

**Validación de la “Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao” usada como
instrumento preventivo de Accidente de Trabajo, en una Institución de Salud
Mental, en la ciudad de Cali.**

Marcela Hurtado Botero

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2014**

Validación de la “Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao” usada como instrumento preventivo de Accidente de Trabajo, en una Institución de Salud Mental, en la ciudad de Cali.

Marcela Hurtado Botero

Código: 201103024

Trabajo de grado para optar por el título de Maestría en Salud Ocupacional

Directora:

Ana Milena Galarza Iglesias

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2014**

NOTA DE ACEPTACION

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por bendecirme permanentemente

A MI MADRE por su amor y apoyo

A MI HIJA por ser mi aliada perfecta de mi proyecto de vida

A MIS AMIGAS por su impulso y cariño

A MI TUTORA por sus conocimientos

Todos me ayudaron a lograr este objetivo en esta etapa de mi vida

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
1 TITULO	10
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2.1 PREGUNTA DE LA INVESTIGACION	14
2.2 JUSTIFICACION	14
3 FORMULACION DE HIPOTESIS	17
4 ESTADO DEL ARTE	18
5 MARCO TEORICO	22
5.1 MARCO CONTEXTUAL (La Empresa)	23
5.1.1 Historia del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle	23
5.2 MARCO CONCEPTUAL	25
5.2.1 AGITACION PSICOMOTRIZ	25
5.2.2 CONTENCIÓN FÍSICA.....	26
5.2.3 ESCALA DE AGITACION PSICOMOTRIZ DE CAJIAO.....	28
5.2.4 CARACTERISTICAS DE VALIDACION DE UNA ESCALA.....	31
5.2.5 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA LA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS	36
5.3 MARCO LEGAL.....	39
6 OBJETIVOS	42
6.1 OBJETIVO GENERAL	42
6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	42
7 METODOLOGIA	43
7.1 MUESTRA	43

7.2 CAMPO DE ESTA INVESTIGACIÓN	44
7.3 TECNICA PARA DIGITAR LA ESCALA	44
7.4 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS	44
7.4.1 FASE 0: CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	44
7.4.2 FASE I: VALIDACIÓN.....	45
7.4.3 FASE II: SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	46
7.4.4 FASE III: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	47
7.4.5 FASE IV: DISCUSIÓN	61
7.4.6 FASE V: CONCLUSIONES.....	64
7.4.7 FASE VI: RECOMENDACIONES	66
8 CONSIDERACIONES ETICAS	68
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	71

LISTA DE ANEXOS

ANEXO No 1. Escala de Agitación Psicomotriz elaborada por Cajiao.

ANEXO No 2. Encuesta de expectativa sobre la Escala de Agitación Psicomotriz.
Autora: Dra. Cajiao. Personal de salud.

ANEXO No 3. Encuesta de expectativa sobre la Escala de Agitación Psicomotriz.
Autora: Dra. Cajiao. Médico Psiquiatra

ANEXO No 4. Formato validación de expertos

INTRODUCCIÓN

En el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, de la ciudad de Cali, Colombia, se están presentando accidentes de trabajo donde al hacer el análisis respectivo se evidencia que en su mayoría son causados por el procedimiento de contención de pacientes en estado de agitación psicomotriz. Dicha contención física es necesaria para que los pacientes no se hagan daño, o hagan daño a otros o a la institución. En varias ocasiones la fuerza del paciente es mayor a la contención realizada terapéuticamente por el personal de la salud y es en ese momento cuando se produce el Accidente de Trabajo, aspecto muy importante que requieren acciones desde la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Considerando lo anterior, desde el año 2012 se está diligenciando la Escala de Agitación de Cajiao, la cual fue creada con el objetivo de describir los síntomas de los pacientes hospitalizados cuando están en estado crítico, presentan agitación psicomotriz, y así intervenir tempranamente para evitar los accidentes de trabajo. Sin embargo esta escala no había sido validada y por lo tanto no se puede establecer científicamente su uso y efectividad.

Esta Investigación consistió en determinar la validez de la Escala de Agitación psicomotriz creada por la Dra. Mónica Cajiao, mediante una investigación con enfoque cuantitativo, retrospectivo y descriptivo, el método estadístico que se utilizó para realizar el análisis de los resultados fue el software STATA 13 y como muestra para esta investigación se tomaron 251 formatos de escala de agitación psicomotriz diligenciadas mientras se observaba a pacientes que estaban hospitalizados en las salas de críticos (Sala No 7 y No 8) del Hospital Psiquiátrico, en el periodo comprendido entre Marzo - Diciembre del 2012; todo esto para determinar si cada una de estas características de la validación cumple con los requisitos establecidos y así concluir en esta investigación la validez de la escala.

Como conclusión del estudio se tiene que la Escala de Agitación Psicomotriz propuesta por la Dra. Mónica Cajiao en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle en la ciudad de Cali, como instrumento preventivo de los Accidentes de Trabajo, no es válida, ya que de las seis características de validación de esta escala se puede determinar que la de utilidad, es la única que cumple los criterios para validarla; las demás, como son de apariencia, constructo, criterio, confiabilidad y Sensibilidad al Cambio no cumple los criterios para determinar la validación de estas últimas.

1 TITULO

Validación de la “Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao” usada como instrumento preventivo de Accidente de Trabajo, en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, en la ciudad de Cali.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la ley 9na de 1979, pasando por el decreto 614 de 1984, resolución 614 de 1989, Decreto 1295 de 1994, hasta el año 2012 con la ley 1562, se hace referencia al cumplimiento por parte de las empresas en todo lo relacionado con Seguridad y Salud en el Trabajo, la cual según la ley 1562 es: “aquella disciplina que trata de prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores; tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones”.

Así mismo se define lo que anteriormente se conocía como el Programa de salud Ocupacional es ahora el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, en “un sistema que consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoria y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo” (1).

Como aspecto importante para dar cumplimiento a lo anterior, los Hospitales cuentan con su política de Salud Ocupacional, el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV), de Cali, es uno de ellos, además cuenta con Programas de Vigilancia Epidemiológica; protocolos enfocados a intervenir situaciones que generan accidentes de trabajo, uno de estos aborda específicamente aspectos donde se ha encontrado la ocurrencia de accidentes de trabajo producto de la contención física de pacientes cuando presentan agitación psicomotriz.

También el Hospital Tunal III Nivel E.S.E (Bogotá, Colombia) cuenta con su política de Salud Ocupacional, que declara su especial interés y preocupación por

la protección de la integridad de sus empleados, trabajadores, contratistas y terceras personas involucradas en sus operaciones, a través de la identificación de peligros, evaluación y control de los riesgos prioritarios en la entidad: biológico, biomecánico y psicolaboral, asignando recursos financieros, físicos, técnicos y de talento humano necesarios e implementando procesos de mejoramiento continuo orientados a la prevención de accidentes y enfermedades profesionales con la misma importancia que tiene la producción, la protección ambiental y la calidad del servicio, dentro del marco legal vigente (2)

En el protocolo de Agitación Psicomotriz del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, implementado desde el año 2008, se establece que el personal de salud realice la intervención terapéutica bien sea verbal y/o terapia ocupacional, o el Psiquiatra ordene sedación oral y/o parenteral, y realizar la contención física (4); en ocasiones el paciente presenta un estado crítico de su enfermedad, manifestándolo con el síntoma de agitación psicomotriz, siendo necesario activar una alarma para pedir apoyo al resto del personal de salud, con el objetivo de realizar la contención física del paciente, sin embargo, ocurre el accidente de trabajo porque en muchas ocasiones no cumplen este protocolo y cuando responden al llamado de esta alarma se identifican causas como: poco personal para este cuidado, que el paciente tiene más fuerza que el grupo de enfermería y por falta de experticia en contener al paciente.

Es importante mencionar que las personas con enfermedades mentales independiente de sus diagnósticos médicos presentan agitación psicomotriz, entendiéndose que este evento no es una enfermedad, son signos y síntomas como son los cambios súbitos, la ansiedad, la inestabilidad, el mutismo, el negativismo o ir agudizándose el estado del paciente como el aumento en el tono muscular, tornarse amenazante, hostil, aumento en el tono de voz y/o hiperventilación, a veces hasta llegar a golpear objetos, auto agredirse o estar agresivo hacia otras personas.

En varios Hospitales Psiquiátricos de varias partes del mundo que han estado referenciando durante este documento, la causa principal de los accidentes de trabajo son las agresiones de los pacientes enfermos mentales hacia los trabajadores y lo mismo ocurre en el Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Cali (Institución donde se desarrolla esta investigación) que al hacer una revisión estadística durante cinco (5) años se evidencian los siguientes Accidentes de Trabajo (AT) causados por agitación psicomotriz:

Tabla No 1: Accidentes de Trabajo Hospital Psiquiátrico 2008 - 2012

AÑO	Numero de AT	Numero de AT Riesgo de Agitación	Porcentaje de AT Riesgo de Agitación
2008	43	24	56%
2009	55	20	36%
2010	62	29	46%
2011	60	34	57%
2012	77	48	62%
Promedio	59	31	52%

Como lo muestra la tabla No 1, el número de accidentes de trabajo desde hace 5 años se viene incrementando, y desde hace 3 años los causados por el riesgo de agitación psicomotriz, están en aumento, siendo esto un problema de Salud Ocupacional

Por lo anterior y por el número de accidentes de trabajo que ocurren en el momento de la contención física causado por la agitación psicomotriz, surge la necesidad de determinar la validez de la escala para así tener la confianza y certeza de estar usando un instrumento validado que pueda ser usado según su objetivo y a su vez replicado en otras instituciones de salud; así que esta

investigación, se enfoca en determinar la validez de una escala como herramienta para prevenir los accidentes de trabajo

2.1 PREGUNTA DE LA INVESTIGACION

¿Cuál es la validez de la escala de agitación psicomotriz de la Dra. Cajiao para prevenir accidentes de trabajo en los empleados de una Institución de Salud mental en la ciudad de Cali?

2.2 JUSTIFICACION

Los pacientes a quienes se les ha diagnosticado cualquier tipo de enfermedad mental, y que requieren ingreso hospitalario por esta causa, presentan cambios en su comportamiento siendo responsables de un considerable número de agresiones sobre los trabajadores del hospital, y por lo tanto, de accidentes de trabajo con lesiones físicas y/o psíquicas en el personal, así como de días perdidos por incapacidad temporal o ausentismo laboral. En algunos hospitales psiquiátricos son la causa principal de daño ocupacional, y se calcula que el gasto por agresiones físicas asciende a más de un millón de dólares anuales (6)

Es importante saber que la preocupación por controlar y reducir los comportamientos agresivos ha llevado a un reciente desarrollo de nuevos estudios empíricos y formulación de modelos teóricos sobre la agresión y sus consecuencias. La intervención en contextos clínicos y de salud mental, tanto en adultos como en niños, uno de ellos con sus formas especiales de agresión y violencia (bullying, mobbing, violencia de género y familiar) requieren soluciones eficaces en la eliminación de las conductas violentas. Para conseguirlo la evaluación y medida precisa de éstos fenómenos es imprescindible. Paradójicamente la disponibilidad de técnicas de evaluación de la agresión es muy limitada y además poco específica. Por este motivo se requiere utilización

adecuadamente instrumentos de evaluación y medida diseñados para evaluar la agresividad (5).

La pertinencia científica de esta investigación a nivel internacional es de gran impacto ya que existen tres escalas de agitación psicomotriz que son: Escala de agresividad manifiesta – Overt Aggression Scale (OAS), Escala de comportamiento agitado de Corrigan – Agitated Behavior Scale (ABS) y la Escala de valoración de la actividad conductual – The Behavioural Activity Rating Scale (BARS)

En el tema de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, en búsqueda de disminuir los porcentajes de accidentes de trabajo en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, una Medica Psiquiatra, en el año 2012 ha creado una Escala de agitación psicomotriz la cual pretende evidenciar los signos y síntomas que presenta el paciente antes de que ocurra esta conducta y así disminuir los accidentes de trabajo generados por esta causa. La escala considera aspectos como: la agitación, la acción terapéutica decidida por parte del personal de salud, la respuesta que se obtiene ante lo anterior y si ocurrieron o no consecuencias, como es el caso de los Accidentes de Trabajo, esta herramienta ha sido usada durante un año y se ha encontrado que su uso y aplicación no está aportando lo que se espera, además es una escala que no está validada y por lo tanto no se puede evidenciar su efectividad ni tampoco, se puede establecer su aplicabilidad como método preventivo en otras instituciones

Por lo anterior esta investigación se califica pertinente para el ámbito psiquiátrico donde esta escala, en caso de ser válida podrá impactar a nivel mundial, como un instrumento que bien diligenciado y pronta notificación al Psiquiatra, podría evitar la ocurrencia de la agitación y por lo tanto no sería necesaria la Contención Física, que se ha identificado como una de las causas básicas para que se presenten los Accidentes de Trabajo, teniendo como factor agregado el buen manejo de los

pacientes ante estos eventos, así mismo es importante recordar que la Institución donde se realizará esta investigación, es un Hospital Universitario donde se lleva a cabo la investigación científica y que se requiere que todo instrumento o escala que se use, sea validada como es el caso de la Escala planteada por la Dra. Cajiao.

3 FORMULACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA

La escala de Agitación Psicomotriz de la Dra. Cajiao no es válida como instrumento para prevenir Accidentes de Trabajo, en el Hospital Psiquiátrico de Cali.

HIPOTESIS ALTERNA

La escala de Agitación Psicomotriz de la Dra. Cajiao es válida como instrumento para prevenir Accidentes de Trabajo, en el Hospital Psiquiátrico de Cali.

4 ESTADO DEL ARTE

En esta investigación se tendrán en cuenta tres grandes aspectos: Investigaciones de validaciones de escalas de diferentes áreas de la salud, Protocolos médicos especialistas en Psiquiatría y Escalas ya validadas, especialmente las de Agitación psicomotriz

A veces la condición que se quiere medir no se puede delimitar de manera precisa, o no puede establecerse para ella una medida simple, este caso es frecuente cuando el fenómeno de interés es muy complejo y presenta características en diferentes niveles, tal y como ocurre usualmente en fenómenos psicológicos o sociales, donde muchos de los diagnósticos o definiciones que usualmente se manejan corresponden a categorías más bien inespecíficas (9).

Un ejemplo que permite ilustrar esta situación es el síndrome depresivo: asumiendo que este realmente existe, debemos reconocer que no es posible desarrollar un instrumento que lo mida con precisión ya que el síndrome mismo está imprecisamente definido. Esto equivale a decir que no existe un verdadero patrón de oro para su determinación, y que más bien éste podría ser construido en función de la elaboración conceptual que haga, para cada condición en particular, un grupo de expertos en un marco cultural específico.

Lo anterior hace referencia a que la realidad que se está tratando de evaluar no puede ser medida ni observada directamente, ya que no en todos los pacientes deprimidos hay tristeza pues en algunos hay anhedonia (incapacidad para experimentar placer), que algunos pacientes presentan anorexia (rechazo a la comida y obsesión a engordar) mientras que otros tienen hiperfagia (ingesta descontrolada de alimentos), que no todos los pacientes tienen ideas de culpa, o que algunos pacientes están motoramente inhibidos mientras que otros están

agitados, por citar solo algunas características del trastorno, por eso para efectuar la medición en estos casos se recurre a una estrategia que es agrupar las características de la entidad en categorías un poco más gruesas, que siempre están presentes. En el ejemplo anterior se puede descomponer el síndrome depresivo en las siguientes categorías:

- a. Alteraciones del estado de ánimo.
- b. Alteraciones de la conducta motora.
- c. Alteraciones de funciones autónomas.
- d. Alteraciones del pensamiento y de la función cognoscitiva (9)

Es relevante mencionar que en la misma Institución de Salud Mental que se realizó esta investigación, en el año 2007-2008 una Médica Magister en Salud Ocupacional de la Universidad del Valle, Dra. Eliana Quijano, realizó otro estudio; en este, se describe que las agresiones por parte de pacientes psiquiátricos pueden llegar a ser graves; datos que coinciden con un estudio realizado en Australia con 1.289 incidentes, que aunque son menos graves, presentan mayor frecuencia que las agresiones físicas, son las agresiones verbales y la intimidación gestual o psicológica que hipotéticamente generan estrés en el personal que labora lo que produce repercusiones sobre la productividad y la calidad de los servicios que se prestan así como mayor tasa de ausentismo e incapacidad médica en el personal que labora.

En la generación de accidentes de trabajo por agresiones al personal sanitario, pueden estar involucrados diferentes factores del ambiente laboral, del agresor y del agredido que se analizan con el objeto de implementar acciones de mejoras en el servicio y prevenir estos accidentes (11)

La Dra. Quijano en su investigación describe que la protección al trabajador está dirigida a toda profesión o actividad. Los profesionales sanitarios están expuestos

a diferentes riesgos laborales, como son el Riesgos físicos, químicos, biológicos, psíquicos y al describir el Riesgo Social lo define como: este riesgo incluye las agresiones al personal de salud, que pueden ser verbales, legales o físicas como lo muestra el presente estudio.

Teniendo en cuenta lo anterior en el Hospital de Rancagua, en Chile, los pacientes presentan estado de agitación psicomotriz, por diferentes diagnósticos médicos como son:

Desajustes conductuales severos por Esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos de personalidad, etc., Bipolaridad, Depresión Mayor con síntomas sicóticos, Patologías duales (Dependencia a sustancias psicoactivas + enfermedad psiquiátrica de base), Pacientes con trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias y por Daño Orgánico Cerebral y compromiso de conciencia (3)

En cuanto al personal más expuesto a este tipo de agresión tanto física como verbal, es el de enfermería. En el Reino Unido, el Comité de Seguridad y Salud ha identificado a la enfermería como la ocupación más riesgosa. También tenemos otros profesionales sanitarios expuestos como los médicos, los terapeutas ocupacionales y los psicólogos (6).

La violencia en el lugar de trabajo abarca desde el lenguaje ofensivo o amenazador hasta el homicidio. La OSHA (Occupational Safety and Health Administration) determine en 1998 que las agresiones ocurren con mayor frecuencia en los trabajos relacionados con los servicios sociales y la sanidad, especialmente en las plantas de hospitalización de psiquiatría, geriatría, urgencias y salas de espera. Además, estableció los factores de riesgo que promueven la violencia en los hospitales, y subrayó que están relacionados con la organización del trabajo, con el diseño ambiental, con las conductas del personal y con el tipo de pacientes (6).

Así mismo, encontramos en una investigación en México en la Universidad Autónoma, donde plantean como problema, que los accidentes de trabajo en el medio ambiente hospitalario psiquiátrico, como las agresiones físicas al personal causadas por pacientes, son considerados como parte natural del quehacer cotidiano e inherente a la sintomatología de estos tipos de pacientes, por lo que su incidencia y falta de control hace que este sea un problema latente con sus lesiones resultantes (12).

Estas lesiones son las causadas a los trabajadores cuando presentan un accidente de trabajo, por eso los estudios con respecto a este tema no solo se refieren al costo de atención médica sino al costo representado en días perdidos y prestaciones económicas. La gravedad de los accidentes es una pieza clave en la investigación de accidentes y en el control de la siniestralidad, ya que ella va más allá de los costos de siniestralidad y toma en consideración el daño que los accidentes producen en el trabajador (10)

Lo anterior repercute más cuando ese daño en el trabajador es una lesión emocional, pues son muchos las que reciben los trabajadores de este tipo, cuando un paciente enfermo mental los agrede físicamente, porque fuera que les causa una lesión en una parte de su cuerpo, también los afecta sus agresiones verbales, produciendo como mínimo por unos días el temor de acercarse nuevamente a otro evento de agitación psicomotriz.

5 MARCO TEORICO

Existen tres escalas que son validadas internacionalmente y están enfocadas en medir objetivamente el grado de agresividad de los pacientes, por esta razón la Sociedad Española de Enfermería de Urgencia y Emergencia, en el protocolo de pacientes agitados, tienen establecido dentro del Plan de cuidado de Enfermería, que se deben realizar las escalas de evaluación descritas a continuación:

1. Escala de agresividad manifiesta – Overt Aggression Scale (OAS), se utiliza en ocasiones en pacientes con Demencia que tiene comportamientos agresivos, y demuestra que por esta razón son también agredidos por sus cuidadores como lo describe una investigación, que tenía como objetivo estudiar el riesgo de maltrato en una población de pacientes con demencia por parte de sus cuidadores principales (7)

Esta escala fue diseñada para medir objetivamente la agresividad de los pacientes. La escala evalúa 4 modalidades de agresividad: verbal, física contra uno mismo, física contra objetos y física contra otras personas. Cada ítem es valorado desde una doble perspectiva: gravedad y frecuencia. La puntuación de gravedad se realiza mediante una escala tipo Likert de 5 valores de intensidad, desde 1 (no presenta ese tipo de agresividad) hasta 5 (la gravedad es extrema). La valoración de la frecuencia se realiza de forma abierta, indicando el número de veces que ha presentado en el mes previo las conductas correspondientes al nivel de gravedad. El marco de referencia temporal queda a elección del evaluador, dependiendo de la frecuencia de actos violentos. Es un instrumento heteroaplicado.

2. Escala de comportamiento agitado de Corrigan – Agitated Behavior Scale (ABS) fue diseñada con la intención de obtener un instrumento que permitiese medir de forma objetiva el grado de agitación de los pacientes en 14 variables, agrupadas en 3 factores: desinhibición, agresividad y labilidad.

3. Escala de valoración de la actividad conductual – The Behavioural Activity Rating Scale (BARS) mide el grado de la conducta agitada en 7 niveles de actividad, que comprende desde la sedación máxima es uno 1, hasta la agitación extrema es siete 7 (8)

5.1 MARCO CONTEXTUAL (La Empresa)

Esta investigación se realizará en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle ESE, institución especializada en la intervención de todos los aspectos relacionados con la salud mental. Es de tercer nivel de atención, de carácter público y el centro de mayor complejidad psiquiátrica del suroccidente del país, tiene un recorrido de alrededor de 70 años, desde la institución de custodia de los primeros tiempos al hospital de alta tecnificación del presente.

5.1.1 Historia del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle

En 1940, la Asamblea del Departamento dicta una ordenanza dando vía libre a la construcción del hospital, pero solo 11 años después se tenían las primeras construcciones, todavía sin la infraestructura suficiente para lo que se pretendía montar. En 1955, con la vinculación del departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, en calidad de ente consultor y responsable de las intervenciones clínicas, el Hospital inicia su historia de posicionamiento asistencial y académico que ha seguido marcando su trabajo. En este contexto recibe la visita de dos comisiones de organismos internacionales en la década de los sesenta, que dieron testimonio del nivel de calidad de la época, a pesar de las dificultades. En virtud del reconocimiento que hace Organización Mundial de la Salud - OMS (de Centro Colaborador) al departamento de psiquiatría de la Universidad del Valle, el Hospital queda como referente clínico de ese convenio constituyéndose así en una institución pionera en la investigación y los tratamientos psiquiátricos modernos.

En los años noventa vivió los problemas del sistema de salud del país, siendo gravemente afectado por ellos. Sin embargo, el compromiso de su talento humano hizo que los procesos planeados para enfrentar la situación no sólo logaran mantener la calidad de los servicios, sino que la mejoraran. En ese empeño el Hospital fue reconocido con el Certificado de Aseguramiento de la Calidad, ISO 9001 versión 2008 y en julio de 2009 con el certificado de acreditación en salud, otorgado por el ICONTEC y homologado internacionalmente por el ISQUA, que lo posicionó como el primer centro psiquiátrico del país en obtener la Acreditación y como uno de los más prestigiosos de Latinoamérica.

Hoy, después de estos años de trabajo, el Hospital es líder en intervenciones de acuerdo con las investigaciones científicas del momento, con protocolos ceñidos al rigor académico; es centro de educación universitaria donde se entrenan los pregrados de medicina, enfermería, psicología y otras disciplinas afines, de cinco universidades, y los posgrados de psiquiatría, psicología clínica con énfasis en investigación y salud mental para enfermería, de la Universidad del Valle; se ha montado una unidad de atención del usuario para garantizar el cumplimiento de las necesidades del paciente; un sistema de información, que ha permitido documentar la pertinencia de programas especiales que el Hospital ha creado como una contribución a la inversión social para la población vallecaucana y del suroccidente de Colombia.

Igualmente, se viene haciendo énfasis en la garantía de seguridad del paciente, siendo éste un aspecto de primer orden en el trabajo diario. Para llevar a buen término todo lo anterior, hay una gestión administrativa dirigida a mantener la Institución en un adecuado cumplimiento de los indicadores financieros.

En 1995 el Hospital da inicio al Programa de Salud Ocupacional, para dar cumplimiento al decreto 1295 de 1994, en ese entonces existía un Médico Institucional y una enfermera de medio tiempo; en el año 2002, se conformó el

primer grupo de COPASO, y en el año 2009 se realizó el primer protocolo de Agitación Psicomotriz.

En el año 2011, la Psiquiatra Mónica Cajiao, es elegida como integrante de COPASO, capacitada por la ARL, sobre temas de Salud Ocupacional y desde entonces visualizó la responsabilidad que tiene la empresa en prevenir los accidentes de trabajo, así fue como diseñó la escala (que con esta investigación se quiere validar) con el objetivo de que el personal de salud identifique los signos y síntomas antes de que el paciente presente la agitación psicomotriz, por lo tanto no hay necesidad de realizarle la contención físicamente y así evitar los accidentes de trabajo. La Dra. Cajiao hizo revisión de muchas investigaciones, artículos científicos y construyó la escala con cuatro dominios, se elaboró esta primera versión, permaneció seis meses como prueba piloto en una de las salas de hospitalización, cada mes realizaba reunión con el personal cuyo objetivo fue ir depurando la escala y tomar decisiones para mejorarla, y así fue como se dejó la versión de la escala que existe hoy en día.

Años antes de diseñar esta escala existía otra que tenía mucho contenido y no calificaba los dominios, en una misma escala se describían varios pacientes y se diligenciaba cuando ocurría el evento de agitación psicomotriz, no era preventivo, nunca estuvo validada, pero sirvió de base para la actual escala.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

5.2.1 AGITACION PSICOMOTRIZ

Definida para la Sociedad Española de Enfermería de Urgencia y Emergencia, en el año 2009, no como una enfermedad, sino una conducta y como tal puede ser manifestación de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos, se entiende como una hiperactividad motora que conduce a la

realización de conductas improductivas, no finalistas y repetitivas en respuesta a una tensión interna; estas conductas pueden ser: Incapacidad para mantenerse quieto, sentado y calmarse, gesticulaciones exacerbadas (frotarse las manos, golpear el suelo con los pies, etc.) y tono de voz elevado (gritos); se acompaña también de un estado emocional intenso de ansiedad, irritabilidad, hostilidad, angustia, pánico o euforia pero llevando al extremo, podemos encontrarnos con agresiones verbales (insultos), amenazas verbales y/o físicas, y auto y/o heteroagresiones (8)

Siendo la anterior definición muy parecida a la descrita en el Protocolo de Agitación Psicomotriz del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, que es: actividad física exagerada, desorganizada, acompañada por miedo extremo, rabia u otros estados emocionales intensos, que posee alto riesgo para la seguridad del paciente o de sus cuidadores y que impide el proceso de ayuda o el funcionamiento del individuo (4)

5.2.2 CONTENCIÓN FÍSICA

En el mismo protocolo de Agitación Psicomotriz del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, se describe la contención física como “la aplicación directa de la fuerza física a un paciente con o sin su permiso, para restringir su libre movimiento; se requiere la colaboración de 5 adultos, cada uno se ocupa de una extremidad y el quinto sujeta la cabeza; Todos actúan de manera coordinada a la orden del líder del equipo. Una vez iniciado el procedimiento no se debe dudar, se inmoviliza de cuatro puntos en posición anatómica. La inmovilización solo se debe retirar cuando es evidente que la situación está controlada” (4)

El evento de agitación psicomotriz produce un sentimiento de temor tanto del paciente, como de sus acompañantes y del personal de salud que lo está atendiendo, causando en ese momento un factor de riesgo para las personas que

tienen la responsabilidad de realizar la contención física, vale la pena mencionar que en el Hospital Barros Luco, en Santiago de Chile han realizado un Protocolo Contención Física de pacientes con Agitación Psicomotora, en Julio del 2011, y definen algunos términos importantes para esta investigación como son:

Contención Psicológica: Procedimiento que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, la que puede derivar en conductas perturbadoras. La realiza un profesional especializado y puede ser la acción precedente y/o simplificar la contención farmacológica.

Contención Mecánica: Medida de restricción de movimientos. Mantiene al paciente total o parcialmente inmóvil mientras persiste la situación de riesgo.

Contención Farmacológica: Procedimiento clínico de tipo invasivo que contempla administrar una sustancia en el cuerpo de la persona agitada o alterada por crisis emocional, este fármaco puede ser administrado al paciente por vía oral, intramuscular o intravenosa.

Equipos de sujeción: Corresponde a los elementos físicos con los cuales se efectúa la contención mecánica. Se establece que las contenciones son todas aquellas que están confeccionadas y comercializadas para tal efecto, bajo parámetros definidos, como las Muñequeras, Tobilleras y el Arnés (13)

En el Hospital Psiquiátrico de Cali, Institución de salud objeto de esta investigación no se cuenta con un protocolo de Contención Física, como el descrito anteriormente.

En lo referente al término de factor de riesgo, la Universidad del Valle, en el Departamento de Salud Ocupacional lo define como “la existencia de elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales, y cuya probabilidad de ocurrencia depende de la eliminación y/o control del elemento agresivo” (14)

Se hace referencia a esta definición porque describe las acciones humanas, que para el caso de esta investigación, se tiene como aspecto importante la agitación psicomotriz, siendo una actividad física exagerada del paciente enfermo mental, que precisamente es el factor de riesgo que causa el Accidente de trabajo

5.2.3 ESCALA DE AGITACION PSICOMOTRIZ DE CAJIAO

La Escala de Agitación Psicomotriz de la Dra. Cajiao agrupa los signos y síntomas que están presentes en estos eventos sin importar que diagnóstico psiquiátrico presente el paciente, para no describir uno a uno de estos síntomas como si lo tienen las escalas de agitación psicomotriz de Overt Aggression Scale (OAS), de Corrigan y de BARS

Con respecto a la escala que se menciona en el párrafo anterior, señalamos la forma como realizó el diseño de esta la Dra. Monica Cajiao. Lo primero que hizo fue una encuesta, que junto con los resultados de esta, realizó reuniones con el grupo de COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL - COPASO y la Enfermera Coordinadora de Seguridad y Salud en el Trabajo, así diseña esta escala, instrumento individualizado, es decir que se diligencie uno por cada paciente y que además se le diligencie por cada evento de pre-agitación psicomotriz.

Lo anterior teniendo en cuenta las escalas encontradas en la bibliografía mundial y las solicitudes de los encuestados. Esto permite evaluar a cada paciente por separado, además el formato puede incluirse como parte de la historia clínica de cada sujeto, permitiendo el adecuado seguimiento. Además que hace más fácil la recolección de datos tanto para el sistema de vigilancia epidemiológica a implementar como para estudios de investigación que se quieran realizar a futuro.

Como datos básicos de identificación de cada paciente se incluyen: la fecha, numero de sala, los nombres y apellidos y el número de la historia clínica, lo cual permite: ubicar de modo preciso al paciente y archivar adecuadamente el documento en la historia clínica.

La hora aparece como parte del recuadro completo de la escala con el fin de diferenciar la hora de aparición de signos y síntomas, así como de la terapéutica establecida, de la respuesta al manejo y de las consecuencias de la agitación. Lo anterior permitiría entonces evaluar la prontitud de la respuesta médica y la efectividad del manejo aplicado.

Se decidió incluir en la escala todos los ítems propuestos en la encuesta: Signos y síntomas, Acciones Terapéuticas, Respuesta al manejo aplicado, Consecuencias de la agitación psicomotriz y finalmente Observaciones; para hacer la escala completa, pero las descripciones de cada ítem con cortas, prácticas y sencillas, buscando un diligenciamiento fácil, rápido y adecuado de la misma.

En Signos y síntomas se dan tres opciones de descripción, en orden creciente de severidad, con el fin de mejorar la sensibilidad de la escala, la recomendación es puntuar lo más alto posible.

Las acciones terapéuticas igualmente agrupadas en 3 tres descripciones, se basan en el criterio médico de que toda agitación psicomotriz requiere SIEMPRE una intervención y que la primera según protocolos es una intervención verbal o conductual; una vez agotado ese punto se continúa con el manejo farmacológico y/o restricción física. La hora que se puede poner paralela a cada intervención indicaría la prontitud de la respuesta. Para calificar la calidad a la respuesta se deja la calificación en 3 opciones claras.

Las Consecuencias de la agitación incluyen que no exista una consecuencia adicional lo cual es ideal, que no exista un daño ni de personas ni de objetos; luego se anotan la destrucción de objetos, así como la de agresión física hacia el paciente que se clasifica o interpreta como Evento Adverso, el cual tiene su propio formato y seguimiento así como la agresión física hacia otros que se enuncia como Incidente o Accidente de Trabajo. Como ya se dijo, tanto el Evento Adverso como el Incidente o Accidente de Trabajo que hacen parte de la vigilancia epidemiológica de la agitación psicomotriz se registran con sus diferentes variables en un formato independiente. La idea es que si esto sucede se enlace la Escala de Agitación al formato respectivo. Es decir, si en la Escala de Agitación esta una de esas descripciones marcadas significa que para mayor información y ampliación del caso en particular se deben revisar los formatos respectivos.

Se incluyen Observaciones, espacio abierto que permite una descripción adicional del caso así como opiniones y emociones que deseen ser compartidas o que se consideren importantes por quien diligencia la escala. La escala incluye valores numéricos, teniendo en cuenta la tendencia en las escalas internacionales y la opinión del personal asistencial del hospital que opinó en un 72% que preferiría una escala numérica; además se pretende totalizar este puntaje.

Se pensó que dado que los ítems se enumeran según la severidad, la totalidad de la escala puede predecir el riesgo de una agitación posterior, de un paciente de difícil manejo y/o de una agitación con un manejo insuficiente o inadecuado.

La escala tendría un valor mínimo de 3 y un máximo de 12, de modo que puntuaciones entre 3 a 5 se considerarían de bajo riesgo, de 6 a 9 de un riesgo moderado y de 10 a 12 como de alto riesgo para que se repita la agitación psicomotriz o aparezcan complicaciones graves.

Finalmente la escala termina con el nombre, firma y cargo de quien la elaboro así como el nombre de la enfermera jefe de turno. Estos datos permiten que exista un responsable del diligenciamiento de la misma quien pueda aclarar dudas de los datos consignados. El nombre del jefe de turno da además el dato de la responsable de la sala y nos lleva a poder buscar el reporte de enfermería de dicho caso consignado en la historia clínica del paciente y que según las necesidades que pueden ser clínicas, epidemiológicas o legales se pueda ampliar la descripción de lo sucedido, corroborar datos, etc.

Luego esta escala fue sometida a prueba piloto por 6 meses, donde se realizaron varios cambios como resultado de varias reuniones con el personal de salud, y dio como resultado la actual escala, que es la que en esta investigación se va a validar

5.2.4 CARACTERISTICAS DE VALIDACION DE UNA ESCALA

Según un artículo de la Revista de Salud Pública, “Validación de escalas de medición en salud”, (9); el proceso de construcción de una escala puede esquematizarse en la siguiente secuencia:

1. Se está ante algo que se cree que realmente existe y que se quiere medir.
2. Lo que se quiere medir es un fenómeno complejo, que no es observable directamente y que tiene manifestaciones o maneras de expresarse que no son constantes.
3. Se descompone lo que se quiere medir en grupos de síntomas o manifestaciones que siempre están presentes. Esos grupos se llaman Factores o Dominios.
4. Se desarrolla una estrategia para medir los Factores o Dominios, usualmente mediante la construcción de ítem.

El siguiente paso es "certificar" que la escala tiene ciertas características o atributos que hacen meritoria su utilización. El proceso de "certificación" que se ha presentado es lo que se denomina "validación de escalas". Utilizando una terminología técnica, los pasos anteriores pueden describirse así:

Validez de Apariencia: La escala parece medir lo que debe medir. La realidad existente está adecuadamente representada por la escala. Estamos ante algo que creemos que realmente existe y que queremos medir. Es aceptada la escala? Expertos la analizan

Responder a esta pregunta tiene importancia para determinar la aceptabilidad que puede tener la escala en el escenario de aplicación. Para establecer la validez de apariencia se deben conformar dos grupos, uno de sujetos que van a ser medidos (pacientes) con la escala y otro de expertos: ellos analizan la escala y dictaminan si ésta realmente parece medir lo que se propone. Esta validez no supone un concepto estadístico, sino que depende de los juicios que los expertos hagan sobre la pertinencia de los ítems. Cada uno de los grupos puede estar conformado por tres personas.

Si un paciente deprimido nota que lo que se le está preguntando realmente tiene que ver con su padecimiento, colaborará más y dará respuestas más válidas. Para evaluar este tipo de validez se recurre a un grupo conformado por pacientes y por expertos en el área. Este grupo conceptúa si la escala, en apariencia, mide la cualidad que se supone se va a evaluar.

Validez de Constructo: La escala no deja factores sin medir ni mide dominios que no son del síndrome. La escala refleja la estructura de Dominios o de Factores en los cuales fue dividida la realidad que se va a medir. Lo que queremos medir es un fenómeno complejo, que no es observable directamente y que tiene manifestaciones o maneras de expresarse que no son constantes.

Todos los pacientes deben presentar la condición que la escala pretende medir, incluyendo los diferentes espectros de intensidad.

Por ejemplo, si el análisis factorial en una validación de una escala muestra un dominio denominado Depresión, puede aplicarse simultáneamente una escala reconocida para medir depresión y contrastar su resultado con el de la escala que se está validando. Otra estrategia reconocida para medir la validez de constructo es mediante la evaluación de los valores de correlación en estructuras matriciales

Validez de Criterio: La escala funciona de manera parecida a otros instrumentos para medir esa realidad que ya han sido "certificados". Se descompone lo que queremos medir en grupos de síntomas o manifestaciones que siempre están presentes. Esos grupos se llaman Factores o Dominios.

Para saber si funcionan de manera similar la escala con otros instrumentos certificados, debe compararse la que se está validando, con un patrón de oro que debería ser la mejor escala disponible en el área de aplicación clínica, en este caso se habla de validez de criterio concurrente. Estadísticamente la comparación se efectúa mediante coeficientes de correlación de Pearson o de Spearman, dependiendo de las características de distribución de los datos. Por supuesto, la comparación debe hacerse con un instrumento ya validado.

En caso de que no haya más instrumentos validados la comparación suele efectuarse con métodos de apreciación clínica subjetiva (como la impresión clínica global), pero reconociendo que los valores de correlación con este tipo de instrumentos no suelen ser muy altos, lo cual no quiere decir que la escala funcione mal. Para obviar este inconveniente, una alternativa es efectuar validación simultánea de dos instrumentos que evalúen la misma condición. Los valores de correlación deben estar preferiblemente por encima de 0.8. El hallazgo de valores altos de correlación entre las escalas en proceso paralelo de validación debe interpretarse con cautela.

Cuando quiera que se evalúe la correlación o concordancia entre el resultado actual del instrumento y un evento relacionado que puede suceder en el futuro, el procedimiento recibe el nombre de validez de criterio predictivo (validez predictiva). Un ejemplo es la evaluación de un estudiante universitario con "criterios ideales de excelencia" antes de iniciar su entrenamiento y compararlo con las notas que ese estudiante vaya a obtener en el futuro o al finalizar su carrera.

Una de las investigaciones sobre validación de escala dio como resultado que los factores fueron considerados pertinentes, claros, precisos y suficientes. Tres ítems se eliminaron por no obtener un índice de acuerdo superior al 80%, se modificaron seis y se añadió uno. Además, se modificó la estructura gramatical de las preguntas y los ítems se redactaron en primera persona. Esta revisión concluyó con un cuestionario constituido por 39 ítems (19).

Validez de Confiabilidad: La escala funciona bien bajo diferentes condiciones, por ejemplo cuando se aplica en diferentes oportunidades o cuando es aplicada por distintas personas.

Se desarrolla una estrategia para medir los Factores o Dominios, usualmente mediante la construcción de ítem.

Debe evaluarse la confiabilidad en tres aspectos:

- a. Relacionados con el instrumento: Si los ítems que conforman la escala, tienen unos adecuados niveles de correlación entre ellos, La medición de esta consistencia se realiza el Alfa de Cronbach.
- b. Relacionados con el tiempo de aplicación: confiabilidad prueba-reprueba, se debe medir si la escala, cuando se aplica por lo menos 2 veces, permaneciendo estable la condición que se mide, mantiene un resultado similar en la medición.

c. Relacionados con la aplicación por diferentes personas: Si en el mismo momento, ante el mismo paciente, la escala es aplicada por diferentes observadores, los resultados de la medición deberían ser similares.

Sensibilidad al Cambio: Cuando la realidad que se está midiendo cambia, la escala puede detectar ese cambio. Se compara la puntuación inicial con la posterior, en el momento en que haya modificado la condición clínica

Se dice entonces que Sensibilidad al cambio es cuando la condición que se está midiendo cambia y la escala es capaz de medir ese cambio.

Medir la sensibilidad al cambio es de particular importancia cuando se trata de instrumentos diseñados, no tanto para diagnosticar, sino para cuantificar atributos, lo cual nos asegura que la escala es buena para medir una condición a lo largo del tiempo. Este tipo de escalas son las que nos permiten evaluar la respuesta a un tratamiento. El procedimiento más usado para evaluar la sensibilidad al cambio consiste en comparar una puntuación inicial con una puntuación posterior, en un momento en el cual se haya modificado la condición clínica. La documentación de este cambio suele hacerse aplicando otras escalas o simplemente una evaluación clínica global. Los métodos estadísticos empleados dependen de las características distribucionales de los puntajes de la escala, aunque usualmente son útiles el Alfa de Cronbach. (9)

Poder medir una condición cambiante implica que el instrumento de medida pueda responder adecuadamente a tales cambios. Estas situaciones son comunes en la práctica clínica cuando queremos evaluar el efecto de un tratamiento u observar la evolución de determinada condición a lo largo del tiempo. En tales casos aplicamos una escala repetidamente en un mismo sujeto lo cual produce resultados que se comparan matemáticamente mediante análisis de covarianza.

Validez de Utilidad: La escala es práctica, fácil de aplicar y de procesar. En este punto se hace referencia a la aplicabilidad del instrumento en el escenario real. Si bien, no depende de la aplicación de procedimientos estadísticos, en la validación de una escala debe describirse el tiempo promedio requerido para aplicar el instrumento, la necesidad de condiciones particulares en las cuales haya que poner al sujeto antes de iniciar el procedimiento, el grado de capacitación o calificación profesional que requieren quienes se encargarán de aplicar el instrumento, y la forma, método y tiempo requerido para calificar el puntaje de la escala.

5.2.5 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA LA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS

La consistencia interna de un instrumento se refiere al nivel en que los diferentes ítems o preguntas de una escala determinada están relacionados entre sí. Por lo tanto, nos da una idea del estado de homogeneidad entre los diferentes ítems indicando un acuerdo entre los mismos, de tal forma que la sumatoria de estos ítems se puedan acumular y dar una puntuación final, indicando lo anterior el resultado de la escala. La consistencia interna habitualmente se mide a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, el cual es un método estadístico frecuentemente utilizado en estos casos. El coeficiente de Cronbach se define de la siguiente manera:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_{sum}^2} \right]$$

Donde:

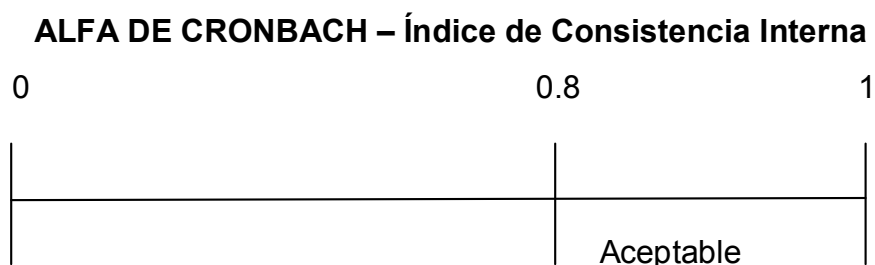
$\sum_{i=1}^k S_i^2$ es la suma de varianzas de cada ítem

S_{sum}^2 es la suma total de la varianza

K es el número de preguntas o ítems

Este coeficiente varía entre 0 y 1, donde 0 indica confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total. El Alfa de Cronbach se puede sobreestimar por el gran número de ítem presentes en la escala, indicando lo anterior una confiabilidad falsa del instrumento (15).

El coeficiente Alfa de Cronbach es un método estadístico muy utilizado, sus valores oscilan entre 0 y 1, se considera que existe una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es superior a 0,8; por eso después de determinar el número de ítems de la escala, el Alfa de Cronbach se debe calcular para cada uno de estos ítems por separado, este se considera un adecuado medida de consistencia interna; podemos entonces decir que la baja de Alfa de Cronbach indica una falta de correlación entre los ítems de una escala, lo que hace que resume los ítems injustificados y muy alto Alfa de Cronbach indica una alta correlación entre los ítems de la escala, es decir, se tiene como criterio de 0.70 a 0.90 como una medida de buena consistencia interna, pero es aceptable entre 0:8 y 1 como resultado del alfa (18).



Si su valor es cercano a la unidad se trata de una escala fiable que hace mediciones estables y consistentes

Si su valor está por debajo de 0.8, la escala que se está validando presenta una variabilidad heterogénea en sus ítems y por lo tanto nos llevará a conclusiones equivocadas.

Esperando que la escala tenga los parámetros psicométricos adecuados para ser utilizado como instrumento para evitar los accidentes de trabajo

Posteriormente, se procede al análisis de factores con el objetivo de encontrar las variables latentes no observables que se describen a través de la escala por medio de los ítems establecidos, esto nos ayudara a definir el conjunto de ítems que identifican cierto tipo de comportamientos en los pacientes.

Para analizar la validez de constructo de una escala, se hace el uso del análisis de factores confirmatorio con el principal propósito de encontrar grupos de ítems que se interpretaran como dimensiones o variables latentes no observables que se describen por medio del conjunto de preguntas de la escala. De esta manera, el análisis factorial describe la relación existente entre múltiples variables, en términos de pocas variables aleatorias no observable llamadas factores. El análisis factorial se basa en un modelo, el cual considera una parte sistemática (combinación lineal de variables no observables “factores”) y un error no observable. El modelo factorial está dado por (16):

$$x_k = \lambda_1 f_1 + \lambda_2 f_2 + \dots + \lambda_j f_j + e_k$$

En el modelo anterior, cada ítem (x_k) es explicado en función de los nuevos factores (f_j) y un error no observable (e_k). Las cargas (λ) constituyen las ponderaciones del ítem para ese factor único, de tal forma que no todos los ítems tengan la misma participación en el factor latente y de tal manera que se puedan formar grupos de ítems dando origen a las nuevas dimensiones. El método de estimación ampliamente utilizado es el método de la máxima verosimilitud.

5.3 MARCO LEGAL

En un artículo publicado en Diciembre del 2010, sobre la Breve Historia de la Salud Ocupacional en Colombia, presenta los desarrollos de la salud ocupacional en Colombia desde principios del siglo XX hasta nuestros días, incluyendo los avances en legislación que han sido objeto de estudio y aplicación en Colombia para el mejoramiento de la salud y las condiciones de trabajo de la fuerza laboral. Se han hecho grandes esfuerzos en el país por parte de entidades gubernamentales y privadas para la protección de la salud de los trabajadores; sin embargo, hoy en día se siguen presentando los mismos riesgos y enfermedades asociadas con ciertas actividades económicas, especialmente las agrícolas, donde la automatización ha sido escasa y la mayoría de actividades siguen realizándose de forma manual. Sin embargo no toda la responsabilidad recae en el estado y sus políticas; gran parte de ésta radica en el compromiso por parte de los empresarios, que deben entender que la salud ocupacional es una inversión, y no un gasto, porque la protección del trabajador acaba repercutiendo favorablemente en la producción.

La Ley 9 de 1979 fue la primera aproximación real del gobierno a la protección de la salud del trabajador, en especial su artículo 81 que señala que “la salud de los trabajadores es una condición indispensable para el desarrollo socioeconómico del país; su preservación y conservación son actividades de interés social y sanitario en la que participarán el gobierno y los particulares”

El artículo en referencia relacionó las normativas, hasta el año 1994 describiendo que las regulaciones en salud ocupacional en Colombia se pueden agrupar en tres categorías principales: a) regulaciones sobre la protección y conservación de la salud de los trabajadores; b) regulaciones de ambientes de trabajo; y c) regulaciones de creación de entes de control y regulación. Siendo las leyes más relevantes: Ley 9/1979: Normas para preservar, conservar y mejorar la salud de

los individuos en sus ocupaciones. Resolución 2013/1986: Funcionamiento de los comités de medicina, higiene y seguridad industrial en los lugares de trabajo. Resolución 1016/1989: Organización, funcionamiento y forma de los programas de salud ocupacional. Decreto Ley 1295/1994: Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Ley 100/1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral

Desde 1994 hasta la fecha las normas que regulan Salud Ocupacional existentes son: Ley 1010/2006: Acoso Laboral. Resolución 1401/2007: Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo. Resolución 2346/2007: Regula la práctica de las evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales, fue modifica algunos artículo de esta con la Resolución 1918/2009. En el año 2008 la Resolución 2646: Factores de Riesgo Psicosocial. Ley 1438/2011: Reforma de la Ley 100. Decreto 2923/2011: Garantía de la calidad SGRP. Ley 1562/2012 Reforma Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el año 2012 la Resolución 652/2012: Comité de Convivencia Laboral modificada parcialmente ese mismo año por la Resolución 1356

Actualmente en Seguridad y Salud en el Trabajo (antes Salud Ocupacional) se describen como factores de Riesgo a los que están expuestos los colaboradores:

1. Físico: Iluminación, Ruido, Radiaciones, Temperaturas y Vibraciones
2. Químicos: Solventes, Metales Pesados y Plaguicidas
3. De Seguridad Interno (Mecánicos, Eléctrico, Locativo) y Externo (Terremoto, deslizamiento, Inundaciones)
4. Social (Comportamiento, Actitudes, Conflictos)
5. Biológicos
6. Biomecánico (anteriormente llamado Ergonomía)
7. Psicosocial

En ninguna normatividad se ha aceptado de manera explícita como Factor de Riesgo la Agitación Psicomotriz, siendo este un riesgo de trabajo del personal que labora en los Hospital Psiquiátricos; esta se describe en el Factor de Riesgo Social que incluye las agresiones de los pacientes enfermos mentales al personal de salud que labora en estas Instituciones, produciéndoles lesiones en diferentes partes del cuerpo, inclusive lesiones emocionales

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la validez de la Escala de Agitación Psicomotriz propuesta por la Dra. Mónica Cajiao en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle en la ciudad de Cali, como instrumento preventivo de los Accidentes de Trabajo.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la validez de apariencia de la “Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao”

Determinar la validez de constructo de la “Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao”

Determinar la validez de Criterio de la “Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao”

Determinar la confiabilidad de la “Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao”

Evaluar la sensibilidad al campo de la “Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao”

Determinar la utilidad de la “Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao”

7 METODOLOGIA

La presente investigación tiene como metodología un enfoque cuantitativo, Retrospectivo; pues la escala ya fue elaborada y diligenciada; para efectos del desarrollo de Seguridad y Salud en el trabajo del Hospital y por los motivos mencionados en el planteamiento del problema y justificación, se requiere determinar su validez.

Se trata de un estudio descriptivo que describe la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud. Los datos proporcionados por estos estudios son esenciales para los administradores sanitarios así como para los epidemiólogos y los clínicos.

Los epidemiólogos podrán identificar los grupos de población más vulnerables y distribuir los recursos según dichas necesidades y para los clínicos son el primer paso en la investigación de los determinantes de la enfermedad y la identificación de los factores de riesgo.

Es importante mencionar que antes de iniciar el trabajo de campo, esta investigación contó con el aval del comité de ética humana de la Universidad del Valle, con acta de aprobación número 012-013, con código interno 097-013

7.1 MUESTRA

Como muestra se evaluaron 251 escalas de agitación psicomotriz, cumpliendo así la regla usual de emplear una muestra no menor de 100 o 10 x el No de ítems (17); la escala tiene 13 ítems, entonces por cada ítem se debieron tomar como mínimo 10 eventos o sea 130. En esta investigación se tomaron en total 251. Para validar la sensibilidad al cambio se tomaron escalas diligenciadas del mismo paciente en el mismo día o un día después, que en total fueron 21 escalas, pero

para realizar la prueba re prueba se tomaron los datos de escalas aplicadas a 55 pacientes.

7.2 CAMPO DE ESTA INVESTIGACIÓN

La muestra que se tomó para esta investigación fue de 251 escalas, diligenciadas mientras se observaron a pacientes psiquiátricos que estaban hospitalizados en las Salas de Críticos (No 7 y la No 8), desde Marzo a Diciembre del 2012.

7.3 TECNICA PARA DIGITAR LA ESCALA

Se contó con el apoyo de una Profesional en Estadística quien entregó a la investigadora, un cuadro con aspectos: a) todos los dominios b) los ítems de la escala c) el responsable de diligenciar la escala d) el nombre de la Enfermera de Turno. El digitador fue la misma investigadora principal, fortaleza de este proyecto, puesto que tenía claro la importancia de esta investigación.

7.4 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS

7.4.1 FASE 0: CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para la construcción del proyecto se partió de la identificación de situaciones problemáticas en que fuera necesario la intervención desde Salud Ocupacional, encontrándose que la mayor causa de los Accidentes de Trabajo es cuando un paciente agrede físicamente a un trabajador del Hospital Psiquiátrico. Una vez identificada la situación se realizó una encuesta para dar mayor claridad en el tema a abordar en esta investigación.

Se realizó una Prueba Piloto, con el personal que no laboraba en las Salas de Críticos (No 8 y No 7 donde se hizo el estudio) con dos encuestas de expectativas sobre la escala de Agitación Psicomotriz que actualmente se está diligenciando en el Hospital, se realizó al personal de salud: Enfermeras Profesionales, Terapeutas

Ocupacionales, Auxiliares de Enfermería y Auxiliares de Terapia Ocupacional (Anexo No 2); y la otra encuesta a los Médicos Psiquiatras (Anexo No 3)

Como resultado de esta encuesta se obtuvo que el 50 % de los auxiliares de enfermería encuestados están usando la escala post-evento (después que ocurre la agitación psicomotriz), las Terapeutas Ocupacionales no la han utilizado y los Psiquiatras no la conocen, por lo que se evidencia aun más la necesidad de validar esta Escala.

7.4.2 FASE I: VALIDACIÓN

Para el desarrollo de la metodología de esta investigación, se realizó teniendo en cuenta toda la información del Marco Teórico, especialmente las características de la validación que se describirán a continuación:

a) Para realizar la Validez de Apariencia, fue examinada la escala por tres personas expertos en el área de investigación y en Psiquiatría; que fueron el Dr. Carlos Alberto Miranda Bastidas, Subgerente Científico, Psiquiatra, Magister en Epidemiología, Investigador de Colciencias; el Dr. Juan Carlos Rivas, Neuropsiquiatra, Investigador de Colciencias y la Dra. Viviana Ordoñez, Psiquiatra, Magister en Epidemiología.

Como evidencia el instrumento que se utilizó para esta validez, fue la misma Escala de Cajiao aumentándole un espacio donde los expertos escribían sobre sus opiniones de cada uno de los dominios (Anexo No 4)

b) Para realizar la Validez de Constructo y la consistencia interna se realizó por medio del análisis factorial y el Alpha de Cronbach. Para realizar este análisis se estudió la matriz de correlaciones con el objetivo de evaluar si existe relación entre los ítems y por medio de la medida de adecuación de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) la viabilidad del análisis factorial.

El análisis factorial se realizó por medio del método de factores principales, se realizaron rotaciones ortogonales y oblicuas (varimax), con el objetivo de estudiar si ofrecían los mismos niveles de interpretaciones que el método sin rotación.

c) Para la Validez de Criterio, se comparó la Escala de Cajiao con dos escalas validadas científicamente, que son la Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Aggression Scale OAS) y la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Agitated Behavior Scale, ABS)

d) Para la Validez de Confiabilidad, se tomó la muestra descrita realizándole el análisis de bland Altmant, para determinar si tiene un buen grado de confiabilidad la escala, realizándose también una segunda medición con el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente de concordancia correlación de Lin.

e) Para la Validez de la Sensibilidad al Cambio, se eligieron 21 escalas de pacientes a quienes se les aplicó la Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao en un intervalo no mayor de un día de diferencia donde se espera que su condición clínica no ha variado significativamente, se tendrá como referencia la primera medición realizada de la escala en el paciente.

f) Para Validar la Utilidad se realizó la encuesta que se utilizó en la prueba piloto, pero en esta ocasión se le realizó solamente a los trabajadores que laboraron en el año 2012, en las salas de críticos, Sala No 7 (crítico mujeres) y Sala No 8 (críticos hombres). Esta encuesta la investigadora se la realizó a diez (10) personas del área de la salud y a un (1) psiquiatra, la diligenciaron estando de turno en las salas, no se demoró más de cinco minutos y por lo tanto no se interfirió en el trabajo de ellos

7.4.3 FASE II: SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los resultados de cada una de las escalas, fueron digitados por la investigadora principal, en una planilla que fue diseñada por una estadística, no se digitaron nombres de pacientes sino el número de cedula de ellos. Se digitaron uno a uno de los dominios con sus respectivos ítems

7.4.4 FASE III: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Con respecto a la validación de la Apariencia de la Escala de Cajiao, los tres expertos invitados en esta investigación, en forma individual examinaron la escala y dieron sus conceptos:

DOMINIO DE LA ESCALA A EVALUAR	Dr. Carlos Miranda	Dra. Viviana Ordoñez	Dr. Juan Carlos Rivas
SIGNOS Y SINTOMAS	Son varios síntomas deben estar separados de punto, ya que son ideas diferentes, el paciente no tiene por qué presentar todos los síntomas; y en el ítem que dice que golpea objeto debe estar el y/o para agresividad hacia sí mismo u otros.	Opina que en el instructivo de la escala debe precisar los términos como los síntomas: inestabilidad, negativismo (activo o pasivo) y los otros; debe estar especificada la frecuencia respiratoria cuando se habla de hiperventilación, para así ser más objetivo, se debe utilizar mejor el termino de autoagresión en vez de agresividad hacia sí mismo y el de	No están distribuidos adecuadamente por ejemplo aumento de tono de voz debe estar desde el puntaje 1, al igual que hiperventilación; además que hay mezclas de signos y síntomas, el término “cambios súbitos” es muy subjetivo. Opina que el problema de los puntajes bajos es que las personas se tranquilizarían y desde el numero 1 ya debe ser para intervención

		heteroagresion que el de agresión a otros	
ACCIONES TERAPÉUTICAS	Debe ir separado intervención verbal de intervención de terapia ocupacional, lo mismo que la última de ese dominio debe estar separado la de sedación que bien puede ser oral, intramuscular, endovenosa y aparte la de sedación con restricción física.	La intervención verbal debe ser realizada por personal calificado para que tenga en cuenta la comunicación no verbal (tono de voz bajo,. Movimientos de los brazos), en la sedación oral tener en cuenta la sublingual que aunque no vienen en esa presentación se pueden diluir. Cuando es sedación parenteral especificar si es con neuroléptico y/o con benzodiacepina, especificar si es sedación endovenosa.	Sugiere que quitaría terapia ocupacional; no debe estar junto la sedación parenteral con y/ restricción física, además opina que se debe llamar restricción mecánica, que es un evento agudo mientras se seda el paciente, luego debe desinmovilizarse
RESPUESTA	Se debe utilizar el lenguaje de calidad y es decir eficaz en vez de efectiva e	Se debe tener encuentra las acciones terapéuticas, por	No tiene diferencia con el dominio de "consecuencia", no se especifica la

	ineficaz y no inefectiva, para que quede igual a otros instrumentos que se utilizan dentro del Hospital Psiquiátrico, IPS de esta investigación.	ejemplo si se seda oralmente al cuanto tiempo la respuesta es efectiva o si no es efectiva se vuelve hacer sedación oral o ya se le seda en forma parenteral	definición de cada uno de los ítems
CONSECUENCIAS	No debería decir “destrucción de objetos” sino “daños”	Opina que está bien	No se especifica la definición de cada uno de los ítems; considera que debe tener el mismo puntaje el de “agresión física hacia sí mismo” que el de “agresión física hacia otros”

En el primer dominio se evidencia en los tres expertos la necesidad de separar los síntomas que se describen en cada ítem, dar claridad a cada uno de ellos, gramaticalmente como son síntomas diferentes deben de estar separados; en el dominio de las acciones terapéuticas coinciden los expertos en que las acciones deben de ser más explícitas, no deben estar en el mismo ítem la sedación con restricción física, puesto que son categorías diferentes, le hacen bastante relevancia a este dominio porque son ellos los Psiquiatras los que definen estas acciones terapéuticas; en el dominio de respuesta están de acuerdo los expertos en que no está muy bien especificado a lo que se refiere la escala con efectiva,

parcial e inefectiva y el último dominio de consecuencia, uno de los expertos opina que está bien como lo describe la escala, pero los otros dos expertos opinan que son muy parecidos los dos dominios: respuesta y consecuencia, además son muy inespecíficos

Con respecto a la validación del Constructo, Confiabilidad y Sensibilidad al cambio de la Escala de Cajiao, los resultados se evidenciarán a continuación, pero es importante referir que todos los análisis fueron realizados en el software estadístico STATA 13; el cual tiene una amplia gama de técnicas estadísticas más recientes y un alto potencial gráfico.

Se evaluaron 251 escalas de agitación psicomotriz realizadas de marzo a diciembre del 2012, en la tabla 1 se observan los resultados obtenidos.

Tabla 1. Resultados de la Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao

		N	%
Signos y Síntomas	Cambios súbitos hacia la ansiedad e inestabilidad, o mutismo y negativismo	24	9.6
	Aumento del tono muscular, amenaza, hostilidad, aumento en el tono de voz y/o hiperventilación	86	34.3
	Golpea objetos, agresividad hacia sí mismo u otros	141	56.2
Acciones Terapéuticas	Intervención verbal y/o terapia ocupacional	19	7.6
	Sedación Oral	14	5.6
	Sedación Parenteral y/o restricción física	218	86.8
Respuesta	Efectiva	104	41.3
	Parcial	89	35.5
	Inefectiva	58	23.1
Consecuencias	Ninguna	204	81.3

	Destrucción de Objetos	15	6.0
	Evento Adverso (Agresión Física hacia sí mismo)	5	2.0
	Incidente o Accidente laboral (Agresión Físico hacia otros)	27	10.8

La Escala de Cajiao muestra que el 56.2% de los pacientes presentaron agresividad con objetos hacia sí mismos u otras personas en el ítem de signos y síntomas, por consiguiente, en el ítem de acciones terapéuticas al 86.8% se les dio sedación parental o restricción física. En cuanto al nivel de respuesta, se observó que en el 41.3% fue efectiva, en el 35.5% parcial o momentánea y en el 23.1% de los casos inefectiva. En el 81.3% no se obtuvo ninguna consecuencia, el 10.8% ocasionaron incidentes o accidentes laborales (Tabla 1).

Las posibles puntuaciones de la escala tuvieron un rango de 3 a 12. El promedio obtenido fue de 7.5 (DE=1.6), en esta muestra el 50% de los pacientes obtuvieron puntuaciones entre 6 a 8 puntos (Figura 1).

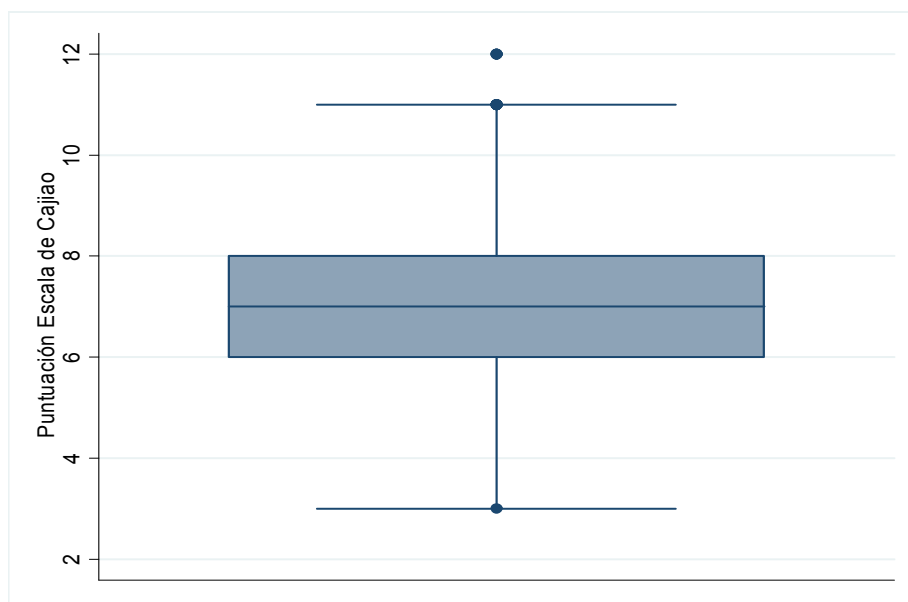


Figura 1. Distribución de puntaje obtenido en la Escala de Cajiao

Para estudiar la conveniencia del análisis factorial (análisis de contenido) se inicia con la evaluación de la matriz de correlaciones entre los ítems de la Escala de Cajiao, se observa que no se presentan correlaciones altas entre todos los ítems, lo cual indica que cada una de los ítems de la escala tienden a representar una dimensión independiente y no tiene sentido buscar otras dimensiones por medio del análisis factorial que las definan nuevamente y es posible que no exista un factor común. En la tabla 2, se muestra que correlaciones significativas solo se presenta entre el ítem de acción terapéutica- respuesta y entre signos- síntomas y consecuencia, aun así ambas correlaciones son débiles.

Tabla 2. Correlaciones

	Signos	Acción	Respuesta	Consecuencia
Signos cor Sign	1.0			
Acción cor Sign	0.09 0.16	1.0		
Respuesta cor Sign	-0.01 0.85	-0.18 0.00	1.0	
Consecuencia cor Sign	0.28 0.00	0.06 0.36	-0.05 0.47	1.0

El índice de KMO obtenido en este caso es de 0.52, basados en la clasificación de Kaiser se puede considerar que el KMO obtenido es “mediocre” para llevar a cabo el análisis factorial, aun así en la literatura, se considera que un $KMO < 0.5$ no justifica seguir con el análisis factorial debido a que la correlación entre las variables no es grande y estaría indicando que cada uno de los ítems de la escala representa un propio factor, como nuestro $KMO > 0.5$ a pesar de no ser muy alto se considera proseguir con el análisis factorial.

Para llevar a cabo el análisis factorial se decide un total de 2 factores que retienen el 61.6% de la variabilidad, se realiza un análisis factorial con rotación varimax

(oblicua) para facilitar la interpretación de los factores, los resultados obtenidos se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Análisis Factorial

	Factor 1	Factor 2
Signos y síntomas	0,80	0,03
Acciones Terapéuticas	0,11	0,75
Respuesta	0,05	-0,79
Consecuencias	0,79	0,04

Factor 1: Explica el 33.7% de la varianza total e incluye los siguientes ítems:

Signos y síntomas, consecuencias, por lo tanto estos dos ítems conforman la dimensión de la sintomatología de los pacientes.

Factor 2: Explica el 27.9% de la varianza total e incluye los siguientes ítems:

Acciones terapéuticas, respuestas, el cual se puede denominar como dimensión terapéutica.

Por lo tanto, la Escala de Cajiao tiene dos componentes de contenido principales uno respecto a la sintomatología de los pacientes y el otro orientado al área terapéutica, poniendo de manifiesto que la Escala de Agitación Psicomotriz conceptualmente tiene una indicación como guía de manejo, más que con el objetivo de la predicción sobre un comportamiento determinado del paciente.

En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos para la evaluación de la consistencia interna por medio del Alpha de Cronbach, se observa que la Escala de Cajiao reporta un coeficiente de 0.333, lo cual indica que existe una pobre relación entre los ítems que conforman la escala. De igual manera se observa que al eliminar los ítems de signos y síntomas, acciones terapéuticas y consecuencias la consistencia interna disminuye considerablemente, pero al eliminar la respuesta terapéutica de la Escala de Cajiao la consistencia tiende a mejorar.

Tabla 4. Consistencia Interna

Ítem	Alfa de Cronbach
Signos y síntomas	0.236
Acciones Terapéuticas	0.278
Respuesta	0.335
Consecuencias	0.233
Escala de Cajiao	0.333

En la evaluación de prueba-reprueba se eligieron 55 escalas de pacientes a quienes se les aplicó la Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao en un intervalo no mayor de un día de diferencia donde se espera que su condición clínica no ha variado significativamente, se tendrá como referencia la primera medición realizada de la escala en el paciente.

La media del puntaje en la primera medición fue de 7.4 (DE=1.5) y en la segunda de 7.7 (DE=1.4), esta diferencia observada no resulto estadísticamente significativa ($p>0.05$) y por lo tanto, los puntajes medios obtenidos en los dos instantes de medición son estadísticamente iguales.

Por medio del análisis de bland Altman, se observa que la gran mayoría de los puntos se encuentran dentro de los límites de concordancia IC95% (-3.3-3.8), lo cual indica que la Escala de Cajiao tiende a ser estable cuando la condición clínica no ha variado (Figura 2) e implicaría que la escala puede tener un buen grado de confiabilidad, Aun así se logra ver una ligera tendencia de obtener una medición mayor en la segunda observación a medida que los valores de la Escala de Cajiao aumentan.

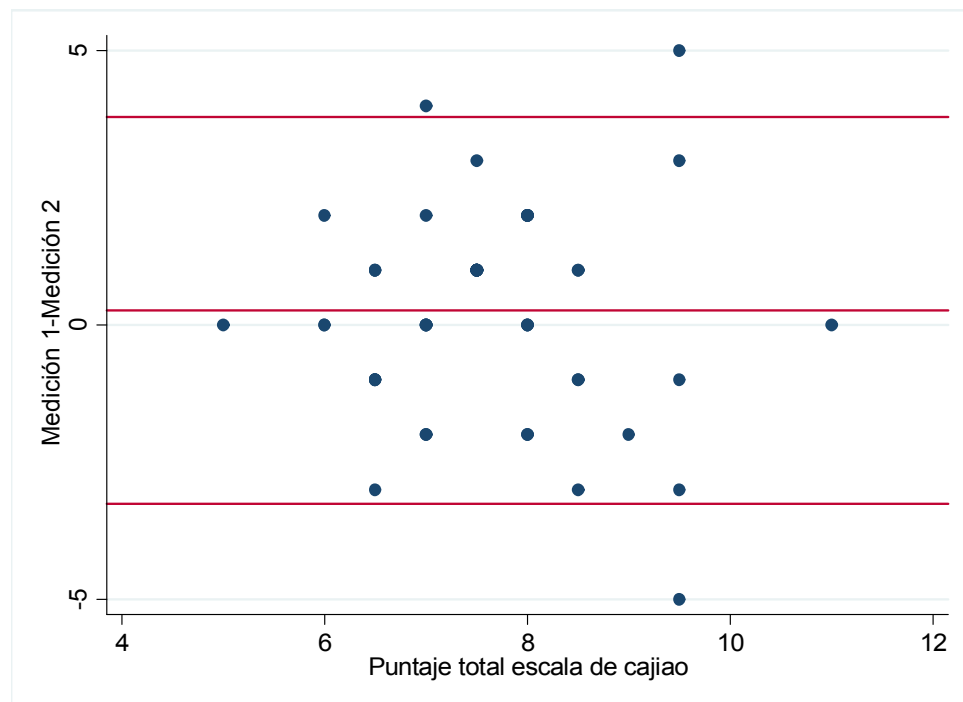


Figura 2. Bland Altman – evaluación prueba-reprueba

El resultado del coeficiente de correlación de Pearson es 0.165 IC95% (-0.10;0.41), el coeficiente de concordancia correlación de lin es 0.160 IC95 (-0.54; 0.76), lo anterior indica que existe una pobre concordancia entre las dos mediciones por lo tanto, la Escala de Cajiao no tiene buena concordancia entre los dos instantes de medición. Ambos coeficientes fueron estadísticamente igual a 0 ($p > 0.05$), por lo tanto se concluye que el instrumento no tiene una buena confiabilidad prueba-reprueba, debido a que se presentan diferencias sistemáticas entre las dos mediciones (Figura 3).

Aun así, es de recordar que el estado mental es una variable difícil de cuantificar, no se puede asegurar que el estado clínico del paciente no se modificó en las dos mediciones.

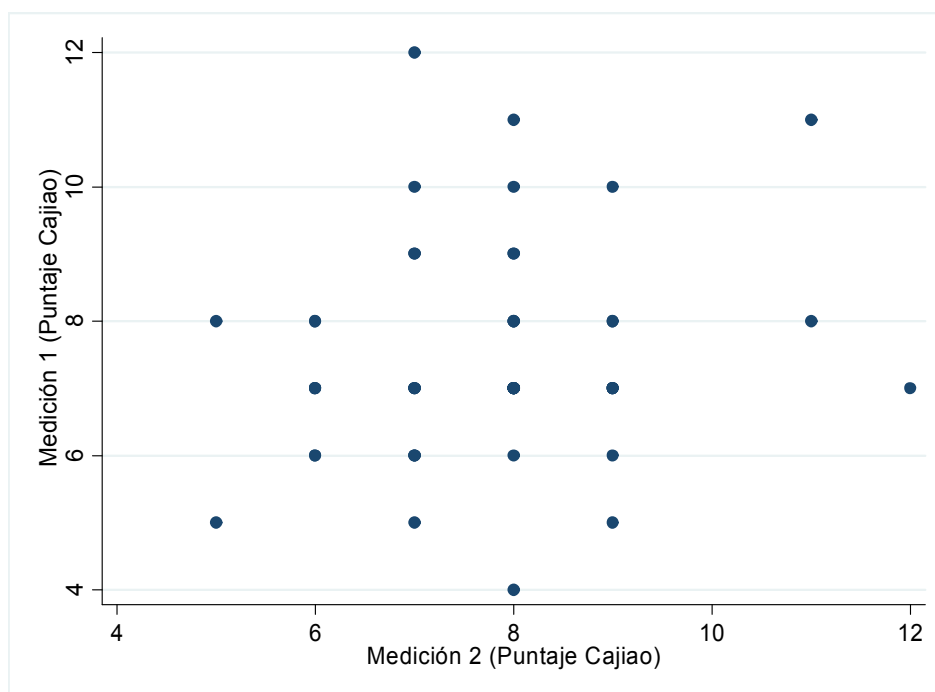


Figura 3. Prueba-Re prueba Cajiao

El análisis de sensibilidad se realizó con 21 escalas de pacientes que presentaban mediciones realizadas con más de un mes de diferencia y se esperaba que en estos pacientes se haya presentado un cambio clínico significativo. Para la comparación de las puntuaciones iniciales y posteriores, se realizó un análisis de varianza ANOVA de medidas repetidas para los sujetos, con el objetivo de estudiar las posibles diferencias entre los pacientes y dentro de cada paciente, es decir, las diferencias que pueden existir en los dos instantes de medición.

Tabla 5. Resultado ANOVA de medidas repetidas

Number of obs = 42 R-squared = 0.5709 Root MSE = 1.58865 Adj R-squared = 0.1202					
Source	Partial SS	df	MS	F	Prob > F
Model	67.1428571	21	3.19727891	1.27	0.3001
sujeto tiempo	57.6190476	20	2.88095238	1.14	0.3851
	9.52380952	1	9.52380952	3.77	0.0663
Residual	50.4761905	20	2.52380952		
Total	117.619048	41	2.86875726		

Se encontró que no existen diferencias significativas en las puntuaciones de la Escala de Cajiao entre los instantes de medición al igual que tampoco existe una variación entre los 21 pacientes estudiados ($p > 0.05$), lo cual indica que la Escala de Cajiao no varía adecuadamente sus puntuaciones de acuerdo al estado del paciente y por lo tanto se puede considerar que no es sensible al cambio.

Se debe tener cuidado en los análisis de prueba-reprueba y sensibilidad al cambio debido al tipo de problema que se estudia, debido a que la valoración realizada presenta un componente subjetivo.

La validez del Criterio, se realizó comparando la Escala de Cajiao con otras escalas científicamente validadas, pero no hay un instrumento para realizar esta comparación; por eso se efectuó esta comparación con método de apreciación clínica subjetiva, si tiene los mismos ítems y dominios que la escala estudiada

De las escalas validadas ya existentes unas que dan respuesta a muchos de los temas previstos pero algunas son escala autoaplicadas como Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV) y la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI) ; otras tienen dominios donde se valoran áreas como agresión verbal, agresión física contra uno mismo, agresión física contra objetos y agresión física contra otras personas como es la Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Aggression Scale OAS), estando focalizada la Escala de Cajiao estos dominios en uno solo que son signos y síntomas, por eso se determina que las escalas nombradas no se parecen a la de Cajiao

Ninguna escala validada tiene los tres últimos dominios que tiene la Escala de Cajiao, acción terapéutica, respuesta y consecuencia. Así como tampoco hay escala validada donde se describe la hora en que se observa el tema de cada uno de los dominios.

Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Agitated Behavior Scale, ABS); tiene 14 ítems de los cuales 4 son con respecto al factor de agresividad, áreas que también son calificados en la Escala de Agitación de Cajiao, mientras que los otros 10 ítems de la escala ABS son focalizados a “desinhibición y labilidad”, aspectos que no son tomados en cuenta en la Escala de Cajiao

Las escalas OAS y ABS tienen valores muy diferentes a los de la Escala de Cajiao, la primera hace referencia al “número de veces” que presenta lo descrito en cada ítem de los 4 dominios, mientras que la escala ABS se califica 1. Inexistente, 2. Leve, 3. Moderado, 4. Extremo; muy diferente como se califica en la escala que esta investigación está validando que cada dominio van de 1 a 3.

Al tiempo en que el personal de salud observa el paciente y diligenciaba la escala, estos mismos síntomas fueron descritos por el médico en las evoluciones medicas de las Historia Clínica.

Con respecto a la validación de la Utilidad de la Escala de Cajiao, se realizaron un total de 11 encuestas al personal asistencial del centro hospitalario, de estos el 72.7% (8) son mujeres y el 27.3% (3) hombres. El 100 % (11) se desempeñan en el área de hospitalización. Se logró encuestar a 10 auxiliares de enfermería y un profesional en psiquiatría, todos ellos trabajaron en al año 2012 en las salas de agudos (Sala No 7 y No 8)

El tiempo mínimo de antigüedad en el centro asistencial fue de 3 años con un máximo de 30 años, el tiempo promedio de antigüedad fue de 14 años. En la figura 4, se muestra la distribución de los años de antigüedad, se observa que para la valoración de la Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao, se cuenta con la opinión de profesionales de salud que cuentan con un tiempo mínimo de experiencia en el manejo de la escala y personas con un alto grado de experiencia.

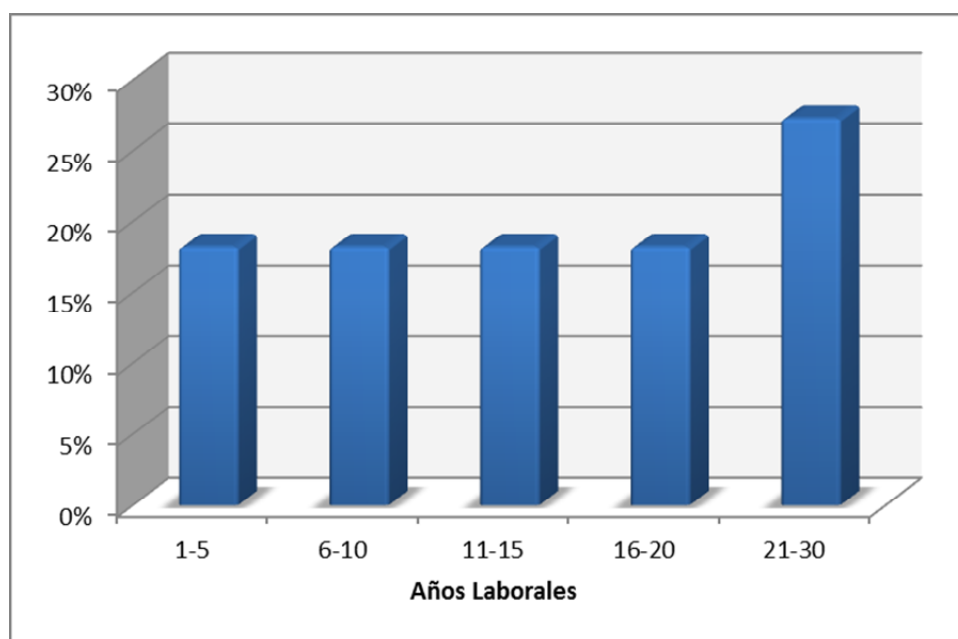


Figura 4. Años laborales en el centro asistencial

Tabla 6. Resultados encuesta personal de salud

Pregunta	Item	N	%
Conoce usted la nueva Escala de Agitación Psicomotriz	Si	11	100
	No	0	0%
Que tan sencilla es la Escala para diligenciarla	sencilla	11	100
	Difícil	0	100%
Cree usted que esta escala le servirá para evidenciarle al Médico Psiquiatra sobre los signos y síntomas que presenta el paciente antes de agitarse	Si	11	100
	No	0	0
Cree que al diligenciar en la escala: acción terapéutica y la respuesta a esta, junto con las horas es una forma de cumplir el objetivo de la escala	Si	10	90.9
	No	1	9.1
Cree que al informar al Psiquiatra oportunamente los síntomas de pre-agitación que presenta el paciente, se cumplirá el objetivo de esta escala, que es la no ocurrencia de accidentes de trabajo.	Si	11	100
	No	0	0
Considera importante la aplicación de la Escala de Agitación Psicomotriz?	Si	11	100
	No	0	0
Si usted recibe una capacitación sobre la escala, piensa que la aplicaría?	Si	10	100
	No	0	0

El 100% de las personas encuestadas conocen la Escala de Cajiao, por lo tanto el 100% alguna vez ha aplicado la escala, entre las razones que han motivado al personal se encuentra:

- Consideran que es una buena herramienta para la identificación y prevención de la agitación psicomotriz de los pacientes para así evitar la presencia de eventos adversos.
- Es una herramienta clara, corta y fácil de diligenciar.

En cuanto a la dificultad que representa el diligenciamiento de la escala, el 100% del personal de salud considera que es sencilla.

El 100% de las personas creen que la escala es un instrumento útil para identificar los síntomas previos a la agitación psicomotriz. El 90.9% piensan que incluir en la escala la acción terapéutica correspondiente y la respuesta final ayudan a cumplir

el objetivo principal de la Escala de Cajiao, el cual es prevenir accidentes laborales.

El 100% de las personas piensan que informar al psiquiatra sobre los síntomas previos de pre-agitación del paciente ayuda a evitar accidentes laborales y por lo tanto se pueden aplicar medidas de corrección antes de que el paciente llegue a la agresividad.

En cuanto al grado de importancia de la Escala de Cajiao, el 100% del personal considera que la aplicación oportuna de la escala es importante. Dado que consideran que:

- Es una oportunidad para medir y conocer los síntomas.
- Para dar un manejo oportuno
- Para evitar accidentes laborales

En cuanto a los aspectos a mejorar en la Escala de Agitación Psicomotriz, los trabajadores piensan que:

- No necesita modificaciones
- Especificar el puntaje final de la escala, realizar categorizaciones por estado final del paciente.

7.4.5 FASE IV: DISCUSIÓN

Para determinar si la Escala de Cajiao es válida con respecto a la apariciencia los tres expertos, en forma individual dieron sus conceptos, sobre la pertinencia de cada uno de los dominios como de los ítems, ampliamente cada uno de ellos fueron puntuales en afirmar que la escala no mide lo que debe medir, es decir que no mide lo que se propone, que es identificar los síntomas de pre-agitación, informar para tomar acciones terapéuticas y evitar un accidente de trabajo; por lo tanto no mide la cualidad que se supone va a evaluar, ya que hay varios síntomas en un solo ítem como por ejemplo “aumento del tono muscular, amenaza,

hostilidad, aumento en el tono de voz y/o hiperventilación”, al igual que dos acciones terapéuticas, por lo tanto la escala no es aceptable en el escenario de aplicación y menos en la prevención de los accidentes de trabajo. Como esta validez no supone un concepto estadístico sino el juicio de los tres expertos, se determina que la escala no es válida en su apariencia.

Con respecto a la validación del constructo, cuando se realizó la evaluación estadística, en el resultado de la evaluación de la consistencia interna por medio del Alpha de Cronbach se evidencio que hay una pobre relación entre los ítems que conforman la escala, por lo tanto se determina que la escala no es válida en su constructo.

Para analizar y concluir con respecto a la validez del criterio, la Escala de Cajiao no funciona nada parecido a otras escalas científicamente validadas o certificadas, la mayoría de estas tienen como objetivo medir el grado de agresividad de los pacientes mentales, como por ejemplo la escala OAS tiene 4 dominios sobre agresión verbal, agresión física contra uno mismo, contra objetos o contra otras personas, cuando están con los síntomas de agitación psicomotriz como Habla en voz muy alta, grita con enfado, golpea objetos como con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos (se produce herida pero sin un daño grave) rompe objetos, como las ventanas y cristales, ataca a otras personas causando daño físico de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones), entre otros; mientras que la Escala de Cajiao quiere es identificar los síntomas antes de este evento; por lo tanto se determina que la escala no es válida en su criterio.

Respecto a la validez de confiabilidad, la escala funcionó bien durante varias condiciones, en diferentes pacientes, en diferentes salas, en diferentes momentos y pudo ser diligenciado por diferentes personas. Pero se concluye que el instrumento no tiene una buena confiabilidad prueba-reprueba, debido a que se presentan diferencias sistemáticas entre las dos mediciones, que se realizaron a 55 escalas de pacientes en un intervalo no mayor de un día de diferencia. Por lo anterior se determina que la escala no es válida en su confiabilidad.

El análisis de sensibilidad al cambio, comparando una puntuación inicial con otra posterior de escalas del mismo pacientes que fueron repetidas con más de un mes de diferencia, pero esta no varió adecuadamente sus puntuaciones de acuerdo al estado del paciente, por lo que se concluye que la escala no es sensible al cambio, tampoco es validada en esta característica

Con respecto a la validación de utilidad, todas las personas que fueron encuestadas (auxiliares de enfermería y Médico Psiquiatra), con un tiempo promedio de antigüedad en el hospital de 14 años, personal con alto grado de experiencia, creen que la escala es un instrumento útil para identificar los síntomas previos a la agitación psicomotriz, y piensan que se cumple el objetivo final de la escala, prevenir los accidentes de trabajo, por tal razón se determina que la escala es válida en su utilidad

7.4.6 FASE V: CONCLUSIONES

De las seis características de validación de esta escala se puede determinar que la de utilidad, es la única que cumple los criterios para validarla, las demás: apariencia, constructo, criterio, confiabilidad y Sensibilidad al Cambio no cumple los criterios para determinar la validación de estas últimas; por lo tanto en esta investigación se rechaza la Hipótesis Alterna, aceptando la HIPOTESIS NULA que dice que la escala de Agitación Psicomotriz de la Dra. Cajiao no es válida como instrumento para prevenir Accidentes de Trabajo, en el Hospital Psiquiátrico de Cali.

El crear e implementar una escala para disminuir los accidentes de trabajo, es una responsabilidad de las Instituciones de Salud, ya que las agresiones físicas al personal de salud causadas por pacientes, es uno de los mayores problemas de estas instituciones, según lo confirma una investigación realizada por la Universidad Autónoma, de México (12), por lo tanto se debe realizar un estudio detallado de los instrumentos que se usan para tal efecto así como las guías técnicas colombianas.

Considerando la literatura que argumenta que resulta más económico y rápido, más eficiente, hacer una validación de una escala que ya estaba diseñada y diligenciada, que desarrollar un nuevo instrumento, se consideró oportuno validar esta escala, pero como no se determinó su validez, entonces se deberá, en caso de ser establecido como prioridad, construir una exclusiva sobre los síntomas de pre-agitación para lograr minimizar los accidentes de trabajo, esto considerando que de las escalas ya certificadas de agitación psicomotriz ninguna se podría utilizar para prevenir los accidentes de trabajo, puesto que sus dominios y los ítems tienen establecidos los síntomas cuando ya está ocurriendo la agitación, lo que hace que se requiera una contención física.

Concluyendo, diseñar y construir una escala, constituye un proceso complejo en el que deben intervenir múltiples disciplinas y metodologías, en particular si el propósito es construir una escala de medida de síntomas de pre-agitación, para minimizar los accidentes de trabajo.

Para terminar es importante concluir, la relevancia desde salud ocupacional en el ámbito hospitalario, incluir dentro de las clasificaciones de factores de riesgo la de agitación, así se podrían orientar más acciones, documentar desde la investigación para obtener datos objetivos, concretos, poder generar planes con posibilidades de seguimiento y gestión, teniendo como evidencias escalas desde esta disciplina

Como se hace referencia en el párrafo anterior, tener escalas de salud ocupacional validadas científicamente, como la escala de valoración para factores de riesgo que generan accidentes de trabajo, con valores de consecuencia, exposición y probabilidad, para determinar el grado de peligrosidad, llamada anteriormente Panorama de Riesgos, ahora Matriz de Peligros y Riesgos.

7.4.7 FASE VI: RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta lo anterior en esta investigación se plantearan las posibles recomendaciones, para tenerlas en cuenta más adelante.

1. Considerando que la Escala de Cajiao no es validada como instrumento preventivo para los accidentes de trabajo, según los resultados de la investigación, no debe continuar utilizándose en el Hospital Psiquiátrico para el objetivo que se ha creado, definitivamente no mide lo que quiere medir.
2. Se debe diseñar otra escala que pronostique antes la agitación psicomotriz, para así minimizar o evitar los accidentes de trabajo por este factor de riesgo, considerando los aportes de los expertos y los resultados de medición entre los diferentes ítems, aspectos importantes como los signos síntomas de pre-agitación: mirada hostil, Actitud de ira, Pasearse de un lado para otro, hiperactividad, irritabilidad, posición amenazante, postura tensa, hiperventilación, tono de voz alta o mutismo.
3. Como medida de contingencia ante la estadística de los accidentes de trabajo que se está presentando, se recomienda:
 - a. Considerar que cuando un paciente presenta este síntoma y causa un accidente de trabajo debe ser evidenciado en la historia clínica sistematizada, que está avise desde el momento que ingresa el paciente al hospital para que el personal opte por comportamientos preventivos para protegerse y proteger al mismo paciente y/o familiares.
 - b. Es necesario realizar capacitación sobre restricción física (contención física) a todo el personal que tiene contacto con los pacientes, iniciando con el personal auxiliar de enfermería, puesto que es el personal de la salud que tiene como principal responsabilidad realizar esta acción terapéutica de contención física

- c. Realizar los mismos Médicos Psiquiatras del Hospital unas capacitaciones (teórico-prácticos) al personal de enfermería y de terapia ocupacional para que identifique tempranamente los síntomas de pre-agitación y adquirir una cultura de comunicación asertiva para notifique inmediatamente al Psiquiatra sobre los síntomas.

8 CONSIDERACIONES ETICAS

Es una investigación sin riesgo, según la Resolución 8430 del 4 de Octubre de 1993, por el cual se establece en las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, según lo describe el Artículo 11, parágrafo a.) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Es importante mencionar que en esta investigación no hubo conflicto de interés pues no interfiere con el tipo de contratación de la investigadora y el resultado final será un aporte a la institución

La investigación es validar una escala que se está diligenciando en este momento en el Hospital Psiquiátrico, para identificar síntomas de pre-agitación psicomotriz e intervenir para evitar los accidentes de trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Congreso de Colombia. Ley 1562. Julio 11 del 2012. Se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional
2. hospitaleltunal.gov.co/lportal/web/guest/salud_ocupacional
3. Hospital Regional de Rancagua. Protocolo de manejo de pacientes psiquiátricos con episodio de agitación psicomotriz. Chile, 2010
4. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Protocolo de Agitación Psicomotriz. 2009
5. PEREZ M, Andrés A, GALLARDO D, GARCIA C. Evaluación y medida de la agresión, la agresividad y la violencia. Universidad de Barcelona.
6. VILLARA, M; Aranazb, JM. Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental. Madrid, 19 de Diciembre del 2005
7. HERNANDEZ JM, CASTELLANOS F, RODRIGUEZ B, ZURDO JM, CUELI B, BEJARANO M. Riesgo de maltrato hacia el paciente con demencia. 2012
8. Recomendación científica. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. 2009
9. SÁNCHEZ R, ECHEVERRY J. Validación de escalas de medición en salud. Rev salud pública. 2004;6(3):302-18
10. COBO BORRERO, Alberto José. Validación de un instrumento de clasificación de gravedad de accidentalidad laboral como instrumento predictivo de siniestralidad económica. Cali, 2010.
11. QUIJANO E. Accidentes de trabajo por agresión física en personal sanitario de una institución de salud mental de nivel de alta complejidad en la ciudad de Cali, 2007-2008. 2011
12. GARCIA A, MARTÍNEZ F. Factores de Riesgo que intervienen en la aparición de agresión física del paciente hacia el personal que labora en un Hospital Psiquiátrico. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. 1998.

- 13.Hospital Barros Luco. Protocolo Contención Física de pacientes con Agitación Psicomotora, Santiago de Chile en Julio del 2011
- 14.Universidad del Valle. Departamento de Salud Ocupacional. Cali
- 15.MARTIN MC. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión 2004, vol 5(17): 23-29.
- 16.Estadística Multivariada: inferencia y métodos. Departamento de estadística. Universidad nacional (2007).
- 17.SERRARI D. Construcción y validación de escala para evaluar las actitudes hacia los pacientes con enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados. Revista española de Geriatria y Gerontología. Septiembre de 2011
- 18.Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. CB. Terweea, SDM. Bot, MR. de Boera. Journal of clinical, 2007
- 19.CABRERA F, MEDINA S, HERRERA IM, RUEDA S, FERNÁNDEZ A. Construcción y validación de una escala de auto eficacia para la actividad física. Rev Esp Salud Pública 2011; 85: 405-417. Nº 4 - Julio-Agosto 2011.

ANEXOS

ANEXO No 1



ESCALA DE AGITACIÓN PSICOMOTRÍZ Elaborado por Cajiao

Fecha

DD	MM	AAAA
----	----	------

 Sala No. _____

Nombres _____ Apellidos _____

No. Historia Clínica _____

DESCRIPCIÓN		PUNTAJE	HORA
Signos y Síntomas	Cambios súbitos hacia la ansiedad e inestabilidad, o mutismo y negativismo	1	
	Aumento del tono muscular, amenaza, hostilidad, aumento en el tono de voz y/o hiperventilación	2	
	Golpea objetos, agresividad hacia si mismo u otros	3	
Acciones Terapéuticas	Intervención verbal y/o terapia ocupacional	1	
	Sedación Oral	2	
	Sedación Parenteral y/o restricción física	3	
Respuesta	Efectiva	1	
	Parcial	2	
	Inefectiva	3	
Consecuencias	Ninguna	0	
	Destrucción de Objetos	1	
	Evento Adverso (Agresión Física hacia si mismo)	2	
	Incidente o Accidente laboral (Agresión Físico hacia otros)	3	
PUNTAJE TOTAL			
OBSERVACIONES _____			

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORA

ENFERMERO DE TURNO

ANEXO No 2.

ENCUESTA DE EXPECTATIVA SOBRE LA ESCALA DE AGITACION PSICOMOTRIZ

Autora: Dra. Cajiao

Estimado Personal de Salud.

Actualmente estoy terminando la Maestría en Salud Ocupacional de la Universidad del Valle, y como propuesta de investigación esta realizar la VALIDACION DE LA ESCALA DE AGITACION PSICOMOTRIZ la cual ha sido planteada por la Dra. Cajiao

Teniendo en cuenta que esta es una oportunidad para investigar si esta escala cumple el objetivo que es minimizar los Accidentes de Trabajo, quiero solicitarle que participe en esta encuesta que he elaborado para que ustedes la respondan espontáneamente.

La encuesta es de carácter anónimo y de participación voluntaria. En ella encontrará cuatro (4) preguntas de carácter cerrado y cinco (5) de carácter abierto y tiene un tiempo de diligenciamiento de aproximadamente 5 minutos.

Por favor lea atentamente las preguntas, escriba de manera clara y concreta para así mismo tener la información necesaria que me permitirá conocer su opinión y percepción sobre el uso y aportes de esta escala.

De antemano, muchas Gracias por su colaboración

Fecha: _____

Sexo: F () M ()

Área que labora actualmente: _____

Antigüedad Hospital _____

Conoce usted la nueva Escala de Agitación Psicomotriz?

Si () No ()

De acuerdo con su respuesta, compártame el motivo por el cual si o no la ha aplicado

3. Que tan sencilla es la Escala para diligenciarla:

Sencillo ()

Difícil ()

4. Cree usted que esta escala le servirá para evidenciarle al Médico Psiquiatra sobre los signos y síntomas que presenta el paciente antes de agitarse:

Si (☐) No (☐)

5. Cree que al diligenciar en la escala: acción terapéutica y la respuesta a esta, junto con las horas es una forma de cumplir el objetivo de la escala

Si (☐) No (☐)

6. Cree que al informar al Psiquiatra oportunamente los síntomas de pre-agitación que presenta el paciente, se cumplirá el objetivo de esta escala, que es la no ocurrencia de accidentes de trabajo.

Si (☐) No (☐)

Porque: _____

7. Considera importante la aplicación de la Escala de Agitación Psicomotriz?

Si (☐) No (☐)

Porque: _____

8. Si usted recibe una capacitación sobre la escala, piensa que la aplicaría?

Si (☐) No (☐)

Comparta el motivo de su respuesta:

9. Que aspectos quitaría o aumentaría para mejorar la Escala de Agitación Psicomotriz?

Muchas gracias por participar y apoyar mi estudio.

Marcela Hurtado Botero

ANEXO No 3.

ENCUESTA DE EXPECTATIVA SOBRE LA ESCALA DE AGITACION PSICOMOTRIZ

Autora: Dra. Cajiao

Estimado Psiquiatra.

Actualmente estoy terminando la Maestría en Salud Ocupacional de la Universidad del Valle, y como propuesta de investigación esta realizar la VALIDACION DE LA ESCALA DE AGITACION PSICOMOTRIZ la cual ha sido planteada por la Dra. Cajiao

Teniendo en cuenta que esta es una oportunidad para investigar si esta escala cumple el objetivo que es minimizar los Accidentes de Trabajo, quiero solicitarle que participe en esta encuesta que he elaborado para que ustedes la respondan espontáneamente.

La encuesta es de carácter anónimo y de participación voluntaria. En ella encontrará cuatro (4) preguntas de carácter cerrado y cuatro (4) de carácter abierto y tiene un tiempo de diligenciamiento de aproximadamente 5 minutos. Por favor lea atentamente las preguntas, escriba de manera clara y concreta para así mismo tener la información necesaria que me permitirá conocer su opinión y percepción sobre el uso y aportes de esta escala.

De antemano, muchas Gracias por su colaboración

Fecha: _____

Sexo: F () M ()

Área que labora actualmente: _____ Antigüedad Hospital _____

Conoce usted la nueva Escala de Agitación Psicomotriz?

Si () No ()

2. En caso de ser positiva su respuesta, por favor explique cuál fue su actuar:

La leí () Fui a evaluar el paciente () ordene medicamento ()

Otra decisión, cual: _____

3. Con respecto al lenguaje de la Escala, esta es:

Sencilla () Difícil ()

4. Cree que esta escala le servirá para que usted sea informado sobre los signos y síntomas que presenta el paciente antes de agitarse:

Si () No ()

5. Cree que al diligenciar en la escala: acción terapéutica y la respuesta a esta, junto con las horas es una forma de cumplir el objetivo de la escala

Si () No ()

6. Cree que al ser informado oportunamente sobre los síntomas de pre-agitación psicomotriz que presenta el paciente, se cumplirá el objetivo de esta escala, que es la no ocurrencia de accidentes de trabajo

Si () No ()

Porque: _____

7. Considera importante la aplicación de la Escala de Agitación Psicomotriz?

Si () No ()

Porque: _____

8. Que aspectos quitaría o aumentaría para mejorar esta Escala:

Muchas gracias por participar y apoyar mi estudio.

Marcela Hurtado Botero

ANEXO No 4.

Formato validación de expertos



ESCALA DE AGITACIÓN PSICOMOTRÍZ
Elaborado por Cajiao

Fecha

DD	MM	AAAA
----	----	------

Sala No.

Nombres

Apellidos

No. Historia Clínica

DESCRIPCIÓN		PUNTAJE	HORA	EXPERTO
Signos y Síntomas	Cambios súbitos hacia la ansiedad e inestabilidad, o mutismo y negativismo	1		
	Aumento del tono muscular, amenaza, hostilidad, aumento en el tono de voz y/o hiperventilación	2		
	Golpea objetos, agresividad hacia si mismo u otros	3		

Acciones Terapéuticas	Intervención verbal y/o terapia ocupacional	1		
	Sedación Oral	2		
	Sedación Parenteral y/o restricción física	3		

Respuesta	Efectiva	1		
	Parcial	2		
	Inefectiva	3		

Consecuencias	Ninguna	0		
	Destrucción de Objetos	1		
	Evento Adverso (Agresión Física hacia si mismo)	2		
	Incidente o Accidente laboral (Agresión Físico hacia otros)	3		

PUNTAJE TOTAL

--

OBSERVACIONES

Firma Experto

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORA

ENFERMERO DE TURNO