

López Platero, Alejandro, TFG

por Alejandro López Platero

ARCHIVO	17452_ALEJANDRO_LÓPEZ_PLATERO_LÓPEZ_PLATERO__ALEJANDRO__TFG_969036_394566991.PDF (949.28K)	
HORA DE LA ENTREGA	28-ABR-2017 05:12P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS 12112
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA806496847	SUMA DE CARACTERES 65298



Trabajo Fin de Grado

Título:

Cuidados de enfermería para controlar las situaciones de crisis agresivas de los niños y adolescentes escolarizados en un centro de educación especial.

Alumno: Alejandro López Platero

Directora: María Urtasun Lanza

Madrid, Abril de 2017

Índice

1. Resumen / Abstract	4
2. Presentación	5
3. Estado de la cuestión	6
3.1- Fundamentación	7
3.1.1- Introducción	7
3.1.2- Epidemiología: trastornos mentales más comunes en la infancia y la adolescencia.	7
3.1.3- Clasificación diagnóstica de los trastornos relacionados con las crisis agresivas	8
3.1.4- Concepto de crisis agresivas y consecuencias	10
3.1.5- Intervención, planes de cuidados de enfermería y tratamiento para los trastornos de conducta en niños y adolescentes con discapacidades mentales	12
3.2- Justificación	20
4. Objetivos e hipótesis	21
4.1- Objetivos	21
4.2- Hipótesis de investigación	21
5. Metodología	22
5.1- Diseño del estudio	22
5.2- Sujetos del estudio	22
5.3- Variables	23
5.4- Intervención a evaluar	26
5.5- Procedimiento de recogida de datos	29
5.6- Fases del estudio, cronograma	30
5.7- Análisis de datos	32
6. Aspectos éticos	33

7. Limitaciones del estudio	34
8. Bibliografía	35
9. Anexos	38
Anexo 1: Tabla de porcentaje de trastorno en función de la edad	39
Anexo 2: Tabla de prevalencia de los trastornos	40
Anexo 3: Escala de Agresividad Manifiesta (OAS)	41
Anexo 4: Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ABS)	42
Anexo 5: Escala de agresividad (EGA)	43
Anexo 6: Consentimiento informado	44

1) Resumen.

En España los profesionales de enfermería abarcan muchas áreas de trabajo, excepto en los centros de educación donde hay una carencia de enfermeras, ya que supone un gran coste para el Estado. En otros países, supone una figura fundamental para educar y atender a los niños y adolescentes, fomentando un estilo de vida saludable y facilitando una asistencia sanitaria cercana que suponga un apoyo y atención ante sus necesidades de salud.

La educación especial está destinada a personas que tienen dificultades físicas o psíquicas, siendo niños con discapacidades que requieren mucho más la presencia de una figura sanitaria en los centros. Por ello, algunos centros de educación especial de España incorporan una enfermera que atiende a los niños y adolescentes de manera continuada para evitar posibles problemas de salud. Destacan las crisis epilépticas y las crisis agresivas, suponiendo un peligro para ellos mismos, para los compañeros y profesionales del centro.

El objetivo es dar a conocer a los profesionales de enfermería los diferentes trastornos relacionados con conductas violentas y el abordaje correcto que debería realizarse ante una crisis agresiva del alumnado en los centros de educación especial, diferenciándolo de las intervenciones tradicionales.

Si se consiguiera aprobar el protocolo, las implicaciones para la práctica enfermera serían positivas, mejorando el control de las crisis agresivas en los centros de educación especial, fomentando que los alumnos/as que tengan problemas de conducta o trastornos, puedan mantener un equilibrio en sus vidas pudiendo controlar su comportamiento, evitar conflictos y daños que causa la agresividad.

Palabras clave (DeCS): niños discapacitados, educación especial, trastornos de conducta, crisis agresivas y enfermería pediátrica.

Abstract.

In Spain nursing professionals cover many areas of work, except in education centers where there is a lack of nurses, as it is a great cost to the State. In other countries, it is a fundamental figure for educating and caring for children and adolescents, promoting a healthy lifestyle and providing close health care that supports and addresses their health needs.

Special education is aimed at people with physical or mental disabilities, being children with disabilities that require much more the presence of a health figure in the centers. For this reason, some special education centers in Spain incorporate a nurse who takes care of children and adolescents on an ongoing basis to avoid possible health problems. They emphasize epileptic crises and aggressive crises, assuming a danger for themselves, for colleagues and professionals of the center.

The objective is to make the nursing professionals aware of the different disorders related to violent behavior and the correct approach to be taken in the face of an aggressive student crisis in special education centers, differing from traditional interventions.

If achieved by protocol, the implications for nursing practice would be positive, improving control of aggressive crises in special education centers, encouraging pupils behavior problems or disorders, maintaining a balance in their lives being able to control their behavior, to avoid conflicts and the damages that cause the aggressiveness.

Key words (MESH): disabled children, education, special, behaviour disorders.

2) Presentación.

La razón por la que elegí el tema es por la profesión que ejerce mi madre. Es profesora de educación especial y en el centro en el que trabaja hay una gran variedad de niños y niñas con discapacidad intelectual y en algunas ocasiones presentan patologías crónicas y otras alteraciones motoras, neurológicas o sensoriales.

Necesitan una atención sanitaria en muchas circunstancias y por ese motivo hay dos enfermeras propias del centro. Me llama la atención el trabajo de esas enfermeras y me gustaría informarme acerca del trabajo que realizan, en especial de las situaciones de emergencia que diariamente sufren los alumnos/as y la importancia de la enfermería en un centro de educación. Los profesionales refieren que uno de los principales problemas son las crisis agresivas y los daños que suponen para todas las personas que acuden al centro de educación especial. Se puede evolucionar y mejorar para conseguir que se prevean y se eviten las crisis agresivas y no existan daños ni consecuencias negativas.

Destaco la siguiente frase de Jaume Perich, que hace referencia a la finalidad del estudio, la manera de atender a las personas con problemas de conducta y crisis agresivas:

"Mis amigos me dicen que soy muy agresivo, pero me lo dicen a gritos"

3) Estado de la cuestión.

3.1. Fundamentación.

3.1.1- Introducción.

El presente estudio trata sobre la atención que se realiza a un paciente en estado agresivo, en concreto, niños y adolescentes que acuden a un centro de educación especial. Hay muchos estudios de salud mental que refieren técnicas e intervenciones como la contención física o el aislamiento terapéutico para resolver las conductas violentas en personas adultas, pero en niños y adolescentes hay poca información científica que corrobore una manera de actuar. Por ello, los centros de educación especial cuentan con un profesional de enfermería y debe estar preparado para actuar de manera eficaz. Los problemas más frecuentes son las agresiones por parte de alumnos/as tanto a sus compañeros como a los profesionales que trabajan en el centro.

Con este trabajo se dará más importancia a la prevención, es decir, acciones dirigidas a mejorar la conducta de los alumnos/as y sus relaciones con el profesorado y sus familias. Para ello, se redactarán los pasos a seguir con el interés de prevenir las crisis agresivas producidas por estas agresiones en los trabajadores, desarrollando un protocolo de actuación ante pacientes agitados y/o agresivos mediante una revisión sistemática en diferentes bases de datos, Medline, Pubmed, Scielo, libros y Google académico.

3.1.2- Epidemiología: trastornos mentales más comunes en la infancia y la adolescencia.

Existe una gran prevalencia de trastornos en el mundo que afectan a las vidas de muchas personas y la enfermería tiene que ser consciente de ese problema. Según la Organización Mundial de la Salud durante la infancia existe una prevalencia entre el 10% y el 20% de padecer trastornos, encontrando una notable variabilidad en los datos obtenidos en diversos estudios, variando entre el 7% y el 30,2%. Según un estudio enfocado en la prevalencia de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia (realizado en la Universidad de Valencia por de Esperanza Navarro-Pardo, Juan Carlos Meléndez Moral, Alicia Sales Galán y M^a Dolores Sancerni Beitia (2012), llevándose a cabo en los centros de

atención primaria de la Comunidad Valenciana) tuvieron como resultado que los trastornos más comunes eran los siguientes (Anexo 1): de 0 a 5 años los trastornos de conducta y los trastornos generalizados del desarrollo; de 6 a 11 años los trastornos de conducta seguidos por el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH); de 12 a 15 años se daba el trastorno de conducta y ansiedad y de 16 a 18 años los trastornos de conducta. ⁽¹⁾

Observando la clasificación de la Décima Revisión Internacional de Enfermedades (Anexo 2), se obtienen que son los trastornos de conducta los más diagnosticados con una frecuencia del 23%. Tras los análisis estadísticos se consiguieron varios trastornos que se agruparon en los siguientes: trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación. Pero nos centraremos en el siguiente apartado en los trastornos conductuales, en el autismo (TEA) y en otros trastornos relacionados con la agresividad. ⁽¹⁾

3.1.3- Clasificación diagnóstica de los trastornos relacionados con las crisis agresivas.

Trastorno mental, según el DSM-V, es un patrón o síndrome clínico que afecta altera el comportamiento y la psicología, asociado a un malestar (por ejemplo, el dolor), a una discapacidad (por ejemplo, el deterioro del sistema nervioso o áreas de funcionamiento), o por el riesgo de sufrir una discapacidad, pérdida de libertad o de independencia. Los trastornos que afectan a los niños y adolescentes tienen como síntomas comunes la dificultad para el control de las emociones y tendencia a la impulsividad y agresividad. Antes de profundizar en esos trastornos hay que tener en cuenta las patologías que se diagnostican frecuentemente con mayor número de episodios de agitación o agresividad:

- Agitación psicótica: esquizofrenia, episodio maniaco, episodio depresivo (depresión agitada, más frecuente en ancianos y niños) y trastorno por ideas delirantes persistentes.
- Agitación no psicótica: trastorno explosivo intermitente, trastorno de personalidad, reacciones de estrés agudo (incluso reacciones de duelo), crisis de angustia, crisis conversiva, ataques de pánico o crisis nerviosas y las alteraciones de conducta en retraso mental o demencia.
- Síndromes de abstinencia: alcohol, benzodiazepinas, opiáceos y otros.

- Delirium o cuadro confusional agudo.
- Intoxicaciones por: alcohol, estimulantes, cánnabis, antidepresivos, neurolépticos, benzodiacepinas y anticolinérgicos. ⁽²⁾

Según el DSM-V, existen los siguientes trastornos de inicio de la infancia o la adolescencia que van relacionados con conducta agresiva, denominados como trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Afectan a problemas de autocontrol del comportamiento y las emociones, conllevando a que se den conductas que violen los derechos de otras personas y se creen conflictos. Son trastornos que se caracterizan por aparecer más en el sexo masculino y se inician durante la infancia y en la adolescencia. Cabe destacar, que se pueden dar tanto en personas con desarrollo normal como en personas con discapacidades intelectuales. Dentro de este tipo de trastorno, destacan en los centros de educación especial el trastorno de conducta, el trastorno negativista desafiante y el trastorno explosivo. ⁽²⁾

El trastorno de conducta se da cuando un individuo no respeta a los derechos de los demás, ni las reglas establecidas, existiendo agresiones en personas y animales, destrucción de objetos, robos o engaños e incumplimiento de normas. Puede ser de inicio infantil, de inicio adolescente o de inicio no especificado. El individuo presenta falta de remordimientos, culpabilidad, insensibilidad, afecto superficial y falta de rendimiento. El trastorno negativista desafiante (TND) se trata de un estado de irritabilidad, de enfado o conducta vengativa. Los síntomas se limitan en el entorno del individuo (casa, escuela, trabajo, con los compañeros). Cuando suceden arrebatos de manera significativa como, por ejemplo, provocar daños que implican la expulsión de la escuela. El trastorno explosivo intermitente refleja una falta de control en la aparición de la agresividad, manifestada de manera verbal o física. Se producen arrebatos recurrentes impulsivos y provocados por la ira que duran una media de 30 minutos. Está relacionado con los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y los trastornos por consumo de sustancias. Su inicio es más frecuente en la infancia tardía o adolescencia. ^(2, 3)

Hay otros trastornos que cabe mencionar que son fundamentales en los centros de educación especial, son el trastorno de espectro autista (TEA), el trastorno disocial y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El retraso mental puede estar asociado a los comportamientos agresivos, pero no es un factor que suponga esas conductas. Se define

como la capacidad intelectual significativamente inferior al promedio que aparece antes de los 18 años. El TEA se considera un trastorno del neurodesarrollo que tiene su origen durante el periodo de gestación y se caracteriza por deficiencias en el desarrollo que conllevan a limitaciones de la persona en sus aspectos físicos y ambientales. El trastorno disocial se define como unos actos y gestos persistentes y repetitivos que pueden producirse hacia los 5 o 6 años de edad, se detectan mayormente al final de la infancia o iniciándose en la adolescencia y son personas que violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se da normalmente en niños/as con trastorno disocial, el cual se asocia a otros como el trastorno de ansiedad, trastorno del aprendizaje, trastorno del estado del ánimo y otros relacionados con el consumo de sustancias. El trastorno disocial es uno de los trastornos que más aparecen en la infancia y que son diagnosticados en los centros de salud mental. ⁽³⁾

3.1.4- Concepto de crisis agresivas y consecuencias.

Entendemos por agitación psicomotriz un cuadro que da lugar a la hiperactividad psíquica y motora, aumentando la tensión y la movilización física, siendo una situación difícil de controlar. La persona afectada puede estar en continuo movimiento, empujando todo lo que se encuentra a su alrededor, presentando un estado de cólera o ansioso, pronunciando insultos y pudiendo llegar a una crisis agresiva. Todo conlleva a un incremento de la ansiedad y la probable aparición del comportamiento violento por parte del paciente, así como lesiones a él mismo y a las personas que le rodean. ⁽⁴⁾

Tras entender lo que es una agitación, tendremos que explicar qué es la agresividad. La violencia se define como una acción que suponga una alteración que destruya, disminuya o trastorne la estructura de una persona. Puede ser verbal o física con el objetivo de dañar u ofender al receptor, considerándose tal acto como conducta agresiva. Según la OMS el comportamiento agresivo aparece en el trastorno de conducta o disocial, tanto en niños como en adultos, y se caracteriza el sujeto por querer agredir o hacer daño. ⁽⁵⁾

El comportamiento agresivo es un síntoma asociado de muchos trastornos psiquiátricos y puede manifestarse a lo largo de toda la vida, desde el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes, hasta violencia doméstica en adultos y demencia en adultos mayores.

En la siguiente tabla se muestran las conductas relacionadas con la agresividad según el objetivo, según el origen o foco, según la forma o tipo de agresividad y según la finalidad o resultado que conlleva:

Según contra qué o quién se dirija	Según su origen	Según la forma operativa	Según su finalidad
A) Heteroagresividad, La conducta violenta u hostil va dirigida hacia otros, personas, animales u objetos. B. Autoagresividad: Dirigida hacia el mismo sujeto	a. Agresividad espontánea o autoafirmativa: biopsicosocial. B. Agresividad reactiva: Secundaria a frustraciones. C. Agresividad emocional.	A. Agresividad activa: Se expresa mediante manifestaciones directas de hostilidad. B. Agresividad pasiva: Se manifiesta mediante actitudes de oposición.	A. Agresividad primaria: su finalidad es exclusivamente causar daño. B. Agresividad secundaria o instrumental.

Tabla N°1. Elaboración propia a partir de la Escuela de Enfermería de Palencia. Intervención de enfermería ante el paciente agresivo (2014).

Según la teoría biológica-fisiológica y la teoría del aprendizaje, parece demostrado que los problemas de conducta predisponen a tener baja tolerancia a la frustración. También, factores bioquímicos, psicofisiológicos y bioquímicos heredados que predisponen a la aparición de alteraciones hormonales que conllevan a la aparición de problemas conductuales. Otro motivo es por tener relaciones con padres y familiares basadas en castigos, golpes, gritos e ignorar a sus hijos e hijas. Las figuras de autoridad son perjudiciales para su educación, suponiendo que haya familias donde haya actitudes deprimidas, controladoras, pasivas o agresivas. Los niños con discapacidades son miembros de la comunidad más vulnerables. Como cuidadores primarios, es fundamental que los padres tengan los recursos y el apoyo que necesitan para crear e implementar con éxito los planes de emergencia de la familia. ⁽⁶⁾

La valoración del comportamiento agresivo por parte de los profesionales de enfermería es muy importante para identificar las posibles consecuencias: el abuso infantil, el tratamiento de las víctimas del comportamiento agresivo en el departamento de

emergencia, la atención psicológica de agresores sexuales y víctimas de violación, la violencia en el lugar de trabajo también es un fenómeno bien documentado en los entornos sanitarios y otros centros.

La conducta desafiante se clasifica en destructiva, interfiriente y restrictiva. Pero existen unas conductas que limitan el control de la persona:

Problemas de conducta	Descripción
Conductas Autolesivas	Desencadenan en golpear, dar cabezazos, arañazos, tirar del pelo, morder, pellizcar e incluso se hacen daño a sí mismos.
Heteroagresividad	Conlleven a lastimar a personas y a animales mediante la fuerza para imponer el maltrato con violencia física y verbal.
Conducta destructiva	Realizan actos que deterioran su entorno como romper y destruir objetos.
Conducta disruptiva	Intervienen en las labores de otras personas chillando, llorando, riendo y discutiendo.
Conductas repetitivas	Repite gestos o actos denominados estereotipias, como balancearse.
Conducta social ofensiva	Actos ofensivos que faltan el respeto, como hablar en voz alta, mentir, eructar y tocarse partes del cuerpo como los genitales.
Retraimiento	Carencia de relacionarse por temores, preocupaciones y tristeza.
Conducta no colaboradora	Incumple las normas, no realiza tareas, lleva a cabo robos y engaños.

Tabla Nº2. Elaboración propia a partir de Orientadores de Centros de Educación Especial de la Región de Murcia.

3.1.5- Intervenciones, prevención, planes de cuidados de enfermería y tratamiento para los trastornos de conducta en niños y adolescentes con discapacidades mentales.

El enfermero puede aplicar diversas intervenciones para prevenir o controlar la conducta agresiva. Van desde las estrategias de prevención primaria como la conciencia de

uno mismo, la educación del paciente y el entrenamiento en asertividad a otras estrategias de anticipación, como la comunicación verbal y no verbal, los cambios ambientales, las intervenciones conductuales y el uso de medicación. Los objetivos específicos de la enfermera ante un paciente agitado serán: disminuir la ansiedad, proporcionar un entorno seguro, reducir los estímulos exteriores y valorar los posibles riesgos de agresión. La persona agitada tendrá que identificar los desencadenantes de su agitación, controlar su conducta y reducir el número de respuestas violentas. ⁽⁷⁾

Estimaciones recientes sugieren que hubo alrededor de 1,1 millones de accidentes en Alemania durante y los traslados en 2012. En las escuelas especiales con alumnos con discapacidades, las tareas de trabajo son diversas y combinan la enseñanza con una variedad de tareas de enfermería como el levantamiento y la transferencia de alumnos, la asistencia al aseo y el lavado de los alumnos. Por lo tanto, el personal de las escuelas especiales trabaja en la interfaz entre la enseñanza y la enfermería. ⁽⁸⁾

En los niños, el cerebro no está completamente desarrollado y es altamente vulnerable a los efectos de estímulos negativos. Una de las características únicas del comportamiento agresivo que puede dificultar la detección y el tratamiento es la variedad de maneras en que puede manifestarse a través de la vida de una persona. Al trabajar con niños y adolescentes, las enfermeras pueden ser parte de la primera línea de defensa para ayudar a romper este patrón y reducir el comportamiento agresivo en la vida posterior. Los niños se identifican como un grupo vulnerable que necesita un cierto grado de protección. Las definiciones de vulnerabilidad usualmente transmiten la noción de que un individuo está en riesgo de daño por un peligro o amenaza y son a menudo inferidos por alguna debilidad o inadecuación en la persona en cuestión. ⁽⁹⁾

Según el artículo de Vanessa Heaslip y Jaqui Hewitt-Taylor *Vulnerability and risk in children living with a physical disability (2014)*, alrededor del 6% de los niños en el Reino Unido tienen una discapacidad, lo que puede aumentar su nivel de vulnerabilidad. Cómo la discapacidad es percibida por los demás puede afectar a la forma en que trabajan con estos jóvenes para hacer frente a los riesgos de la vida, que puede ser incrementado debido a la discapacidad. Trabajar con niños con discapacidad es, por lo tanto, una parte importante de la enfermería infantil e incluye apoyar a las familias en la preparación de sus hijos para la vida adulta. El objetivo es desarrollar niveles máximos de autodeterminación, control, resiliencia e independencia. ⁽¹⁰⁾

Existen diferentes maneras de abarcar una situación agresiva de un niño o un adolescente. Según la Guía para el Trastorno Negativista Desafiante, se deberá realizar un tratamiento basado en la psicoterapia individual, familiar y grupal e implica trabajar con el niño y los padres. La intervención farmacológica se utilizará para controlar las conductas desafiantes negativistas y su comorbilidad (depresión y/o ansiedad). En la siguiente tabla aparecen estrategias a seguir para el manejo del TND en la escuela y en casa como prevención primaria:

Estrategias efectivas para el manejo de pacientes con TDN en la escuela y la casa
<ol style="list-style-type: none">1. Explorar cómo percibe la autoridad y las reglas el paciente.2. Fomentar la confianza mediante el contacto visual y siendo amable.3. Elogiar conductas apropiadas e ignorar comportamientos indeseables.4. Contribuya a restaurar su autoestima (no le juzgue).5. Explicar a familiares y profesores que siempre es mejor reconocer las conductas positivas, no castigar por conductas negativas ya que pueden provocar respuestas agresivas por parte del niño o adolescente.6. Intentar entender al niño o adolescente, no obviar sus razones.7. Fomentar actitudes sociales y de cooperación.8. Hacer consciente sobre conductas desafiantes, negativas y hostiles.9. Identificar desencadenantes o causas de los sentimientos de enojo, elaborar una lista de las personas y situaciones que le suponen situaciones estresantes.10. Informar a los familiares y a los padres de los posibles cambios de conducta, si cambia de ser amable a agresivo, la conducta puede ser peor.

Tabla N°3. Elaboración propia a partir de la Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante de Josué Vásquez, Miriam Feria, Lino Palacios y Francisco de la Peña (2010).

El tratamiento verbal es el primer nivel de actuación como prevención primaria con un paciente agitado. Hay que hablar con él y reconducir la situación, evitando la pérdida de control y la explosión de agresividad. Es probable que el tratamiento verbal sea suficiente y poco a poco el paciente se vaya tranquilizando. Cuando estas medidas no han resultado efectivas es cuando el paciente pasa a agitación y posible comportamiento agresivo. ⁽¹¹⁾

Los alumnos/as con discapacidad intelectual son capaces de comunicarse y se tendrá en cuenta su conducta para comunicarse con los profesores, tutores y compañeros/as de clase. Aunque parezca limitado, es posible comprender al alumno/a atendiendo a la

comunicación verbal y no verbal, estableciendo una capacidad de empatía por parte del profesional comprendiendo los problemas y dar una solución mediante una estrategia de afrontamiento apropiada. El 90% de las conductas desafiantes aparecen por la falta de comunicación e interacción social de los alumnos/as con el entorno que les rodea. ⁽¹²⁾

Para poder identificar el comienzo de una conducta agresiva, habrá que determinar la motivación o causa de que suceda tal conducta. Esto conlleva conocer el perteneciente lenguaje del individuo y entender lo que quiere decir. Por ejemplo, enseñar al alumno/a signos en vez de agredir para conseguir algo que desea. La prevención para la aparición de conductas desafiantes será la siguiente en un centro de educación especial:

1. Adaptación del entorno. Un ejemplo sería evitar que un alumno/a con autismo tire al suelo objetivos por ver modificada su rutina diaria, por lo que se cuidará su entorno.
2. Presentar códigos comunicativos. Usar el lenguaje no verbal para indicar la aparición de ansiedad, estrés, crisis epilépticas y agresivas, mediante gestos que haya aprendido con la ayuda de la logopeda o profesora.
3. Percepción del alumno/a por parte de profesionales del centro. Por ejemplo, un alumno/a sufre un problema que le lleva a desarrollar estrés y posteriormente una conducta agresiva. Para ello, un profesional del centro deberá aportar una escucha activa para dar soluciones y evitar tal conducta.
4. Incrementar habilidades emocionales. Se tiene que fomentar el uso de estrategias relacionadas con el reconocimiento de emociones positivas y negativas, así como los efectos o resultados que puedan tener en una situación social con el fin de mejorar y desarrollar la inteligencia emocional de los niños/as y adolescentes con problemas de conducta. ⁽¹³⁾

Los siguientes artículos tratan de las intervenciones psiquiátricas que se realizaron para personas adultas con estados de agitación y agresividad. Son abordajes y modos de intervención secundaria que se pueden asemejar a la atención de los adolescentes por su avanzado desarrollo físico. Según un estudio de urgencias psiquiátricas de origen médico o neurológico de Bogotá y otro estudio sobre la planificación de los cuidados del paciente con agitación psicomotriz. ^(14, 15)

Según los estudios anteriores habrá que tener en cuenta una serie de factores de riesgo y signos ya que, la presencia de alguno de ellos, nos indicará posibles conductas agresivas:

- Son los factores demográficos, los factores clínicos, los antecedentes personales de conducta agitada o agresiva y los factores interpersonales o contextuales.
- Los signos prodrómicos son una serie de síntomas y signos a encontrar como la hiperactividad musculoesquelética, paseos constantes, signos de ansiedad (taquipnea, hipertensión arterial y taquicardia), elevación del tono de voz, uso de lenguaje mal sonante (insultos, amenazas y palabras groseras), discusiones, golpes contra la mesa u otros objetos y tensión que se manifiesta más significativamente en la expresión facial y en los miembros. Es un dato importante el diagnóstico médico, ya que habrá mayor posibilidad de presentar agitación en paciente con esquizofrenia, demencia, epilepsia, retraso mental y abuso de sustancias. ⁽¹⁴⁾

A la hora de atender a un paciente que padece una agitación psicomotriz o riesgo de crisis agresiva, se tendrán en cuenta una serie de intervenciones para realizar un abordaje a un paciente agresivo:

1. Examen visual breve; se debe buscar que el paciente coopere y se establecerán unos límites para evitar posibles provocaciones o enfrentamientos. Para que la persona agresiva se sienta escuchada, se le dejará hablar y se le prestará atención completa para que explique su problema.
2. Evaluar los posibles estados complicados que puedan desencadenar la hospitalización involuntaria del paciente como riesgo de suicidio, riesgo de heteroagresividad, riesgo de daño al entorno y riesgo de fuga.
3. Intervención verbal: se realizará tras el resultado de la entrevista. Se llevará a cabo cuando no existan signos de indicio o inminencia de agresividad. Para descartar la intervención verbal, habrá que fijarse en los signos de indicio de violencia como hablar muy rápido, aumentar el tono de la voz, negarse a peticiones o sugerencias, movimientos continuos o gestos de tensión (apretar la mandíbula, apretar los puños, mirar de manera desafiante, expandir el tórax, mostrando una posición de ataque y buscar objetivos para utilizar como armas).

4. Diagnóstico probable; la intervención del profesional de enfermería se centrará primero en evaluar al paciente encontrando uno de los siguientes diagnósticos siguiendo los criterios de taxonomía NANDA: riesgo de violencia dirigida a otros, riesgo de violencia autodirigida, alteraciones senso-perceptivas, alteración de los procesos del pensamiento y ansiedad. Se le puede invitar a tomar un medicamento por vía oral que mejorará su malestar o agitación.

5. Contención o inmovilización mecánica; es un procedimiento que se realiza como último recurso y sujeta por la ley ante las posibles consecuencias médicas que puedan aparecer. Sus efectos secundarios pueden llegar a ser graves si no se realiza de manera adecuada. Para ello, la inmovilización mecánica la llevarán a cabo cinco personas, una se encargará de la cabeza y las otras de las extremidades. Existe otra intervención, que se complementa con la contención física que es el aislamiento terapéutico. Se basa en meter al paciente en una habitación acondicionada durante un tiempo para que se relaje y desaparezca la crisis. Son dos intervenciones que se utilizan en casos extremos, las cuales, pueden practicarse de manera simultánea. El objetivo es disminuir el riesgo de autolesión o agresión a personas del entorno donde ocurre el suceso.

6. Sedación farmacológica o restricción química; cada paciente tendrá un tratamiento pautado, por lo que habrá que tener en cuenta la historia clínica y psiquiátrica del paciente. Será un fármaco pautado y se administrará por el profesional de enfermería. ^(4, 15)

Como prevención secundaria dirigida a los centros de educación especial durante un episodio de violencia aguda según los orientadores de centros de educación especial de la Región de Murcia para afrontar la conducta desafiante en alumnos/as con discapacidad intelectual habrá que llevar a cabo los siguientes apartados:

1. Independientemente del origen, al principio se establece una actitud desafiante y cargada de cierto negativismo que supone la aparición de la conducta desafiante. Los profesionales del centro deberán prever y evitar los actos agresivos intentando calmar al alumno/a y apartándole a un sitio más tranquilo.
2. Tras intentar apartar al alumno/a del foco o entorno donde se inició la actitud desafiante, si se niega a colaborar se llevará a cabo un círculo de seguridad por parte del personal laboral del centro con el fin de aislar al alumno/a y evitar daños.
3. Si la situación sigue agravándose, el alumno/a continúa con actitudes desafiantes y

comienza a amenazar y agredir, se deberá evaluar la posibilidad de llevar a cabo la contención física para evitar que haga daños a otras personas y a sí mismo.

4. Si el nivel de agitación y el alumno/a se encuentra en un estado de agresividad, los profesionales de enfermería del centro deberán administrar el tratamiento farmacológico pautado por su médico. Si no existe este servicio se llamará tanto al 112, como a la familia. ⁽¹⁶⁾

Según un estudio del Instituto de Salud Carlos III los TEA pueden padecer en ocasiones crisis agresivas y se encuentran en los centros de educación especial. La enfermera manejará el tratamiento farmacológico utilizándolo en combinación de las terapias educativas, sociales, y conductuales para mejorar su eficacia. Destacan los siguientes fármacos:

- Psicótopos: las personas con autismo pueden presentar trastornos añadidos como déficit de atención asociado o no a hiperactividad, obsesiones y compulsiones, trastornos del sueño, irritabilidad, agresividad y comportamientos autolesivos, además de otros trastornos comórbidos como ansiedad, depresión o epilepsia.
- Antipsicóticos atípicos (antagonistas de la serotonina y la dopamina); son los fármacos más utilizados en el manejo de la hiperactividad y conductas problemáticas (agresividad y comportamientos autolesivos) que pueden aparecer en pacientes con TEA. Por ejemplo, la Risperidona.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; su utilización en el tratamiento de los TEA supone la aparición de síntomas similares a los trastornos obsesivo-compulsivos. También se usan en el síndrome de asperger.
- Estimulantes (metilfenidato); se destaca que en personas con TEA en las que se identifique también un trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el tratamiento con estimulantes disminuye las estereotipias y el lenguaje inapropiado.
- Estimulantes α 2-adrenérgicos (clonidina); no existe ninguna revisión sobre este tratamiento en los TEA. En un ensayo redujo la hiperactividad y mejoró la interacción social de algunas personas.

- Naltrexona (antagonista opiáceo); señala la falta de eficacia de este fármaco a corto plazo sobre la sintomatología autista, concretamente en la reducción del comportamiento autolesivo en los TEA.
- Melatonina; es una sustancia considerada como la hormona del sueño, que en otros países se utiliza para inducir el sueño y disminuir el número de despertares (aunque su venta no está autorizada en España).
- Medicamentos antiepilépticos; el porcentaje de epilepsia en el autismo oscila entre el 8 y el 30%, en función de la gravedad del trastorno y la edad de las personas estudiadas. ⁽¹⁷⁾

Se puede establecer que no hay un único método universal de tratamiento óptimo para estos trastornos relacionados con las conductas agresivas. Existe un gran problema ya que no hay una manera de abarcar los trastornos y sus problemas como las convulsiones o problemas de conducta como las crisis agresivas. En ocasiones, los tratamientos propuestos no guardan relación alguna con el conocimiento disponible sobre estos trastornos y otras veces son peligrosos. Esto se justifica con algunas investigaciones que van en contra de algunas de las intervenciones anteriormente mencionadas, como en un estudio de Brasil sobre el manejo de paciente agitado o agresivo, la Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista y otro estudio realizado por la Academia Americana de Pediatría y la Asociación Americana del Corazón que refiere que no se ha comprobado que ninguno de los tratamientos e intervenciones sean totalmente eficaces. Por otro lado, existen otros tratamientos que se aplican sin una base científica que suponen efectos nocivos y perjudiciales para la salud como el aislamiento terapéutico y la inmovilización física. En algunos países europeos, como Gran Bretaña y los Países Bajos, la práctica de restricción mecánica no está permitida por la ley. ^(16, 17, 18)

La restricción mecánica es un procedimiento que, si no se aplica con habilidad y cuidado, puede desencadenar complicaciones que van mucho más allá del trauma psicológico, son graves complicaciones para la salud tales como la deshidratación, la perfusión reducida en las extremidades, fracturas, depresión respiratoria e incluso la muerte súbita. Por lo tanto, la contención física es una intervención ambigua que ya va quedando excluida para atender a los pacientes. El uso de la reclusión y las restricciones físicas o mecánicas siguen siendo prácticas comunes, pero ya van siendo intervenciones

controvertidas dentro de la psiquiatría al no poseer evidencia científica y se asocia con la aparición de efectos secundarios graves. Cuando las intervenciones verbales, no verbales y el fármaco se ha descrito anteriormente no son suficientes para controlar la situación, puede ser necesarias estas intervenciones, pero en casos muy extremos de violencia. (19, 20, 21)

3.2. Justificación.

Por lo nombrado anteriormente en la fundamentación, se aprecia que no hay una atención e intervención establecida de manera adecuada y que esté comprobada científicamente para atender las situaciones de urgencia de los niños con discapacidades que padecen crisis agresivas. El estudio del comportamiento agresivo es importante para el campo de la salud debido a la amplia gama de posibles resultados negativos de salud pública, incluyendo violencia juvenil, mayor uso de recursos médicos (por ejemplo, departamento de emergencia, psiquiátrico y cuidados críticos) y económicos y una mayor participación en el sistema de justicia penal. Se deben hacer esfuerzos para aumentar la formación de las enfermeras escolares en la evaluación y gestión de las emergencias que amenazan la vida de los alumnos, sobre todo en los centros de educación especial, donde las crisis agresivas llegan a comprometer a la salud de muchas personas, ya que no hay protocolos efectivos para los profesionales de enfermería.

Por ello el objetivo del estudio será evaluar la efectividad de un protocolo de actuación de intervenciones de enfermería basado en la evidencia disponible para actuar ante las crisis de agresividad del alumnado en el centro de educación especial que cuenta con 136 alumnos caracterizados por tener necesidades educativas especiales derivadas de condiciones personales con discapacidad, pudiendo ser físicas, psíquicas y sensoriales.

4) Objetivos e hipótesis.

4.1. Objetivos:

Objetivo general:

- Evaluar la efectividad de un protocolo de intervención de enfermería ante las crisis agresivas de los alumnos de un centro de educación especial.

Objetivos específicos:

- Valorar y conocer la incidencia de crisis antes/después de ser aplicado el protocolo en el centro de educación especial.
- Diseñar, aplicar y evaluar un protocolo de intervención de enfermería que nos sirva para orientar al alumno, sobre autocontrol, manejo de conductas agresivas y desarrollo de habilidades sociales.
- Estudiar si hay diferencias en el efecto de la intervención en función de la edad, si son niños o adolescentes y en función del sexo.

4.2. Hipótesis de investigación:

- Con la aplicación de un protocolo integral de enfermería en un centro de educación especial puede conseguir que las crisis agresivas se prevean con mayor anticipación y se evite su aparición.
- La enseñanza de métodos de conducta y técnicas de comunicación a los alumnos del centro de educación especial les permitirá ser capaces de llevar a cabo un autocontrol de su comportamiento.
- Existen diferencias en la efectividad del protocolo de enfermería en función del sexo y la edad de los alumnos.

5) Metodología.

5.1. Diseño del estudio.

El diseño metodológico que se emplea en este proyecto es un cuasi-experimental no controlado de tipo antes-después. Se ha elegido este diseño porque se va a realizar el estudio con toda la población de un centro de educación especial, recogiendo datos antes y después, pudiendo comparar y demostrar el efecto de la prevención y actuación enfermera sobre la disminución de las crisis agresivas.

Se pretende analizar la práctica habitual del centro, aplicar el protocolo y se observarán los cambios en un tiempo del estudio de 14 meses, a lo cual hay que sumar 1 mes en el que se formará al personal sobre el protocolo a aplicar. Sumando, el total del tiempo de las fases del estudio que serán realizadas en el centro educativo será 15 meses, que se hará coincidir con el año escolar. Este diseño antes-después no controlado es especialmente apropiado para el objetivo de este estudio que mide efectividad en condiciones reales y que permitirá evitar la contaminación recogiendo datos antes y después, formando a todos los profesionales con el protocolo, por lo tanto, no hay un grupo control como tal, sino que los controles serán los propios pacientes antes de que se implante el protocolo de intervención.

Antes de empezar, se realizará una concepción de la idea, luego se llevará a cabo la preparación del estudio o conceptualización. Recogeremos datos de niños y adolescentes que cumplan los criterios de inclusión, obteniendo unas variables que intervengan en el estudio. A continuación, se llevará a cabo la preparación del estudio, formando a los profesionales de enfermería con el protocolo. Después se analizarán los datos y recogerán los resultados, los cuales serán publicados, finalizando el estudio en un tiempo aproximado de 15 meses.

5.2. Sujetos del estudio.

La población serán los niños y adolescentes de un centro de educación especial (lugar de estudio) que cursan con trastornos de conducta, agitación y crisis agresivas. Cuenta con un equipo de 20 profesores de Pedagogía Terapéutica que ejercen como tutores en las diferentes Etapas Educativas: Infantil, Educación Básica (E.B.O.1 y E.B.O. 2) y Transición a la Vida Adulta (T.V.A.). Destacan otras figuras como personal laboral: una auxiliar

administrativa, 5 fisioterapeutas, una enfermera y otra enfermera compartida con otros centros de educación especial, un conserje, un auxiliar de limpieza y 13 técnicos educativos. Los profesores colaboran con otros profesionales, como es el caso de la enfermera, para trabajar en potenciar la mayor autonomía posible del alumnado en los ámbitos emocionales, cognitivos, físicos, de comunicación y socialización.

El muestreo es no aleatorio, no probabilístico. Primero, con todos los alumnos del centro se escogerán los niños y adolescentes agresivos, los cuales cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Dirigido a alumnos/as entre 8 y 21 años.
- Alumnos que agreden a compañeros/as, profesionales y se autolesionan.
- Alumnos/as diagnosticados de trastornos disruptivos del control y la conducta, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno del espectro autista (TEA), el trastorno explosivo, el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante (TDN).

Criterios de exclusión:

- Alumnos/as menores de 8 años.
- Alumnos/as que tengan grandes discapacidades físicas.

El tamaño previsto de la muestra se realiza mediante la previsión en función del total de alumnos que van al centro de educación y cumplen los criterios. Al ser siempre la misma población de estudio, siempre serán los mismos sujetos. En total, de los 136 alumnos se estima que se escogerán 50 para el estudio.

5.3. Variables.

La variable dependiente del estudio será la aparición de las crisis agresivas, es decir, el resultado esperado con las intervenciones de enfermería. Si una persona presenta unos

signos y síntomas se puede identificar la aparición de una crisis agresiva, actuar a tiempo mediante la prevención, disminuyendo el agravamiento de la crisis. La variable independiente será la prevención de la conducta agresiva, influenciada por otras variables como la edad, el sexo, el motivo desencadenante de la conducta violenta, la medicación pautada, la patología o el diagnóstico.

- Crisis agresivas: según la RAE una crisis es una “intensificación brusca de los síntomas de una enfermedad”. La agresividad la define como “tendencia a actuar o a responder de manera violenta”. Según el estudio de Intervención de enfermería ante el paciente agresivo, una crisis agresiva es la fase de mayor peligro de un estado de agitación de un paciente. Es una variable cualitativa dicotómica y la unidad de medida que se utilizará para medirla será el juicio clínico de las enfermeras y la observación de todos los trabajadores del centro. Se escoge esta variable porque es la parte fundamental del estudio y para saber la prevalencia las apariciones de las conductas violentas.
- Prevención: según la RAE se denomina como “la preparación y disposición para anticiparse y evitar un riesgo o ejecutar algo”. Es una variable cualitativa dicotómica y se medirá mediante la observación de los trabajadores del centro y el número de crisis existentes. Se escoge esta variable con el fin de evaluar si se realiza adecuadamente la atención a los niños y adolescentes con riesgo de padecer crisis agresivas, evaluando si se realiza o no una prevención por parte del centro de educación especial.
- Motivo desencadenante: según la RAE un motivo es la “causa o razón que mueve para algo”. Así, las conductas agresivas pueden tener dos tipos, los motivos desencadenantes externos (disciplina familiar, modelo de conducta y/o incongruencia educativa) y los internos (factores orgánicos y/o déficit de habilidades sociales). Es una variable cualitativa dicotómica y su herramienta de estudio será la observación del personal laboral del centro de educación especial. Se muestra esta variable con el fin de saber el origen de la crisis agresiva de cada individuo del estudio.
- Sexo: según la RAE se define como “condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas”. Es una variable cualitativa dicotómica y la herramienta por la cual se obtendrán los sexos será la historia clínica. Se escoge esta variable para saber si se da más en hombres o en mujeres las crisis agresivas.

- Edad: la RAE la denomina como “cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana”. Es una variable de tipo cualitativa ordinal y la herramienta de estudio a utilizar será la historia clínica. Se elige esta variable porque es importante saber en qué edades se dan más las crisis agresivas.
- Diagnóstico: la RAE la define como “calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte”. Es un tipo de variable cualitativa nominal y se obtendrá la información con la historia clínica como herramienta de estudio. Es fundamental saber la patología o diagnósticos del alumno, ya que tendrán unas características específicas cada uno de ellos.
- Tratamiento (fármacos): La RAE define tratamiento como un “conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad”. Es una variable de tipo cualitativa nominal y la herramienta a utilizar será la historia clínica. Se tiene en cuenta como variable al tratamiento farmacológico con el fin de saber cuántos alumnos/as están medicándose y la repercusión en el control de las crisis agresivas. ⁽²²⁾

Nombre	Tipo de variable	Respuesta	Herramienta
Crisis agresivas.	Cualitativa dicotómica.	Sí/no.	Observación y juicio clínico.
Prevención de la conducta agresiva.	Cualitativa dicotómica.	Sí/no.	Observación y utilización de escalas (OAS, ABS y EGA).
Motivo desencadenante.	Cualitativa dicotómica.	Externo/Interno.	Observación de los trabajadores del centro.
Sexo.	Cualitativa dicotómica.	Hombre/mujer.	Historia clínica.
Patología Diagnóstico.	Cualitativa nominal	TEA, TGD, TDAH, TDN y TD.	Historia clínica.
Tratamiento farmacológico.	Cualitativa nominal.	Tipo de medicamento (ansiolítico, antiepiléptico, antidepresivo, antipsicótico...)	Historia clínica.
Edad.	Cualitativa ordinal.	De 8 a 12 años, de 13 a 17 años y de 18 a 21 años.	Historia clínica.

Tabla N°5. Variables del estudio. Elaboración propia.

5.4. Intervención a evaluar.

Este estudio tendrá como intervención a evaluar las actividades de profesionales de enfermería para la prevención de las crisis agresivas en alumnos/as de los centros de educación especial. Serán las enfermeras las componentes del estudio y quienes aplicarán intervención titulados en grado de enfermería, con más de un año de antigüedad en el servicio y con un contrato estable (indefinido, lo que suponga una permanencia en el servicio). No lo realizarán los profesionales que tengan poca experiencia laboral con niños y adolescentes.

Dadas las características del lugar, un centro de educación especial, se hace imprescindible la participación de los profesores, familiares y otros profesionales que deben saber la utilización de técnicas de autocontrol. Se diseña en base a toda la bibliografía encontrada, un protocolo para enseñar en un mes los apartados e intervenciones del mismo. Tras enseñar el protocolo en el centro, los profesionales de enfermería serán capaces de:

- Establecer una alianza terapéutica con el alumno/a agitado mediante la intervención verbal, no verbal y otras pautas.
- Valorar la presencia de signos o síntomas que se supongan un riesgo en la aparición de conductas agresivas.
- Prevenir la conducta violenta y agresión en el medio.
- Aplicar un plan de cuidados adecuado ante crisis agresivas de niños y adolescentes de los centros de educación especial.

El plan de cuidados será llevado a cabo por los profesionales de enfermería, pero se tendrá en cuenta a los demás trabajadores del centro para fomentar el control y la aparición de las crisis agresivas, las cuales, poseen 5 estadios: el desencadenamiento, el ascenso, la crisis, la recuperación y la depresión. Por lo tanto, una buena comunicación entre el personal del centro fomentará el no llegar al estadio de la crisis donde existe mayor peligro y contenido violento. Con una buena prevención se solventaría la mayoría de las crisis agresivas.

Los procedimientos del protocolo y fases de aplicación son los siguientes:

1. Identificar los factores de riesgo de violencia o agitación.

La observación de la conducta de los alumnos/as por parte de todos los trabajadores del centro será esencial como valoración y prevención de riesgo de una violencia futura. Los signos prodrómicos son unos síntomas que avisan de que el alumno se encuentra inquieto y nervioso, pudiendo desencadenar en una agitación. Debe existir una gran comunicación que por parte de todo el personal del centro y si se detectara alguna anomalía se avisaría a la enfermera que emplearía las pautas generales de actuación. Los signos prodrómicos son:

- Expresión facial tensa.
- Hiperactividad músculo-esquelética.
- Lenguaje malsonante.
- Signos de ansiedad (hipertensión arterial, taquicardia, respiración rápida y pupilas dilatadas).
- Pensamientos extraños.
- Amenazas o discusiones con alumnos o personal del centro y golpes.
- Alucinaciones.

2. Pautas de prevención.

Existen numerosas actividades que se pueden realizar para disminuir la aparición de las crisis agresivas y fomentar el autocontrol del alumno/a de su conducta. Por ello, la enfermería promocionará la salud de los niños y adolescentes del centro de educación especial, fomentando el aprendizaje del alumnado para controlar su conducta, cooperando con los otros profesionales del centro (profesores, logopedas, trabajadora social, fisioterapeutas...) y con los familiares. Destacan las siguientes actividades como prevención:

- El profesional de enfermería debe conocer a los alumnos/as. Se realizará un seguimiento de los candidatos a tener crisis agresivas por sus características,

rellenando una ficha básica de alumnos/as con necesidades especiales.

- Utilizar la comunicación verbal y no verbal. Los métodos alternativos de comunicación como imágenes o pictogramas que fomenten las habilidades sociales de los niños o adolescentes del centro. También se pueden ofrecer códigos de comunicación, como por ejemplo claves visuales para poder informar de alteraciones en su estado de salud, como realizar un gesto ante la sensación de estrés o tensión.
- Respetar el espacio personal individual y evitar el contacto físico de los autistas.
- Avisar a los alumnos/as con trastornos de conducta o TEA de cualquier contacto físico.
- Anticipar que va a suceder de forma sencilla, para reducir la ansiedad a lo desconocido.
- Utilización de métodos de conducta como la elección, la distracción, la imitación, las recompensas, petición de tareas fáciles primero y complicadas después, y habilidades alternativas como actividades distractoras (leer, escuchar música...) y sensaciones intensas (ducha, hielo, calor...).
- Utilización de técnicas de control corporal, como por ejemplo ejercicios de respiración.
- Utilización de cuestionarios, como la Escala de agresividad (EGA), para detectar nivel de agresividad y de autolesión. ⁽²³⁾

3. Medidas de intervención ante agitación y crisis agresiva.

Los profesionales de enfermería tendrán como primer paso realizar una evaluación del estado de salud del alumno/a para obtener una percepción de su estado de salud. Se valorará el estado de agitación mediante la observación y el uso de la Escala de Agresividad Manifiesta (OAS) y la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan, se intenta tranquilizar al alumno/a, con ejercicios de relajación, técnicas de autocontrol (Anexos 3 y 4). La actitud del profesional de enfermería se caracterizará por la empatía, el respeto al otro, una comunicación clara, controlando los tonos y sin provocaciones ni juicios de conducta. ⁽²⁴⁾

Se practicará la escucha activa, cuidando el lenguaje no verbal, se permitirá hablar al paciente respetando su palabra y escuchando sin interrumpir. Si no funcionan se debe pedir la ayuda de otros trabajadores del centro y establecer un "círculo de seguridad". La agitación puede evolucionar en los siguientes estados:

- Estado de tensión; en este caso ya ha comenzado la primera fase de la conducta agresiva, un estado de nerviosismo en el que se actuará reconduciéndole a otra aula, aportaremos actividades de relajación y estrategias de distracción cognitiva. El alumno/a se encontrará en estado de euforia, irritabilidad, desorientación, confusión o ansiedad.
- Explosión o episodio de violencia; tras prestar atención y observar el propósito de hacer daño a otras personas o a sí mismo, como última opción se plantearía el uso de la contención física. Según un estudio realizado por Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL y Wilson, la contención es una intervención que puede conllevar efectos secundarios, por lo tanto, será utilizada sólo en casos extremos, ya que compromete la salud del alumno/a que padece la crisis y de las personas que realizan la contención. Si es insuficiente se procederá a administrar la pauta prescrita por el médico y se llamará al 112 como a la familia. ⁽²⁵⁾
- Arrepentimiento; es el instante para educar al alumno/a de la conducta incorrecta, siendo una manera de enseñar aspectos relacionados con el autocontrol. Se planteará con el equipo de profesores y familiares terapia grupal o individual para fomentar la capacidad de socializarse y cómo tiene que comportarse de manera adecuada.

4. Registro de las agresiones y evaluación del proceso.

5.5. Procedimiento de recogida de datos.

Para la recogida de datos se empleará el uso de la historia clínica (datos personales, edad, diagnóstico, retraso mental y tratamiento farmacológico), la observación de los alumnos/as por parte de los profesionales de enfermería y los otros trabajadores del centro para observar cambios del comportamiento del alumnado.

Se tendrán en cuenta las escalas y cuestionarios: Escala de Agresividad Manifiesta

(OAS), la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ABS) y la Escala de agresividad (EGA), las cuales nos permitirá evaluar cuántas agresiones, el tipo que se dan en cada alumno/a y evaluar si son o no propensos a tener actitudes agresivas. Las escalas anteriormente mencionadas se encuentran en los Anexos 3, 4 y 5.

5.6. Fases del estudio, cronograma.

El estudio se dividirá en 5 fases que durarán en total 15 meses, con el propósito de valorar los cambios que produce una formación en los profesionales de enfermería y su correspondencia práctica en los alumnos/as del centro que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, por lo tanto, se centrará en las siguientes cinco fases:

- El primer paso será la conceptualización, la cual se basará en creación de la idea y el criterio del estudio, estableciendo unos objetivos y unos resultados esperados. Se redactará la concepción del estudio.
- La segunda fase será la preparación, con el fin de planificar y organizar el lugar donde se realizará el estudio y seleccionar a la población de estudio.
- La tercera fase será la ejecución del estudio, comenzará con una recogida de información para valorar el estado del centro antes de intervenir. Recogeremos datos mediante entrevistas, escalas y cuestionarios, seleccionando a niños y adolescentes que cumplan los criterios de inclusión. De esa manera se obtendrán las variables que intervengan en el estudio. Se llevará a cabo la formación de profesionales de enfermería ante las situaciones de crisis agresivas de niños y alumnos discapacitados, poniéndose en práctica en el mismo centro.
- La cuarta fase, se centrará en recoger datos tras la intervención realizada en el centro y registrar los cambios observados.
- La quinta fase, será la obtención de los resultados. Se analizarán los datos y cuáles serán publicados.

La siguiente tabla es un diagrama de Gantt, con el que se expone de manera gráfica las fases y actividades junto con la duración establecida para la realización del estudio:

Actividades	Fases del estudio										
	Conceptualización	Preparación		Ejecución del estudio						Análisis de datos	Publicar estudio.
	1 mes	1 mes		9 meses						3 meses	1 mes
Preparación del tema, objetivos y resultados del estudio.											
Aceptación del centro educativo especial y de tutores y/o familiares de alumnos/as mediante el consentimiento informado.											
Análisis y recopilación de información de la población (recogida datos pre.)											
Aplicación de entrevistas, escalas y cuestionarios para seleccionar los sujetos que conformen la población de estudio.											
Seleccionar los participantes que constituyan la muestra, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión.											
Descripción de la muestra antes de aplicar el protocolo.											
Formación de los profesionales de enfermería.											
Recogida de datos tras la realización de la formación (post).											
Registrar y redactar cambios observados con la práctica del protocolo.											
Realizar una publicación del estudio con los resultados obtenidos.											

Tabla N°6. Diagrama de Gantt. Elaboración propia.

5.7. Análisis de datos.

En cuanto a análisis de datos se realizará la siguiente estrategia de análisis, primero se llevará a cabo una descripción de las variables existentes en el estudio. Después, se redactarán los resultados obtenidos en una tabla resumen donde se situarán las medias, medianas y su desviación estándar, para consensuar las variables continuas. Se mostrarán en frecuencias absolutas o relativas las variables tipo categóricas que se obtengan.

A continuación, se redactará la estrategia analítica, con un análisis bivariado en el que se medirá la asociación de cada una de las variables independientes con cada una de las variables dependientes o resultado. Antes de escoger el test estadístico, se usará el tipo paramétrico, si se cumpliera la normalidad. Si no fuera así, se utilizarán los test no paramétricos. Si se da el paramétrico utilizaremos el t student. Si no se cumple se utilizaría un test no paramétrico, el U – Mann-Whitney o el Test de Wilcoxon. Por el contrario, usaremos el test chi-cuadrado si la variable resultado es categórica. Valoraremos si hay diferencias entre las variables resultado medidas antes y después de la intervención y si se consideran como significativas, se llevarán a cabo los test estadísticos.

En nuestro caso al ser la variable resultado de tipo cualitativa (aparición de crisis agresiva) se empleará el test de chi cuadrado. Tras demostrar las diferencias entre en el antes y después de la intervención del estudio con los resultados, se comenzará a estratificar dependiendo de las variables independientes que hayan demostrado tener una relación estadística importante en el análisis bivariado. Esto se producirá con la variable tipo de patología de base, ya que se pretende controlar si el efecto contemplado es diferente en función de la patología de base que estos presenten. Además, se llevará a cabo en este procedimiento con la variable edad.

En todas las pruebas estadísticas se aceptará como válido un nivel de confianza estadística del 95% y un error $\alpha < 0.05$. Para la realización de los análisis emplearemos un programa estadístico especializado como puede ser el Stata o el "R" en sus versiones más actualizadas.

6) Aspectos éticos.

El estudio será revisado por un Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), según el Real Decreto 223/2004, es el grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que se encargan de que una investigación se realice con garantía pública, de manera ordenada y con documentos como el consentimiento informado (Anexo 6) para respetar la intimidad de la población que participará en el estudio.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal tiene como objetivo garantizar el respeto y que se cumplan los derechos de las personas que conforman la población del estudio.

Mediante la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, teniendo como principios básicos el respeto de la dignidad de la persona humana, obtener el consentimiento tras informar y explicar el protocolo a realizar, tendrán derecho a la libre elección y la información que se obtenga de las documentaciones clínicas se guardará.

Para utilizar la historia clínica con un fin de investigación de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad se obliga a preservar la información y datos del paciente y asegurar su anonimato, salvo que de su consentimiento.

Para llevar a cabo las acciones e intervenciones terapéuticas se requiere el consentimiento del paciente excepto los casos recogidos por el artículo 10 de la Ley General de Sanidad acordando los siguientes casos:

Cualquier acción terapéutica requiere el previo consentimiento escrito del usuario, excepto en los siguientes casos (recogidos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad):

- “Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública”.
- “Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas”.
- “Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento”.⁽²⁶⁾

7) Limitaciones del estudio.

Al ser un estudio no aleatorizado y que incluirá a toda la población del centro educativo que cumpla criterios de inclusión y exclusión, este estudio maximizará la validez interna. Sin embargo, tendrá una limitada validez externa, por lo que deberemos ser muy cuidadosos a la hora de extrapolar los resultados a otros centros de educación especial.

Los alumnos/as pueden sufrir una reactividad psicológica por ser conscientes de que se está aplicando un protocolo nuevo con respecto a sus problemas de conducta y crisis agresivas. Por lo tanto, al estar participando en el protocolo y que sean conscientes puede conllevar a que modifiquen su conducta sin ser una respuesta gracias a la aplicación del estudio en la intervención enfermera. Esto se conoce como efecto Hawthorne, que se define como la respuesta inducida por parte de las personas involucradas en un estudio por saber que se les está estudiando o interviniendo. Al igual que ocurre con el efecto placebo, el protocolo va destinado a disminuir y prever los cambios de conducta y las crisis agresivas, por lo tanto, si los alumnos/as son conscientes de que se les está interviniendo pueden verse afectados y obtener un cambio en los resultados, siendo una limitación para el estudio.

8) Bibliografía.

1. Navarro-Pardo E, Moral JCM, Galán AS, Beitia MDS. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema* 2012;24(3):377-383.
2. Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMV. 5ª ed.: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L, Touriño-Aguilera E, Artigas Pallarés J, Belinchón-Carmona M, Muñoz-Yunta JA, Hervás-Zúñiga A, Canal-Bedia R, Hernández, Díez-Cuervo JM, Idiazábal-Aletxa MA, Mulas F, Palacios S, Tamarit J, Martos-Pérez J, Posada-De la Paz M. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 2006; 43 (7): 425-438426.
4. Muñoz IG, Torres JB, Sánchez CD, Salesa ADC, Serrano JM. Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad. 2011.
5. Organización Mundial de la Salud. (2017). Organización Mundial de la Salud. [Internet] Acceso 20 de Marzo de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/es/>.
6. Wolf-Fordham S, Curtin C, Maslin M, Bandini L, Hamad CD. Emergency preparedness of families of children with developmental disabilities: what public health and safety emergency planners need to know. *Journal of emergency management (Weston, Mass.)* 2015;13(1):7.
7. Liu, J., Lewis, G. and Evans, L. (2012). Understanding aggressive behaviour across the lifespan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(2), pp.156-168.
8. Claus M, Kimbel R, Letzel S, Rose D. Occupational injuries of teachers and educational staff at special schools with multiple and severely handicapped children in Rhineland-Palatinate (Germany): results of a cross-sectional study. *Journal of occupational health* 2015;57(5):465-473.

9. Transition Care for Children With Special Health Care Needs. (2014). *Pediatrics*, 134(5), pp.X6-X6.
10. Heaslip V, Hewitt-Taylor J. Vulnerability and risk in children living with a physical disability: Vanessa Heaslip and Jaqui Hewitt-Taylor describe how healthcare professionals can help young people to negotiate risk and increase their independence. *Nursing children and young people* 2014;26(10):24-29.
11. Vásquez MJ, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía clínica para el Trastorno negativista desafiante. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina.Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
12. Wolf-Fordham S, Curtin C, Maslin M, Bandini L, Hamad CD. Emergency preparedness of families of children with developmental disabilities: what public health and safety emergency planners need to know. *Journal of emergency management (Weston, Mass.)* 2015;13(1):7.
13. Estrategias para abordar la conducta desafiante en alumnos con discapacidad intelectual. (2013). 1st ed. [Internet] Murcia: Secretaría General. Servicio de Publicaciones y Estadística. Disponible en: <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/conductas/doc/completo.pdf>.
14. Escobar-Córdoba F, Suárez-Beltrán MF. Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria. *Universidad Médica* 2011;52(4):421-430.
15. McQuire C, Hassiotis A, Harrison B, Pilling S. Pharmacological interventions for challenging behaviour in children with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2015;15(1):303.
16. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2010;32(supl 2): S103.
17. Novell Alsina, R., Rueda Quittlet, P., Salvador Carulla, L., & Forgas Farre, E. (2015). Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad

intelectual: Guía práctica para técnicos y cuidadores. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

18. Villamediana Navas, C. (2017). Intervención de Enfermería ante el Paciente Agresivo. [Internet] Uvadoc.uva.es. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/13343>.
19. Olympia RP, Wan E, Avner JR. The preparedness of schools to respond to emergencies in children: a national survey of school nurses. *Pediatrics* 2005;116(6): e745.
20. Peña-Olvera Francisco de la, Palacios-Cruz Lino. Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Ment* [Internet]. 2011Oct;34(5):421-427.
21. Protocolo Consensuado. Revisión 2012, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, (CHUA). Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica.
22. Dle.rae.es. [Internet]. Acceso 31 de Marzo de 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=19X4UPh>.
23. MG. Martinez, M. y Mg. Moncada, S. (2012). Escala de la agresividad (EGA). [Internet]. Acceso 14 de Abril 2017. Disponible en: https://es.slideshare.net/permoncada/ficha-cnica-agresividad-ega-2012?next_slideshow=1.
24. Scribd. (2017). Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan. [Internet]. Acceso 20 de Marzo de 2017. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/43025171/Escala-de-Comportamiento-Agitado-de-Corrigan>.
25. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine* 2012;13(1).
26. Boe.es. (2017). Boletín Oficial del Estado [Internet]. Acceso 14 Abril de 2017. Disponible en: <https://www.boe.es/legislacion/>.

9) Anexos.

Anexo 1: Ejemplo de tabla de porcentaje de trastorno en función de la edad.

Edad/trastorno	Porcentaje de trastornos en función de la edad			
	Hasta 5 años	De 6 a 11 años	De 12 a 15 años	Más de 15 años
Retraso mental	0,00	0,72	1,12	2,21
TDAH	5,56	19,57	8,43	5,88
T. conducta	22,22	22,46	22,47	19,12
T. psicóticos	0,00	0,72	1,69	2,94
T. ansiedad	5,56	12,32	21,35	15,44

Elaboración propia a partir de Navarro-Pardo E, Moral JCM, Galán AS, Beitia MDS (2012).

Anexo 2: Ejemplo de tabla de prevalencia de los trastornos.

Prevalencia de trastornos		
	Nº	Porcentaje
Retraso mental	6	1.3
T. aprendizaje	7	1.5
T.comunicación	7	1.5
TGD	13	2.8
TDAH	51	10.9
T. conducta	101	21.5
T. conducta alimentaria	19	4.0
Tics	12	2.6
T. eliminación	43	9.1
Otros t. infancia	16	3.4
T. psicóticos	8	1.7
T. estado de ánimo	14	3.0
T. ansiedad	77	16.4
T. somatomorfo	6	1.3
T. sueño	12	2.6
T. contr. impulsos	18	3.8
Problemas relación	15	3.2
Otros trastornos	45	9.6
Total	470	100.0

Elaboración propia a partir de Navarro-Pardo E, Moral JCM, Galán AS, Beitia MDS (2012).

Anexo 3: Escala de Agresividad Manifiesta (OAS).

<i>Agresión verbal</i>	<i>N.º de veces</i>
1. No presenta	
2. Habla en voz muy alta, grita con enfado.	
3. Insultos personales sin gran importancia	
4. Juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a sí mismo	
5. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo («te voy a matar») o precisa ayuda para controlarse a sí mismo	
<i>Agresión física contra uno mismo</i>	
1. No presenta	
2. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo (en ausencia de daño o cuando éste es mínimo)	
3. Golpea objetos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo (se produce heridas, pero sin un daño grave).	
4. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves.	
5. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes.	
<i>Agresión física contra objetos</i>	
1. No presenta.	
2. Da portazos, desparrama la ropa, lo desordena todo.	
3. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos, hace marcas en las paredes.	
4. Rompe objetos, como las ventanas y cristales.	
5. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente.	
<i>Agresión física contra otras personas.</i>	
1. No presenta.	
2. Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarra de la ropa.	
3. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas.	
4. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones).	
5. Ataca a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas).	

Anexo 4: Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Agitated Behavior Scale).

Indique si el paciente presentaba los comportamientos que se citan a continuación y si es así, en qué grado: leve, moderado o extremo. El grado puede basarse en la frecuencia del comportamiento o en la intensidad de un incidente determinado. No deje ítems sin rellenar.

	Inexistente	Leve	Moderado	Extremo
1.Mantiene poco la atención, se distrae con facilidad o es incapaz de concentrarse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.Impulsivo, impaciente, tolera mal el dolor o la frustración.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3.Poco cooperador, no deja que le cuiden o exigente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4.Es violento o amenaza a las personas o la propiedad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5.Explosivo o con ataques de ira imprevisibles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6.Se balancea, se frota, gime o manifiesta otra conducta estimulante.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.Tira de los tubos y las ataduras de la cama.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8.Vaga por las áreas de tratamiento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9.Está inquieto, va y viene o se mueve excesivamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10.Muestra comportamientos repetitivos, motores o verbales.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11.Habla rápido, alto o en exceso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12.Cambia de humor súbitamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13.Llora o se ríe con facilidad y de una manera excesiva.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14.Se hace daño o insulta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Puntuación total.

Puntuaciones factores.

Desinhibición (ítems 1-2,6-10).

Agresividad (ítems 3-5,14).

Labilidad (ítems 11-13).

Anexo 5: Escala de agresividad (EGA).

Cuestionario de estudiantes de 8 años a los 15 años que analiza si el estudiante es agresivo o si no lo es y el tipo de agresividad que padece.

Dimensión de la agresividad (ítems físicos).

1. ¿Peleo con mis compañeros/as de clase?
2. ¿Me gusta golpear a mis compañeros/as?
3. ¿Cuándo estoy con cólera doy empujones a mis compañeros/as?
4. ¿Cuándo mis compañeros/As no me dan lo que les pido, les pego?
5. ¿Si alguien me pateo, le hago lo mismo?
6. ¿Cuándo estoy molesto, rompo objetivos?
7. ¿Aprovecho la ausencia de mi profesor para agredir físicamente a algún compañero?
8. ¿Me burlo de mis compañeros/as?

Dimensión de la agresividad ítems verbales).

9. ¿Pongo apodos a mis compañeros/as?
10. ¿Me fijo en los defectos de mis compañeros/as?
11. ¿Cuándo un compañero/a me insulta, generalmente yo le respondo con otro insulto?
12. ¿Digo malas palabras en el aula?

Dimensión de la agresividad (ítems psicológicos).

13. ¿Miro con desprecio a los niños/as más débiles?
14. ¿Disfruto cuando inspiro miedo a los demás?
15. ¿Me gusta amenazar a mis compañeros/as?
16. ¿Hablo mal de mis compañeros/as?
17. ¿Disfruto arrebatando las cosas a mis compañeros/as?
18. ¿Me encuentro seguro/a en el aula?
19. ¿Tengo problemas con mis compañeros/as del aula?
20. ¿Me han golpeado en el aula?

Niveles/Instrumento	Bajo	Medio	Alto
Nivel de agresividad (EGA)	0-25	26-52	53-80

Anexo 6: Consentimiento informado.

• **Título:** Cuidados de enfermería para controlar las situaciones de crisis agresivas de los niños y adolescentes escolarizados en un centro de educación especial.

• **Investigador del estudio:** Alejandro López Platero.

• **Objetivo del estudio:** evaluar la efectividad de un protocolo de intervención de enfermería ante las crisis agresivas de los alumnos de un centro de educación especial. El estudio va dirigido para niños y adolescentes que acuden a los centros de educación especial y se les invita a participar de manera libre, siendo un estudio totalmente voluntario.

Antes de decidir si su hijo/a participa en el estudio, por favor lea este consentimiento cuidadosamente.

• **Beneficios y riesgos:** el beneficio principal que obtendrá su hijo si participa en este estudio es mejorar sus posibilidades de evitar las crisis agresivas y recibir un tratamiento más efectivo en el caso de que desarrollen crisis agresivas. Esto supondrá un aporte positivo para su salud. El único riesgo potencial que podría enfrentar su hijo si participa en este estudio sería que de manera individual a él o ella la intervención planteada no le fuera bien. Caso en el cual se dejará de aplicar la intervención en su hijo/a, se les notificará a ustedes y se buscará una alternativa adecuada.

• **Los datos personales** que se recojan serán confidenciales y procesados de acuerdo con la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal para velar por la confidencialidad de los datos clínicos de la persona. Únicamente el personal autorizado puede relacionar su identidad con los citados códigos, mientras que los investigadores no podrán conocer ningún dato que revele su identidad. De esta manera, aunque los resultados logrados de la investigación realizada con los datos del paciente su identidad no será facilitada ni proporcionada. De este modo, queda garantizada la confidencialidad de sus datos personales. Si el sujeto es menor de edad o es una persona incapacitada, por ser dependiente para la toma de decisiones ante su discapacidad mental.

Fecha: a...de..... de 200...

Firma participante

Firma de investigador

