_\_\_

**ITEM DE CONTROL** \_\_\_\_\_

**PROBLEMA** \_\_\_\_\_

<b>CAUSA DEL EVENTO ADVERSO</b>	<b>OPORTUNIDAD DE MEJORA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>COMO HACER</b>	<b>CUANDO HACER</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN</b>

## HERRAMIENTA 4

### PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES RELACIONADOS CON LA ATENCION EN SALUD

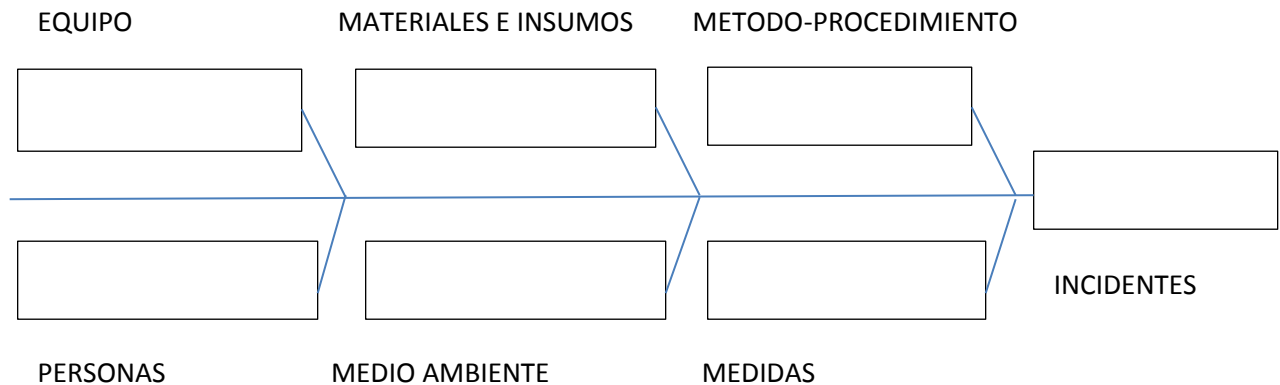
#### DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NOMBRE		IDENTIFICACION		EDAD		GENERO	
						F	M
AFILIACION AL SGSS							
CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADO	PARTICULAR U OTRO				
ENTIDAD ASEGURADORA							
FECHA DE INGRESO				HORA DE INGRESO			
PATOLOGIA ASOCIADA							
EPOC		EN CORONARIA		ENF			
ENF VASCULAR		DIABETES MELLITUS		CEREBROVASCULAR			
FALLA CARDIACA		SIDA		NINGUNA DE LAS ANTERIORES			

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE TURNO \_\_\_\_\_

#### ANALICE LAS POSIBLES CAUSAS



LA CAUSA FUNDAMENTAL DEL INCIDENTE FUE

DEFINA UN PLAN DE ACCION PARA LAS CUASAS ENCONTRADAS

PLAN DE ACCION					
CAUSA IDENTIFICADA	QUE HACER	QUIEN	COMO	CUANDO	FECHA DE VERIFICACION

**HERRAMIENTA 5.**

REGISTRO DE CONTENCION MECANICA	
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Nombre y apellidos :	
Nº historia	Fecha de ingreso
Sexo	Cama
Edad	
INFORMACION A PACIENTE/ FAMILIA	
Se ha explicado la necesidad de contención a:	
<input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Familia <input type="radio"/> No ha sido posible en ninguno de los casos	
INDICACION DE LA SUJECION	
Fecha de indicación:	Hora de indicación:
<b>Indicación</b> de la contención (marque la/s casilla/s correspondiente/s) <input type="radio"/> Prevención de lesiones al propio paciente o a otras personas <input type="radio"/> Evitar disrupciones graves al programa terapéutico del paciente u otros enfermos <input type="radio"/> Evitar daños físicos significativos <input type="radio"/> Reducir estímulos sensoriales (aislamiento) <input type="radio"/> Solicitado voluntariamente por el paciente y con justificación clínica y/o terapéutica <input type="radio"/> Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado	
<b>Situación</b> actual del paciente: <input type="radio"/> Agitación psicomotriz severa <input type="radio"/> Riesgo potencial de agresividad <input type="radio"/> Confusión / desorientación / delirium <input type="radio"/> Impulsividad suicida <input type="radio"/> Otra	
Nombre y firma del médico responsable	Nombre y firma de Enfermero/a responsable:



<b>TIPO DE SUJECIÓN</b>		
<input type="radio"/> Miembros superiores <input type="radio"/> Miembros inferiores <input type="radio"/> Cintura	<input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Cruzada	
<b>MEDIOS UTILIZADOS PREVIAMENTE A LA CONTENCION</b>		
<input type="radio"/> Intervenciones verbales <input type="radio"/> Intervención con familiar <input type="radio"/> Medicación oral	<input type="radio"/> Medicación parenteral <input type="radio"/> Aislamiento sin contención <input type="radio"/> Sin alternativas desde el principio	
<b>TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO DURANTE LA CONTENCION</b>		
Medicación	Vía	Pauta
<b>ASPECTOS LEGALES</b>		
<input type="radio"/> Se ha realizado comunicación judicial <input type="radio"/> Otros		
<b>SUPERVISION DE LA CONTENCION</b>		
Fecha y hora de SUPERVISION	Turno	Firma Enfermero/a responsable del turno
	M / T / N	
	M / T / N	
	M / T / N	
	M / T / N	
	M / T / N	
	M / T / N	
<b>CONFIRMACION DE LA INDICACION (Como mínimo, confirmar cada 8 horas)</b>		
Fecha y hora de SUPERVISION	Turno	Firma Enfermero/a responsable del turno
	M / T / N	
	M / T / N	
	M / T / N	
	M / T / N	
	M / T / N	
<b>SUPENCION DE LA CONTENCION</b>		
Motivo de la suspensión:		
Nombre y firma del médico responsable		Nombre y firma del Enfermero/a responsable
<b>REGISTRO DE INCIDENTES Y OBSERVACIONES</b>		
Fecha/ hora	Responsable	Incidente/ Intervención / Medidas a adoptar

## LISTADO DE BARRERAS DE SEGURIDAD



**OBJETIVO: Disminuir la incidencia de eventos adversos frecuentes en la IPS**

<b>EVENTO ADVEERSO</b>	<b>BARRERAS</b>
<b>CAIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar al paciente y familia en prevención de caídas</li> <li>- Camillas en buen estado y con barandas</li> <li>- Sillas en buen estado</li> <li>- Antideslizantes en baños</li> <li>- Adecuación de la estructura física,</li> <li>- Acompañamiento de personal de enfermería.</li> </ul>
<b>AUTOLESIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes y familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en la unidad elementos que puedan suponer un riesgo.</li> <li>- La farmacia debe permanecer cerrada en todo momento. La llave la custodiará el personal de enfermería.</li> <li>- Las sustancias de limpieza estarán fuera del alcance de los pacientes</li> <li>- Al momento de las comidas, tanto en la entrega como en la retirada se hará un recuento de la vajilla y cubiertos. Adecuación de estructura física.</li> </ul>
<b>SUICIDIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar orientación y formación de los profesionales.</li> <li>- Monitorización permanente</li> <li>- Educar e informar a familiares sobre factores de riesgo y medidas preventivas</li> <li>- Ventanas cerradas con llave y custodiada por el personal</li> <li>- Revisar elementos de fontanería, barras, cuerdas que puedan usar para ahorcamiento</li> <li>- Instalar ventanas y espejos irrompibles</li> <li>- Utilizar mobiliario solido para evitar la ruptura y usarse como arma</li> <li>- Evitar puertas que puedan ser cerradas por los pacientes y evite el paso del personal.</li> <li>- Realizar estudios de medidas de seguridad en los diferentes espacios de la institución.</li> </ul>
<b>FUGAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buscar una relación de confianza básica realizando una acogida al ingreso que transmita seguridad, disposición de ayuda, facilite la comunicación y colaboración.</li> <li>- Ayudar a que el paciente y los familiares estén informados de lo que es previsible en la unidad y tengan información sobre las normas generales de la unidad, (horarios, situación y dotación de las instalaciones) y situaciones especiales o limites a ciertas actuaciones.</li> <li>- Mantener la comunicación fluida con el resto del equipo para conseguir intervenciones coordinadas.</li> <li>- Estar atentos a las claves y a las verbalizaciones que denotan el deseo de abandonar la unidad y comunicarlas al resto del equipo.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar manilla de identificación</li> <li>- Puerta principal con llave o siempre vigilada</li> </ul>
<b>REACCIONES ADVERSAS DE MEDICAMENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar los 10 correctos</li> </ul>
<b>COMPORTAMIENTO AGRESIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No enfrentarlos, ni pedir explicaciones, gritar o elevar el tono de voz, tampoco sujetar o provocar al enfermo.</li> <li>- Adoptar una postura empática y receptiva. La sonrisa puede ser el amortiguador de una crisis de agresividad.</li> <li>- Buscar el contacto visual facilitando el acercamiento progresivo, preguntarle qué le pasa y si se le puede ayudar. Nunca debemos utilizar gestos bruscos ni tocarle de forma inesperada de manera que le cause sorpresa.</li> <li>- Anticiparse al cuadro de agresividad.</li> <li>- Si el enfermo está muy agresivo, debemos retirarnos prudentemente de su alcance y eliminar o retirar aquellos objetos que puedan ser peligrosos.</li> <li>- Siempre debemos olvidar lo ocurrido considerando que esta agresividad es fruto de la enfermedad. El cuidador no debe pensar que se trata de “algo personal”.</li> <li>- Si la violencia ocurre a menudo, pida ayuda</li> <li>- Hable con alguien que lo respalde y consulte a su médico para que lo ayude a manejar la situación.</li> </ul>