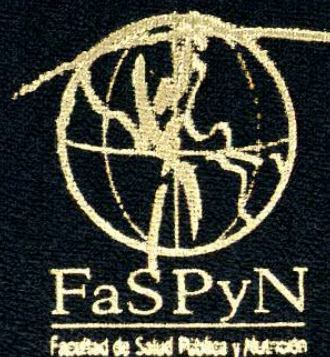


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE SALUD PUBLICA Y NUTRICION
SUBDIRECCION DE POSTGRADO



T E S I S

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA CON ESPECIALIDAD
EN SALUD EN EL TRABAJO**


**"FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA
APARICION DE AGRESION FISICA DEL PACIENTE
HACIA EL PERSONAL QUE LABORA EN UN
HOSPITAL PSIQUIATRICO"**

AUTORES:

**DR. ALFREDO GARCIA CISNEROS
DR. FRANCISCO MARTINEZ PUENTE**

MONTERREY, N. L.

FEBRERO DE 1998



TM
RC439
.4
G3
1998
c.1



1080093588



FaSPyN

Facultad de Salud Pública y Nutrición

U A N L

Centro de Información y
Producción Científica



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
 FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
 SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON
 ESPECIALIDAD EN SALUD EN EL TRABAJO.

“FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA APARICIÓN DE AGRESIONES
 DEL PACIENTE HACIA EL PERSONAL QUE LABORA EN UN HOSPITAL
 PSIQUIÁTRICO”

AUTORES:

DR. ALFREDO GARCÍA CISNEROS
 DR. FRANCISCO MARTINEZ PUENTE



MEXICO, NUEVO LEÓN

FEBRERO DE 1998

TM
RC439
.4
G3
1998

7609





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON
ESPECIALIDAD EN SALUD EN EL TRABAJO.**

**“FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA APARICIÓN DE AGRESIÓN
FÍSICA DEL PACIENTE HACIA EL PERSONAL QUE LABORA EN UN HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO”**

AUTORES:

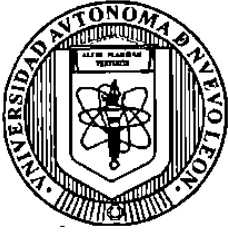
**DR. ALFREDO GARCÍA CISNEROS
DR. FRANCISCO MARTINEZ PUENTE**

MONTERREY , NUEVO LEÓN

FEBRERO DE 1998

ASESOR

DR. RUBEN ARIZMENDI ROJAS M.S.P.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

≈ APRUEBO ≈

la tesis titulada **"Factores de riesgo que intervienen en la aparición de agresión física del paciente hacia el personal que labora en un hospital psiquiátrico"**, con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud en el Trabajo.

Atentamente,
Monterrey, N.L., 28 de ENERO de 1998.

"Alere Flammam Veritatis"


Dr. Miguel Angel Eras Contreras, MSP.
Miembro del Comité de Tesis



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

APROBAR

la tesis titulada "Factores de riesgo que intervienen en la aparición de agresión física del paciente hacia el personal que labora en un hospital psiquiátrico", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud en el Trabajo.

Atentamente,
Monterrey, N.L., 2 de Feb de 1998.

"Alere Flammam Veritatis"



Dr. Miguel Ángel González Osuna, MSP.
Miembro del Comité de Tesis



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

APRUEBO.

la tesis titulada "**Factores de riesgo que intervienen en la aparición de agresión física del paciente hacia el personal que labora en un hospital psiquiátrico**", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud en el Trabajo.

Atentamente,
Monterrey, N.L., 27 de Enero de 1978.
"Alere Flammam Veritatis"


Dr. Rubén Arizmendi Rojas, MSP.
Miembro del Comité de Tesis

Por el apoyo durante la realización de la investigación,
comprensión para entender lo que realizabamos y
paciencia durante las horas de espera que no compartimos.

Gracias Elizabeth y Lolis.

**"... quien la mina quiera trabajar, en Dios y en
la suerte ha de confiar".**

TEOFRASTO PARACELSO (1492 - 1541)

**" Medici minus plebeios curantis est interrogare
quas artes exerçant".**

**" Es obligación del médico que atiende a la gente
del pueblo, preguntarle qué oficio ejerce".**

RAMAZZINI (1700).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

≈ APRUEBO ≈

la tesis titulada "**Factores de riesgo que intervienen en la aparición de agresión física del paciente hacia el personal que labora en un hospital psiquiátrico**", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud en el Trabajo.

Atentamente,

Monterrey, N.L., 28 de ENERO de 1998.

"Alere Flammam Veritatis"


Dr. Miguel Angel Frias Contreras, MSP.
Miembro del Comité de Tesis



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

APROBAR

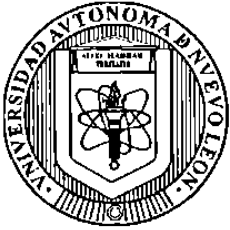
la tesis titulada "**Factores de riesgo que intervienen en la aparición de agresión física del paciente hacia el personal que labora en un hospital psiquiátrico**", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud en el Trabajo.

Atentamente,

Monterrey, N.L., 2 de Feb de 1998.

"Alere Flammam Veritatis"


Dr. Miguel Ángel González Osuna, MSP.
Miembro del Comité de Tesis



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

APRUEBO.

la tesis titulada "**Factores de riesgo que intervienen en la aparición de agresión física del paciente hacia el personal que labora en un hospital psiquiátrico**", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud en el Trabajo.

Atentamente,

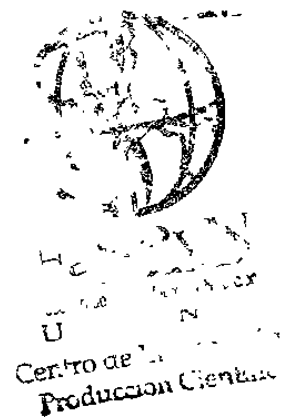
Monterrey, N.L., 27 de Enero de 1978.

"Alere Flammam Veritatis"


Dr. Rubén Arizmendi Rojas, MSP.
Miembro del Comité de Tesis

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
I.-Problema a investigar	3
1.-Delimitación	3
2.-Justificación	4
3.-Objetivos	6
II.-Marco Teórico	7
III.-Hipótesis	21
1.-Variable de Hipótesis	22
2.-Operacionalización de Variables	23
IV.-Diseño	25
1.-Metodológico	25
2.-Modelo Estadístico	28
3.-Calendarización	28
V.-Métodos y Procedimientos	29
VI.-Resultados	32
VII.-Análisis	39
VIII.-Conclusión	45
IX.-Recomendación	50
X.-Glosario de términos	56
XI.-Bibliografía	61
XII.-Anexos (Cuadros)	63



INDICE

Resumen	1
Introducción	2
I.-Problema a Investigar	3
1.-Delimitación del Problema	3
2.-Justificación	4
3.-Objetivos	6
II.-Marco Teórico	7
III.-Hipótesis	21
1.-Variable de Hipótesis	22
2.-Operacionalización de Variables	23
IV.-Diseño	25
1.-Metodológico	25
2.-Modelo Estadístico	28
3.-Calendarización	28
V.-Métodos y Procedimientos	29
VI.-Resultados	32
VII.-Análisis	39
VIII.-Conclusión	45
IX.-Recomendación	50
X.-Glosario de términos	56
XI.-Bibliografía	61
XII.-Anexos (Cuadros)	63

RESUMEN

El estudio comprueba factores de riesgo que determinan mas frecuentemente agresiones físicas por pacientes hacia el personal de un hospital psiquiátrico en los diferentes puestos de trabajo, durante la atención de pacientes clasificados en dos grupos, de acuerdo a su evolución y manifestación clínica: pacientes agudos y pacientes crónicos.

Se realizó una investigación directa, por medio de una encuesta y entrevista del personal reportado como agredido, realizando investigación para establecer las causas básicas del accidente de trabajo, desarrollándose durante 12 meses, las 24 horas del día.

Identificando 42 casos de personal agredido con lesión física, encontrándose al personal de enfermería como el puesto de trabajo con mayor riesgo laboral 60 % , y el paciente con esquizofrenia el causante de mayor número de lesiones 45 % y como hallazgo, en 19 % de las lesiones el paciente no presento agitación psicomotriz o agresividad ocupando el segundo lugar de acuerdo al estado previo a la agresión.

Se concluye que hay factores de riesgo que determinan agresión física por paciente hacia el personal, correspondiendo en su mayoría a enfermería y las medidas de seguridad al personal sanitario en este tipo de instituciones establecerá disminución de pérdidas por lesiones físicas y sus secuelas

INTRODUCCIÓN

En la era moderna, el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales en lugares destinados para ese fin, en vez de ser encadenados y confinados, genera una mejor interpelación del personal psiquiátrico con el paciente pero conlleva un nuevo riesgo de trabajo; el de ser agredidos el personal por el paciente, tema que a empezado a ser estudiado como parte de riesgos del personal sanitario⁶.

Así, el personal que labora en un hospital psiquiátrico, al estar en contacto con los pacientes, está expuesto a sufrir una agresión, la cual puede ser verbal o física, siendo esta última, la que representa un mayor riesgo laboral por generar lesión física y en ocasiones con secuelas resultantes.

El riesgo de sufrir la agresión física lo puede presentar personal de nuevo ingreso, pasantes de medicina, enfermería y trabajo social pero también personal de experiencia en el trato con estos pacientes, riesgo que es extendido a los visitantes y familiares de los pacientes de estas Instituciones.

Por tal motivo y ante la necesidad de incrementar el conocimiento en Medicina del Trabajo en este tipo de Instituciones, se realiza investigación de las agresiones físicas ocurridas durante todo un año, con el fin de conocer los factores de riesgo relacionados en el desarrollo de las agresiones físicas hacia el personal y poder ofrecer orientación para la investigación de accidentes y prevención de estos eventos que representan riesgos laborales en hospitales psiquiátricos.

I.-PROBLEMA A INVESTIGAR

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 que hacer 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.

Al referir, el personal del Hospital Psiquiátrico las constantes agresiones físicas originadas por los pacientes y las aparentes lesiones causadas, se revisó la literatura enfocada en riesgos de trabajo del personal que labora en este tipo de Instituciones, encontrando información a nivel internacional y ninguna a nivel nacional, por lo que se ve necesario contar con información regional y nacional al respecto.

La agresividad puede formar parte de las manifestaciones clínicas de los pacientes psiquiátricos que puede reflejarse en lesiones hacia el personal, por lo que es importante determinar que factores de riesgo tanto de los pacientes como del personal condicionan la agresión física hacia el trabajador del Hospital Psiquiátrico.

Por lo antes descrito se considero importante estudiar:

¿ Que factores de riesgo determinan más frecuentemente agresiones físicas de pacientes hacia el personal de un Hospital Psiquiátrico de Monterrey, Nuevo León en 1997 ?

2.-JUSTIFICACIÓN:

En México actualmente no existen estudios en Medicina del Trabajo sobre riesgos del personal sanitario en hospitales psiquiátricos durante la atención clínica del paciente, como las lesiones causadas por los pacientes.

Como causa de la agresión : la lesión , secuela y su probable limitación física y mental, temporal o permanente, hacen que el problema sea de importancia para el Personal y Administración del Hospital .

Muchos son los ejecutivos ó directivos que no comprenden lo que realmente cuestan los accidentes y otros acontecimientos que ocasionan pérdidas. Con las limitaciones impuestas por el pensamiento tradicional en el campo de los accidentes, es probable que solo se vean los costos del tratamiento médico. Lo que es peor aún, pudiera ser que en instituciones de salud como la del presente estudio, la administración y en general el personal asistencial, acepten a las agresiones físicas como costos ó riesgos inevitables del "que hacer cotidiano" dentro del hospital.

La falta de educación y conocimiento de la seguridad y salud en el trabajo aplicada a este tipo de instituciones, pudiera ser origen de la dificultad para comprender que los mismos factores que ocasionan accidentes, causan así mismo, pérdidas en cantidad, calidad y costo.

Al contar con los recursos humano científico, tecnológico y económicos necesarios para la identificación y evaluación de la causa de las agresiones que

puedan servir de base en las medidas de seguridad del personal durante el manejo de pacientes psiquiátricos.

Por lo anterior es importante identificar los factores de riesgo que influyen en el desencadenamiento de las agresiones hacia el personal, el comprenderlos equivale a dar un gran paso en el control de este tipo de pérdidas y sus consecuencias.¹⁰

La investigación permitirá de acuerdo al programa de salud mental 1995 - 2000, publicado en el diario oficial de la federación en las líneas estratégicas, establecer conductas en materia de Medicina del Trabajo. El programa menciona:

- 1.- Capacitar al personal para que se integre en forma eficiente a las nuevas modalidades de atención.

- 2.- Llevar a cabo proyectos de investigación científica básica, epidemiológica, clínica, sociomédica y de servicios de salud.

II.-MARCO TEORICO

En un hospital psiquiátrico general, se consultan e internan pacientes con diversos diagnósticos, siendo los más comunes las esquizofrenias los síndromes cerebrales orgánicos, los trastornos del carácter , la enfermedad maníaco depresiva y en general todos aquellos síndromes y enfermedades cuya característica es la alteración de la realidad.

En el hospital psiquiátrico en el que se llevo a cabo la investigación, se han suscitado a través de su historia, hechos violentos entre los mismos pacientes y de pacientes hacia el personal, sin embargo, desfavorablemente no se han registrado como accidentes de trabajo, ni llevado estadísticas de los mismos para poder establecer las posibles causas y factores que influyen en el contacto agresivo hacia el personal.

Para una mayor comprensión se conceptualiza a las agresiones físicas de pacientes hacia el personal del hospital psiquiátrico siguiendo el patrón de la triada ecológica del proceso salud - enfermedad. Tomando en cuenta sus características físicas, recursos humanos y administrativos y a los mismos pacientes, visualizamos el ambiente hospitalario psiquiátrico en la tríada ecológica de la siguiente manera:

La triada ecológica la constituyen: agente, huésped y medio ambiente. En el que el agente, viene siendo el paciente psiquiátrico atendido en este hospital, el huésped son los trabajadores de salud expuestos y que sufrieron una agresión física y

como medio ambiente consideramos los lugares y circunstancias donde se generaron los eventos.

Enumeramos entonces, las características del agente, huésped y medio ambiente hospitalario, las cuales, consideramos posibles factores de riesgo para la generación de lesiones físicas.

Describiendo al paciente como el agente, con sus cualidades que lo hacen ser diferente como: edad, sexo, diagnóstico, agresivo, etc. las cuales las revisaremos a continuación.

Durante la última década se han realizado estudios sobre las características de pacientes que agreden en instituciones hospitalarias. Así por ejemplo encontramos una mayor incidencia de agresiones en pacientes con antecedentes con alteraciones en la personalidad o con antecedentes criminales¹, en otro estudio la agresión fue más frecuente por pacientes hombres jóvenes⁴

En 1997 en Melbourne Australia, no se encontraron características significativas entre los pacientes que agredieron al personal que laboraba en un hospital psiquiátrico²

En Noruega, en 1995 se encontró que los pacientes con problemas mentales tienen el mismo comportamiento previo a las agresiones físicas como se podría encontrar en pacientes sin estas alteraciones³. Otra investigación revela que la

violencia previa, violencia intrafamiliar, abuso de alcohol o otra sustancia psicoactiva predisponen a la agresividad física ⁷.

En Inglaterra, en un estudio de 1976 a 1987 se encontró que la mayor parte de agresiones fueron realizadas por adultos jóvenes, mas frecuentemente en las mujeres pero mas graves en los hombres, predominando el diagnostico de esquizofrenia, y en algunos de los casos agredieron con el uso de instrumentos como arma. La mitad de los pacientes que agredieron realizaron mas de una agresión. ⁵

Gestal, en su libro de Riesgos de trabajo de personal sanitario, menciona que los mas sanos son mucho mas peligrosos que los enfermos mentales ya que en estos la agresión es inesperada e inmotivada. De los pacientes psiquiátricos que mas agreden verbal y físicamente son: el paranoico, enfermas histéricas, esquizofrénicos ,maníacos ,drogadictos y personas que sufren de perversiones sexuales como sadismo ⁶

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad psiquiátrica son el resultado de la interacción de fuerzas complejas: biológicas, socioculturales y psicológicas. Estas manifestaciones clínicas son esencialmente expresiones de una crisis en el proceso adaptativo. La adaptación, desde un punto de vista psiquiátrico, se refiere a una serie e cambios que ocurren en el interior de una persona, como resultado de los cuales satisface sus deseos y necesidades en relación a sus satisfacciones personales y a las realidades del ambiente. Las alteraciones de estos procesos se manifiestan principalmente como anomalías del pensamiento, de los sentimientos y de la conducta.

Solo el hombre recurre a la agresividad violenta, hiriendo y matando con mucha frecuencia a los miembros de su propia especie. Solo el hombre ha desarrollado formas exquisitas de crueldad y tortura, así como controles igualmente sutiles, a través de métodos sociales para producir sentimientos de culpa, afectos vergonzosos y conductas rituales inhibitorias y expiatorias. Se ha dicho que el mayor logro de la evolución del hombre fue la aparición de la conciencia, o sea, el control de la agresividad. La agresividad del hombre y los medios psicológicos que el hombre mismo ha desarrollado para controlarla dependen del vasto crecimiento de su corteza cerebral.

Por huésped, identificamos en el presente estudio al personal que labora en este tipo de instituciones, en el que se incluye a psicólogas, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, personal de vigilancia, intendencia y administrativo. La Organización Internacional del Trabajo, estima que un 85 % de los accidentes son atribuibles al trabajador.¹⁰

En los Estados Unidos de Norteamérica, las agresiones al personal por pacientes fue considerado en 1996 como un serio problema de salud en el trabajo¹. En los mismos Estados Unidos, la agresión y la amenaza parecen ser fenómenos muy frecuentes.

Según un estudio realizado en 170 hospitales docentes norteamericanos, el 43 % de los trabajadores del servicio de urgencias sufre ataques físicos, como mínimo, una vez al mes, y un 18 % de ellos resulta, también, amenazado con un arma.⁶

Dentro del personal hospitalario es el personal médico, el que se encuentra generalmente más expuesto a las agresiones por parte de sus pacientes o de los familiares de estos, tanto en los casos de agresiones físicas como verbales. También el personal femenino (en su mayor parte de enfermería) que trabaja en turnos de tarde y noche está expuesto a sufrir actos de violencia. ⁶

En otro estudio, la enfermera es la mas expuesta a las agresiones físicas por parte de pacientes, secundariamente los médicos y en menor frecuencia el resto del personal. ⁵

Otro estudio de seis meses de duración, realizado en un hospital de Edimburgo, revelo 102 episodios de violencia, la mitad de los cuales comportaron tanto violencia verbal como psíquica contra el personal hospitalario. El 37 % de estos episodios ocurrieron entre las 10 de la noche y las dos de la madrugada. Alrededor de 1/3 del personal agredido presentó estros posterior al accidente ².

Los trabajadores del hospital psiquiátrico se clasifican administrativamente en personal que labora para el gobierno Federal y otro para el Estatal. Los cuales pueden ser eventuales o de base y estos a su vez sindicalizados o de confianza. Encontrando por lo anterior a personal con horarios, salarios y prestaciones diferentes.

En el Hospital investigado la distribución de los recursos humanos es como se muestra en la tabla No. 1.

TABLA 1

Departamento	Hombres	Mujeres	Total
Lic. en Enfermería.	4	4	8
Enfermeras Generales	1	6	7
Enfermeras Técnicas	8	16	24
Enfermeras Pasantes	2	12	14
Médicos	13	1	14
Psicología	2	5	7
Trabajo social	0	3	3
Personal Administrativo	1	8	9
Intendencia	4	11	15
Vigilancia	2	0	2
Cocina	1	14	15
Mantenimiento	2	2	4
Total	41	79	120

Fuente: Recursos Humanos, Hospital Psiquiátrico.

Las agresiones han sido clasificadas por su severidad en una escala de tres puntos la cual se deriva de la de Fortell 1980. Tabla No. 2

TABLA 2

Severidad I	Una agresión sin ninguna lesión detectable.
Seveidad II	Con lesión física mínima como moretones, laceraciones pequeñas y abrasiones.
Severidad III	Una agresión con lesión física mayor : laceración grande, fractura, pérdida de conciencia .

Fuente: Novle P., Britsh Journal of Psychiatric, 1989⁵

En un estudio relacionado con la agresividad de los pacientes, se demostró que las agresiones más frecuentes son las agarradas o empujones. Un tercio de las agresiones declaradas en Estados Unidos de Norteamérica son de este tipo. También son muy frecuentes los puñetazos y las patadas. Así mismo, son relativamente frecuentes las amenazas con un arma (cuchillo o pistola).²

Las causas en la mayoría de estos tipos de accidentes son multifactoriales.

Es de esperarse también por parte del personal de salud agredido y de sus compañeros que manifiesten reacciones ante la agresión como son la rabia, la lucha, la inmovilización, la huida, la ansiedad, pero sobre todo el miedo ⁸.

Las dificultades relacionadas en estos tipo de accidentes profesionales, pueden ser apreciadas más de lleno cuando se considera la multiplicidad de acontecimientos, circunstancias, ambiente de trabajo, supervisión, procedimientos de trabajos y condiciones relacionadas con la interacción paciente - trabajador de la salud.

Se menciona que las salas de urgencias de los hospitales son los lugares donde con más frecuencia ocurren las agresiones. ²

En el Hospital Psiquiátrico identificado como Medio Ambiente, se da tratamiento a pacientes con patología psiquiátrica con evolución aguda y evolución crónica, por lo que las áreas de internamiento están divididas en áreas para pacientes agudos y áreas para pacientes crónicos.

Los pacientes con trastornos psiquiátricos agudos que en su mayoría son adultos jóvenes, en ocasiones adolescentes, inician sus síntomas por primera vez o sufren una recaída de su problema, estando durante sus remitencias en un estado en el que se puede desenvolver en la mayoría de los casos aceptablemente.

El Hospital cuenta con 120 camas, separado en dos áreas para pacientes agudos y crónicos respectivamente y cada una cuenta con lo siguiente (Grafica del Cuadro No. 8) :

1.-Sala de internamiento, en la cual duermen y descansan, es una área con 20 camas dentro de la misma sala, localizándose en el extremo opuesto la sala de aislamiento, para las mismas mujeres que sufren una agudización de su problema mental o para aquellas que recién ingresan con cuadros de agitación y con agresividad latente o manifiesta, lo cual sucede frecuentemente.

Tanto el área de pacientes agudos y pacientes crónicos, están delimitados hacia los lados y en la parte posterior por una barda de concreto alta, por lo que es difícil que se "escape" un paciente.

2.-Comedor, en el cual aparte de consumir alimentos, sirve de área recreativa, localizándose en ese lugar, una televisión, y en donde se les da a los pacientes terapias ocupacionales, como dibujo y manualidades.

3.-Area de recreación, patio y plaza, donde los pacientes caminan y distraen .

4.-Unidad de cuidados especiales, es una área en la que existen 4 cuartos de aislamiento, destinada para aquellos pacientes con problemas agudos, cuya característica común es la agresividad y agitación psicomotriz de difícil control u otros problemas de desordenes psiquiátricos. Esta área considerada la de más riesgo para el personal del hospital y para los mismos pacientes que pueden acercarse e

introducirse al pasillo o corredor ubicado entre los 4 cuartos de esta unidad, ya que los pacientes pueden estirar su mano y agredir. Hay que mencionar que el personal de salud tiene que pasar visita diariamente para ver la evolución del paciente y decidir su traslado si existiera mejoría clínica hacia el área de aislamiento de la sala uno de mujeres o la sala dos de varones, según sea el sexo de la persona.

5.-Area de consulta externa: Hacia el frente de ambas áreas de pacientes con trastornos agudos y crónicos, se encuentra la sala de consulta externa con 4 consultorios, la sala de espera, la cual es de espacio no muy amplio, el área de recepción y secretarías. En la segunda planta de esta área se encuentra el sitio donde se realizan terapias de grupo al que acuden personal clínico del hospital, pacientes y sus familiares.

Con respecto a los riesgos del trabajo, estos se clasifican de la siguiente manera:

- a) Accidentes de trabajo.
- b) Enfermedades de trabajo.
- c) Accidentes de trayecto.

De acuerdo a la Ley Federal del Trabajo según el artículo 474, accidente es: Toda lesión orgánica ó perturbación funcional inmediata o posterior, ó la muerte, producida repentinamente en ejercicio ó con motivo del trabajo, cualesquiera que sea el lugar ó el tiempo en que se presenta. La definición técnica de accidente es: Todo evento no planeado, inesperado, no deseado que interrumpe el proceso ordenado de las actividades, y que puede ó no causar lesiones a las personas ó daños a propiedad.

Respecto a los accidentes, entendemos como tal: Al ocurrir una agresión física de un paciente hacia el personal que labora en este tipo de hospitales, observamos que las definiciones comprueban que necesariamente son y deben ser considerados un riesgo de trabajo, específicamente un accidente de trabajo.

Entendemos como riesgo de acuerdo a la Ley Federal del Trabajo, según el artículo 473, son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio ó con motivo del trabajo. ¹⁵

Considerando que la agresión por parte del paciente ha sido descrita como un "inevitable fenómeno que le puede ocurrir en cualquier lugar - hospital psiquiátrico - a cualquier terapeuta" ⁶, es factible pensar que los tipos de transferencia de energía que ocurre en el contacto, se limiten a "golpeado por" y "atrapado en" . De acuerdo a un listado del Código Americano de Clasificación y Estándar de los Accidentes ANZI Z16.2 - Rev. 1969), se incluyen los siguientes ejemplos de transferencia de energía. ¹⁰

- Golpear contra (corriendo hacia o tropezando con)
- Caída a distinto nivel (ya sea que el cuerpo caiga ó que caiga el objeto y golpee el cuerpo.
- Caída al mismo nivel (resbalar y caer, volcarse)
- Atrapado por (puntos filosos ó cortantes)
- Atrapado entre (aplastado ó amputado.)
- Contacto con (electricidad, calor, frío, radiación, sustancias cáusticas, sustancias tóxicas, ruido.)
- Sobretensión / sobreesfuerzo / sobrecargo.

Causas Inmediatas

Las "causas inmediatas" de los accidentes, son las circunstancias que se presentan justamente ANTES del contacto. Por lo general son observables ó se hacen sentir. Con frecuencia se les denomina "actos inseguros" (ó comportamientos que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente) y "condiciones inseguras" (ó circunstancias que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente) ¹⁰

Durante el evento no deseado, es decir, la agresión física, los actos inseguros se limitan a que el trabajador de la salud, en ocasiones interviene sobre el paciente cuando este se encontraba agitado ó agresivo, ó como en el caso del personal de enfermería, quien es la que interactúa más tiempo con el paciente psiquiátrico. Contrastando este tipo de actos inseguros, como los que ocurren en un evento ó accidente en una empresa de cualquier giro, en los que los actos inseguros están más relacionados con fallas del operario en relación a su equipo de protección y uso de maquinaria.

Y con respecto a las "condiciones inseguras", se puede decir que pudiera ser cualquier área del interior del hospital, solamente que existen algunas con mayor de riesgo en que el trabajador de la salud pueda sufrir una lesión, como la sala de aislamiento de cada una de las salas para varones y mujeres tanto en el área de pacientes con trastornos psiquiátricos agudos y crónicos, ó unidades de cuidados especiales, en la que se internan los pacientes muy agitados y agresivos como los de reciente ingreso ó los que sufren recaídas durante el internamiento.

Estas causas inmediatas también son debido a desviaciones a partir de un standard ó procedimiento aceptado y son conocidas como actos subestándar y condiciones subestándar.¹⁰

Habría que conocer mediante este estudio, cuales son las áreas del hospital en las que las agresiones son más comunes para así, una vez identificadas, emitir las medidas de evaluación y control al respecto.

En el presente estudio, conoceremos que tanto intervienen los factores del personal en relación a errores del ambiente, ya que de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo, estima que un 85 % de los accidentes de trabajo son atribuibles al trabajador.

Igualmente se menciona que las causas de los accidentes son multifactoriales hasta en un 82 % de los casos y como causa única en un 18 %.

Al Definir las causas reales que se manifiestan detrás de los síntomas, es decir, las razones por lo cual ocurren los actos y condiciones subestándar, y así, una vez identificados, podría ser más fácil realizar un control administrativo.

Las causas básicas ayudan a explicar el por qué la gente comete actos subestándar¹⁰ Tomando en cuenta esta teoría de la causalidad de los accidentes pudiera ser que los resultados nos indiquen cual es el personal con mayor riesgo de sufrir una agresión física, ya que son varios los factores personales los que estén involucrados en la génesis de las agresiones del paciente hacia el personal, pero para

el caso de la presente investigación puede ser que solo estén involucrados los siguientes.

Para comprender la secuencia de los eventos que generaron la pérdida y su vez actuar pro - activamente, enunciando las medidas preventivas y sugerencias que traten de disminuir estos riesgos laborales, adaptamos dichos eventos con el modelo de causalidad de pérdidas .

Al analizar cada una de las agresiones físicas suscitadas, mencionaremos si existiese alguna área de oportunidad en el trabajador, y en el área de trabajo y que sea capaz de producir ó influir un accidente laboral en el personal de salud.

Los resultados de la presente investigación orientará a la administración del hospital psiquiátrico en tener un enfoque de prevención de este tipo de riesgo de trabajo a través de las áreas de oportunidad encontradas, así como podrá ser utilizado con fines administrativos, laborales, sindicales y profesionales como compensaciones e incentivos.

III.- HIPÓTESIS

Hipótesis No. 1

H₁- En el Hospital Psiquiatrico hay factores de riesgo que determinan la agresión física por pacientes hacia el personal.

H₀- En el Hospital Psiquiatrico no hay factores de riesgo que determinan la agresión física por pacientes hacia el personal..

Hipótesis No. 2

H₁- En el Hospital Psiquiátrico el puesto de trabajo determina el riesgo de ser agredido por el paciente.

H₀- En el Hospital Psiquiátrico el puesto de trabajo no determina el riesgo de ser agredido por el paciente.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	INSTRUMENTO	ITEM	RANGO	MECION
FACTORES DE RIESGO	LUGAR DEL ACCIDENTE	ENCUESTA	EN QUE LUGAR DEL HOSPITAL OCURRIO LA AGRESION FISICA	SALA DE ESPERA	NOMINAL
				CONSULTA EXTERNA	NOMINAL
				SALA # 1 MUJERES (AGUDOS)	NOMINAL
				SALA # 2 HOMBRES (AGUDOS)	NOMINAL
				SALA # 3 MUJERES (CRONICOS)	NOMINAL
				SALA # 4 HOMBRES (CRONICOS)	NOMINAL
				UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES	NOMINAL
				PATIO EN AREA DE AGUDOS	NOMINAL
				PATIO EN AREA DE CRONICOS	NOMINAL
	COMEDOR EN AREA DE AGUDOS	NOMINAL			
	COMEDOR EN AREA DE CRONICOS	NOMINAL			
	FECHA DEL ACCIDENTE	ENCUESTA	EN QUE FECHA OCURRIO EL ACCIDENTE	FECHA DEL AÑO	DIA SEMANA MES
	HORA DEL ACCIDENTE	ENCUESTA	A QUE HORA OCURRIO EL ACCIDENTE	HORA DEL DIA	TURNO DE TRABAJO
	DIAGNOSTICO DEL PACIENTE	EXPEDIENTE CLINICO	CUAL ES EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE	CLASIFICACION DIAGNOSTICA (DSM-III)	NOMINAL
	EDAD DEL PACIENTE	ENCUESTA	CUAL ES LA EDAD DEL PACIENTE	NUMERO EN ANOS	INTERVALOS DE EDAD
	SEXO DEL PACIENTE	ENCUESTA	CUAL ES EL SEXO DEL PACIENTE	MASCULINO () FEMENINOS ()	NOMINAL
	AGRESIVIDAD	ENCUESTA	PREVIO AL CONTACTO EL PACIENTE ESTABA AGRESIVO	SI () NO ()	NOMINAL
	AGITACION PSICOMOTRIZ	ENCUESTA	PREVIO AL CONTACTO EL PACIENTE PRESENTABA AGITACION PSICOMOTRIZ	SI () NO ()	NOMINAL
	OCUPACION DEL TRABAJADOR	ENCUESTA	ENFERMERA PASANTES DE ENFERMERIA MEDICOS PSICOLOGOS PERSONAL ADMINISTRATIVO PERSONAL DE COCINA PERSONAL DE MANTENIMIENTO		NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL

			PERSONAL DE VIGILANCIA PERSONAL DE INTENDENCIA		NOMINAL NOMINAL
	EDAD DEL TRABAJADOR	ENCUESTA	CUAL ES LA EDAD DEL TRABAJADOR LESIONADO	EDAD EN ANOS DEL TRAAJADOR	INTERVALOS DE EDAD
	SEXO DEL TRABAJADOR	ENCUESTA	CUAL ES EL SEXO DEL TRABAJADOR LESIONADO	MASCULINO () FEMENINO ()	RAZON
	ANTIGUEDAD LABORAL	ENCUESTA	CUAL ES LA ANTIGUEDAD LABORAL DEL TRABAJADOR AGREDIDO	ANTIGUEDAD EN ANOS	INTERVALOS EN ANOS
AGRÉSIONES FÍSICAS	CONTACTO FÍSICO	ENCUESTA	FUE AGREDIDO	SI () NO ()	NOMINAL
	TIPO DE LESION	ENCUESTA	QUE TIPO DE LESION LE CAUSO EL PACIENTE	CLASIFICACION LEVE MODERADA GRAVE	NOMINAL NOMINAL NOMINAL
	AREA DE LESION	ENCUESTA	CUAL ES EL AREA DE LA LESION FISICA	CABEZA CUELLO TORAX ABDOMEN GENITALES HOMBRO BRAZO CODO ANTEBRAZO MUNECA MANO REGION LUMBAR CADERA GLUTEOS MUSLO RODILLA PIERNA TOBILLO PIE TOTAL	NOMINAL NOMINAL

IV.- DISEÑO METODOLOGICO

Tipos de estudio,

Directo: Es un estudio directo por que la información para el análisis se obtiene directamente de la realidad, a través de técnicas como la observación, la entrevista y la encuesta ^{13 y 14}

Analítico: Es un estudio analítico porque trata de explicar y no tan solo Describir, hay una asociación causal entre las variables, su propósito es probar hipótesis específicas de asociación entre factores de riesgo y daños a la salud.

Longitudinal: Se realizará en un período de tiempo, requiere de tiempo. ¹⁵

Prospectivo: En cuanto a tiempo, se realizará de enero a diciembre de 1997.

Retrospectivo: Por que se estudiará del efecto a la causa.

Unidades de Observación:

Se registrarán todas las agresiones por parte de los pacientes hacia el personal del hospital psiquiátrico quienes son sujetos de estudio y que ocurran en cualquiera de los tres turnos del día .

Temporalidad

del 1º de enero de 1997 al 31 de diciembre del mismo año.

Ubicación espacial

Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud en Nuevo León.

Consideraciones éticas:

A todo trabajador de la institución que fue agredido por pacientes psiquiátricos en el lapso comprendido en que se realizará la investigación, se les explicará que los datos que proporciona para la misma serán con fines de estudio y que serán tratados con discreción.

Criterios de Inclusión:

Serán incluidos para fines de investigación solamente las agresiones cometidas por parte de pacientes hacia el personal de cualquier puesto de trabajo que labora en el hospital psiquiátrico en cualquiera día y hora de las fechas comprendidas de la duración de la investigación y exclusivamente las que ocurran en el interior del hospital.

Criterios de Exclusión:

No se incluirán dentro de la investigación las autoagresiones, ni las agresiones entre los mismos pacientes, no las agresiones verbales, así como tampoco las agresiones físicas de pacientes a familiares de los mismos que ocurran dentro de las instalaciones del hospital, ni como a sus visitantes.

2.-MODELO ESTADÍSTICO:

la información se recabará a través de una cédula de entrevista (10), (12) en la que se obtendrán los siguientes datos:

Lugar, fecha y hora de la agresión, datos del trabajador agredido, datos del paciente agresor, descripción de la agresión y evaluación de la misma, así como nombre del investigador y fecha en que se realiza.

La recolección de los datos se realizará a medida que ocurran las agresiones físicas, entrevistando directamente al empleado agredido y los datos de la cédula de entrevista y que se refieren al paciente agresor, serán recabados a partir del expediente clínico.

Una vez terminado el mes de diciembre de 1997, se procesará la información mediante una microcomputadora, y se le aplicará la estadística como la de razones, proporciones y porcentajes.

Para la mayor comprensión de los resultados, estos se analizarán con el apoyo de cuadros y gráficas.

3.-CALENDARIZACION.- Ver anexo 3.

V.- MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

1.-Se realizó la presente investigación sobre accidente de trabajo en todo reporte verbal o escrito de agresión física de paciente al personal.

En la presente investigación no se incluyeron las agresiones de pacientes con daño a la propiedad e instalaciones del hospital, así como tampoco las agresiones entre los mismos pacientes y las autoagresiones.

El estudio de todas estas variables en conjunto las relacionaremos con el accidente de trabajo, que son las agresiones físicas - el contacto - hacia el personal por parte de los pacientes psiquiátricos.

2.-Realizado a través de entrevista al lesionado de preferencia en el lugar de la agresión (siempre y cuando no represente riesgo para el accidentado , investigador o paciente). Todos estos datos serán obtenidos por medio de la cédula de entrevista.

3.-En formato diseñado para registrar y evaluar agresiones físicas. Durante la investigación, se determinarán el tipo de lesión causada, el área corporal afectada del personal de salud y se clasificará la lesión en leve, moderada o grave. Todos estos datos serán obtenidos a través de una cédula de entrevista.

Una vez clasificada la lesión, se realizará un análisis de como ocurrió el evento, obteniendo los datos a través del mismo trabajador lesionado ó testigos que hayan presenciado la agresión, para establecer el origen de la falla administrativa.

4.-Dentro de las 24 horas posteriores a la agresión física. Es importante recalcar, que una vez que se ha producido el evento, el tipo y grado de la pérdida es, en cierto modo, una cuestión de suerte. El efecto puede fluctuar desde un acontecimiento insignificante a uno de mayor gravedad ¹⁰.

Tomando solo en cuenta que la agresión física, esto es, el accidente de trabajo, cuyo resultado es una "pérdida" ¹⁰ con daño a la persona, y aclarando que no tomamos en cuenta lo que implica en si de acuerdo a la literatura ¹⁰ lo que es un accidente: Un acontecimiento no deseado que puede resultar en daño a las personas, daño a la propiedad ó pérdidas en el proceso.

5.-Corroborar los datos con testigos

6.-Nombre del investigador que registro el accidente

7.-Clasificación.: Una vez presentado el evento no deseado, es decir, la agresión física, valoramos la lesión y la catalogamos de acuerdo a la clasificación de :Noble P.1989 ⁵ modificada para el presente estudio por García A. y Martínez F.

Lesión leve:

Es aquella agresión con lesión física que no haya requerido incapacidad

- 1.- Excoriaciones dermoepidérmicas.
- 2.- Contusiones leves.

Lesión moderada:

Es aquella lesión en cualquier parte del cuerpo, que no haya causado incapacidad y que se caractericen por:

- 1.- Pérdida de solución de continuidad de la piel.
- 2.- Hematomas.
- 3.- Mordeduras.

Lesión grave:

Lesión en cualquier parte del cuerpo que requiera incapacidad.

1. Fractura
2. Quemadura
3. Perdida del conocimiento

En la presente investigación no tomamos en cuenta a los que para nosotros serían los incidentes, es decir, un acontecimiento no deseado, el que bajo circunstancias ligeramente diferentes, podría haber resultado en lesiones físicas ¹⁰, es decir no registramos ninguna cuasi - agresión.

VI.-RESULTADOS

Se encontró que los pacientes del sexo femenino agredieron en un 54.8 % en relación al 45.2 % de los del sexo masculino. Los de edades entre 26 a 30 años los que causaron mayor número de agresiones, con un total de 6, lo que equivale al 14.3 %. Y los pacientes del sexo masculino de edades comprendidas entre los 26 a 30 años causaron agresiones físicas en un 19 %.

Por grupos de edad, fueron los pacientes de 26 a 30 años, los que causaron mayor casos de agresiones físicas, con un 33 % del total de 42 .Es destacable que los pacientes de ambos sexos y menores de 45 años causaron agresiones físicas hacia el personal en un 88 %.

Distribuidos por sexo, los pacientes del sexo femenino menores de 45 años causaron agresión en un 42.9 % del total de las agresiones. Y los masculinos menores a os 45 años causaron el 45.2 %.

No hubo pacientes del sexo masculino mayor de 45 años de edad causante de agresión física. Los pacientes de ambos sexos con rango de edad de 51 a 55 y de 56 a 60 años, no causaron agresiones físicas.

En los pacientes con edades de 61 a 65 años solo causaron agresión física en un 4.8 %, lo que equivale a solo 2 agresiones y ambos casos corresponden al sexo femenino. Cuadro número 1.

Se pueden apreciar los pacientes causantes de agresión física por diagnóstico psiquiátrico según el Manual Diagnostico y estadístico de trastornos Mentales III. Los

pacientes esquizofrénicos fueron los que mayor número de casos provocaron con un total de 19 casos, que corresponde a un 45.2 % del total de 42 casos .

Los pacientes con diagnóstico de síndrome cerebral orgánico obtuvieron el segundo lugar en porcentaje de casos de agresividad física con un total de 21.4 %.

La suma de los casos de agresión física hacia el personal por pacientes con los diagnósticos psiquiátricos anteriores (esquizofrenia y síndrome cerebral orgánico) provocaron el 66.6 %.

Los pacientes con diagnóstico de depresión solamente provocaron el 1 % de los casos de agresión hacia el personal. Cuadro número 2.

Se distribuyeron los pacientes por su clasificación clínica en aguda o crónica y sexo, en el cual se encontró que mayoría de las agresiones físicas cometidas hacia el personal fueron por pacientes agudos en un 66.7 % en relación al 33.3 % que cometieron los pacientes crónicos.

En relación a los pacientes psiquiátricos agudos el número de agresiones cometidas tanto por pacientes del sexo masculino y del sexo femenino fueron las mismas, con un total de 14 lo que equivale a un 28 % por cada sexo.

En el caso de los pacientes de evolución crónica, la mayoría de las agresiones fueron cometidas por pacientes del sexo femenino 21.4 en relación de 11.9 cometidas por varones. Y La mayoría de los ataques con violencia física fueron cometidos en general por pacientes del sexo femenino con un total de 54.8 en relación al 45.2 cometidas por pacientes del sexo masculino. Cuadro número 3.

El personal de sexo femenino fue el que mayor porcentaje de agresiones con un total de 52.4 en relación al 47.6 % que hubo en los del sexo masculino.

En ambos sexos, el personal con rango de edad de 24 a 29 años fue el que mayor frecuencia de ataques con violencia física padecieron por parte de los pacientes internados, con un total de 15, que corresponde a un 35.7 %.

Es de interés apreciar, que se presentaron dos casos de agresión física en el personal con edad menor a 18 años, lo que equivale a un 4.8 %.Igualmente, en el personal con edades mayores a 60 años se presentó el mismo número y frecuencia que en el de menor a 18 años de edad.

El 85.7 % de los casos de ataques con violencia física ocurrieron en el personal menor de 41 años de edad. Solamente en el grupo de edad de 54 a 59 años no se presentaron ataques de agresión física. Cuadro número 4.

Se puede apreciar que en ambos sexos, es el personal de enfermería, el que mayor porcentaje de agresiones físicas presentó, con un total de 59.5 %, los cuales equivalen a 25 agresiones físicas del total de 42 que hubo.

En segundo lugar en frecuencia de número de agresiones física, fue el de personal pasante de enfermería. La suma de enfermera y pasante de enfermería totalizan un 76.2 %.

En ambos casos, las agresiones fueron cometidas más frecuentemente en el personal de sexo femenino con un total de 50 % en relación al 26.2 % que ocurrió en varones de dichos puestos de trabajo.

El puesto de trabajo de médicos ocupó el tercer sitio con mayor porcentaje de agresiones físicas, con un 14.3 % y todos corresponden al sexo masculino. La suma

de los casos de los anteriores puestos (enfermería, pasantes de enfermería y médicos) totalizan un 90.5 % de los casos de agresión al personal por pacientes internos.

En general, fue el personal de sexo femenino el que mayor porcentaje de agresiones físicas presentaron con un total de 52.4 % en relación al del sexo masculino que obtuvo el 47.6 %. Cuadro número 5.

Obteniendo la proporción de agresiones en relación al total de trabajadores por profesión se puede apreciar que el 60% de todas las enfermeras sufrieron agresión física. El 50 % de los Vigilantes , 42% de los Medicos , 29% de los Psicologos y el 7% del personal de Intendencia .Cuadro número 6.

La antigüedad laboral del personal agredido se clasificó en intervalos de 4 años, teniendo dos extremos, los de menor de un año y el grupo de 20 o más años de antigüedad laboral. distribuidos por sexo.

Los trabajadores de ambos sexos con menos de un año de antigüedad laboral presentaron el mayor porcentaje de agresiones físicas con 45.2 %. El segundo lugar en porcentaje de agresiones físicas fue el personal con antigüedad laboral de 1 a 4 años con 21.4 %. Y la suma de estos dos grupos de antigüedad laboral totalizan un 66.6 %.

Los trabajadores con más de 20 años de antigüedad laboral ocuparon el tercer lugar en número de agresiones físicas cometidas por pacientes psiquiátricos con un total de 5, lo que equivale a un 11.9 %.

Del total de 42 agresiones físicas cometidos al personal, 52.4 % fueron hacia el sexo femenino y el 47.6 ocurrieron en el sexo masculino. Cuadro número 7.

Las agresiones distribuidas en áreas físicas del hospital se presentaron mayormente en las área de pacientes agudós en 52.4%, siendo la sala 1 (pacientes femeninos) la que registro la mayor cantidad con 28.6% . Anexo número 2 .

El área de pacientes crónicos registro 31 % de las agresiones físicas, siendo la sala 4 (pacientes hombres) y el patio donde se generaron 11.9 en cada una respectivamente.

Las áreas donde se pueden encontrar tanto pacientes agudos y crónicos registraron 16.6 % de las agresiones conformándola la unidad de cuidados especiales, consulta externa y recepción, no reportándose ninguna agresión en esta ultima. Cuadro número 8.

El 85.7% de las agresiones se presentaron de lunes a jueves ,26.2% el lunes siendo el día de la semana con mayor agresiones, Martes 19%, miércoles 23.8% y Jueves 16.7%. En fin de semana 9.5% el domingo,0% el sábado siendo el único día que no se registraron agresiones. Viernes registro solo el 4.8%.

El 50% se registraron en los últimos cuatro meses del año,16.7% noviembre con el mayor numero de agresiones .De enero a abril solo se reporto el 16.7%,siendo marzo el de mayor porcentaje 9.5 %, febrero el único mes que no se registraron agresiones y de mayo a agosto se concentraron el 33.3% de las agresiones con9.5% mensual respectivo excepto junio con 4.8%. Cuadro número 9.

De acuerdo a los turnos de trabajo las agresiones se presentaron de la siguiente frecuencia:

- a)-Los turnos de día (primero y segundo) registraron el 83.3% de las agresiones
- b)-El primer turno concentro el mayor numero con el 57.1% de todas las agresiones
- c)-El tercer turno(noche) con 7.1% y plan piloto (sábado domingo y días festivos) con 9.5% . Cuadro número 10.

De acuerdo al tipo de lesión la contusión fue la mas frecuentemente diagnosticada con 57.2%,sigiendole excoriación 11.9%,hematoma y herida 9.5% respectivamente, mordida 7.1% ,esguince y fisura 2.4 cada una respectivamente.

Por región anatómica la mas lesionada fue la extremidad superior 35.7%,en hombro y antebrazo 9.5% respectivamente, La cabeza con 31% siendo la cara la mas lesionada con19%,La extremidad inferior 26.2%,con 16.7% en pierna, no reportando lesiones en pie .En tórax, abdomen 7.1%,no se registraron lesiones en cadera y genitales. Cuadro número 11.

De acuerdo al estado previo a las agresiones los estuvieron agitados y agresivos agredieron 64.3%,los que no estuvieron agresivos ni agitados 19.1%,los que únicamente presentaron agitación o agresividad 9.5% y 7.1% respectivamente.

Con respecto a la clasificación de lesiones las leves fueron las mas frecuentes 66.7% siguiendo las lesiones moderadas 28.6% y por ultimo las lesiones graves con 4.8%. Cuadro número 12.

En la investigación de accidente se encontró la siguiente causa básica :
condición insegura 71.4%,actoinseguro 14.3% ;acto y condición insegura 14.3%.
Cuadro número 13.

VII.-ANÁLISIS:

Las agresiones físicas hacia el personal fueron cometidas en su mayoría por pacientes adultos jóvenes, ya que el 88 % de los ataques con violencia física fueron cometidas por menores de 45 años, y siendo en los pacientes con edades comprendidas de 26 a 30 años los que presentaron mayor número de agresividad, lo cual tiene relación, ya que la mayoría de estos pacientes tienen trastornos psiquiátricos de evolución aguda, donde los ingresos y las altas son muy comunes, y cuya estancia hospitalaria generalmente es de semanas a 2 a 3 meses, siendo característico la agresividad y agitación cuando son ingresados de primera vez y subsecuentemente, y durante el mismo internamiento. Lo característico en estos pacientes es que abandonen su tratamiento y consecuentemente se tornen agresivos, lo cual es el motivo más común de su consulta y hospitalización.

A diferencia de los pacientes calificados como crónicos, los que en su mayoría son mayores de 45 años y tienen una estancia de internamiento prolongada (generalmente años o de toda la vida) y en los cuales no es muy común la agresividad hacia el personal.

Los pacientes con esquizofrenia son los que mayor número de casos de agresión al personal provocaron (45.2), así mismo, los pacientes con diagnóstico de síndrome cerebral orgánico causaron el 21.4 % del total de las agresiones físicas ocupando el segundo lugar en frecuencia de ataques con violencia al personal. En ambos pacientes, la agresividad y la agitación psicomotriz forman parte de los síntomas psicóticos más comunes. a diferencia de los pacientes con diagnóstico de depresión en los cuales la

pasividad es lo común y no así la agresividad y la agitación psicomotriz, lo que explica el menor número de agresiones realizadas por este tipo de pacientes.

La mayoría de los pacientes psiquiátricos de evolución aguda fueron los que causaron el mayor número de agresiones debido a que son los pacientes que se caracterizan por ser jóvenes, son pacientes que más frecuentemente ingresan y egresan, y cuyo motivo de consulta e internamiento es la agresividad física y la agitación psicomotriz tanto en pacientes del sexo femenino como en el de sexo masculino. A diferencia de los pacientes con evolución crónica en los cuales la característica es que son pacientes mayores de 45 años, muchos son ancianos, cuya estancia hospitalaria es de años o de toda la vida, y en los que la agresividad no es lo común.

El mayor número de agresiones físicas cometidas en el personal de sexo femenino es a consecuencia de que en el hospital laboran un total de 120 empleados, de los cuales 79 son mujeres (65%).

Siendo la mayoría de los trabajadores jóvenes y los que interactúan por más tiempo con los pacientes explica el por qué el mayor porcentaje (35.7 %) se presentó en los que tienen entre 24 a 29 años, y en general el 85 % de las agresiones físicas se presentó en trabajadores menores de 41 años de edad.

Se presentaron 2 agresiones en los menores de 18 años y 2 en mayores de 60 años, lo cual es de interés desde el punto de vista legal, ya que los primeros pudieran

ser considerados menores de edad (menos de 18 años) y los segundos con posibilidad de alcanzar su jubilación.

Es el personal de enfermería el que mayor número de agresiones sufrió por parte de los pacientes psiquiátricos internados, lo cual es debido a que de los 120 trabajadores que laboran en el hospital 53 se desempeñan con el puesto de enfermería, por lo que totalizan un 44 % de todos los empleados del hospital.

Además, son trabajadores con este puesto de trabajo, los que interactúan más tiempo con el paciente, ya que en este hospital el proceso de trabajo implica que sean las enfermeras las que realizan a cabo las indicaciones de ingresar al paciente psiquiátrico, el cual generalmente viene agresivo y agitado, por lo que generalmente se le debe iniciar tratamiento antipsicótico por vía parenteral (intramuscular), igualmente son los que aplican los tratamientos al resto de los pacientes internados, muchos de los cuales se encuentran aislados por el riesgo de agresividad y son los que se encargan de participar con los pacientes en actividades de laborterapia (manualidades y recreación), dar alimentos, baño e higiene de los pacientes por lo que hace de este puesto de trabajo que sea el de mayor riesgo de sufrir agresiones físicas, Lo cual tiene relación con la literatura revisada (5) ver marco teórico.

El personal pasante de enfermería obtuvo el segundo lugar en frecuencia de agresiones físicas con total de 16.7 lo cual implica un menor conocimiento en el manejo de estos pacientes, y evidenciando una inadecuada inducción al puesto y falta de entrenamiento en este personal.

En proporción el personal de enfermería fue mas agredido por ser el que convive mas tiempo con los pacientes ,siguiendo los vigilantes siendo ellos los que dan soporte en situaciones de agitación psicomotriz o agresividad franca ,posteriormente los médicos por ser los que establecen el primer contacto con el paciente.

La mayoría de las agresiones físicas fueron cometidas en el personal del sexo femenino debido a que la mayoría del personal es de enfermería las cuales en mayor porcentaje son mujeres.

Al observar la relación que guarda la antigüedad laboral del personal y la frecuencia de agresiones físicas, se puede apreciar que los que tienen menos de un año de antigüedad laboral son los que sufren más ataques de casos de violencia física presentando un total de 45 % del total de las agresiones lo cual pudiera implicar una falta de inducción al puesto y un mejor entrenamiento en el manejo de estos pacientes por parte del personal de nuevo ingreso. Las mismas razones pudieran ser aplicadas en personal de 1 a 4 años de antigüedad laboral en el cual se encontró un 21.4 % del total de las agresiones.

Es de llamar la atención que el personal con 20 años y más de antigüedad laboral ocupó el tercer lugar en porcentaje de agresiones físicas sufridas con un total de 11.9 % lo que implica una de toma de medidas de prevención y exceso de confianza en el manejo de estos pacientes.

En el estudio se demostró que en el hospital psiquiatrico el paciente en áreas de agudos agrede mas frecuentemente que el paciente crónico. El área de paciente

en unidad de cuidados especiales es el área de mayor riesgo de agresión con el 10 % del total, 1 de cada 25 internos del hospital esta internado en esta área

A diferencia de otros estudios ⁵ donde el numero de agresiones es muy similar por día de la semana. En el presente estudio encontramos una mayor incidencia al inicio de semana coincidiendo con el servicio de consulta externa y actividades de laborterapia.

En fin de semana se presentaron el menor numero de agresiones porque: el número de pacientes se reduce al salir los sábados y domingos, hay menos contacto entre el personal y los pacientes la no haber actividades de laborterapia.

En los meses septiembre - diciembre se presento el 50% de las agresiones coincidiendo con la mayor demanda de internamiento por parte de los familiares, Se encontró un patrón estacional en otoño. En otros estudios ⁵ la aparición de agresiones es similar durante los meses sin patrón estacional.

El mayo numero de agresiones se presento en el primer turno 57.1% de 7.00-14.00 horas, siendo el mismo horario de consulta y de actividades de laborterapia extramuros.

De turno de noche 23.00 a 07.00 Horas se registró el menor número de agresiones al no desarrollarse actividades terapéuticas y ser destinado únicamente para dormir. La presentación de agresiones en el plan piloto es similar a la presentación por días en fin de semana ya mencionada anteriormente (cuadro 10)

La contusión y hematoma fueron causadas por golpe directo o patada. las áreas corporales expuestas físicamente como cara ,brazo son las mas comúnmente lesionadas al ser las que el paciente observa y alcanza. Todas las lesiones fueron causadas por boca, mano o pie como instrumento de agresión, no se registraron lesiones causadas por objetos.

Los pacientes que estuvieron agresivos y agitados fueron los que agredieron mas, en segundo lugar (19.1%) los que no estuvieron agresivos ni agitados, el personal en estos casos confió en la manifestación clínica en ese momento sin importar el diagnóstico y comportamiento previo, refiriendo el ataque como inesperado.

La mayoría (71.4%) de los accidentes se clasificaron de acuerdo a las causas básicas como condición insegura.

En situaciones aparentemente sin riesgo se realizaron actos por parte del personal que desencadenaron la agresión del paciente (14.3 %) al que identificamos como acto inseguro.



VIII.-CONCLUSIONES

Al evaluar los resultados del estudio se establecen factores de riesgo que determinan agresión física por pacientes hacia el personal en el Hospital Psiquiátrico.

Aceptando la H₁ de la Hipotesis Número uno .

Los Factores de riesgo identificados se describen a continuación.

Los pacientes con trastornos psiquiátricos menores de 45 años, específicamente los pacientes entre los 26 a 30 años de edad, es decir, los pacientes jóvenes son los que presentan mayor riesgo de causar ataques con violencia física hacia el personal.

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia son los que tienen mayor riesgo de causar agresión física hacia el personal del hospital psiquiátrico en estudio.

El segundo grupo de pacientes con riesgo elevado de causar lesiones físicas hacia el personal son los que presentan como diagnóstico el de síndrome cerebral orgánico.

Los pacientes que presentan menor riesgo de causar agresión física son los que tienen como diagnóstico el de depresión.

Los pacientes psiquiátricos con evolución aguda presentan en forma mas frecuente síntomas de agitación psicomotriz y agresividad física, independientemente de su sexo, por lo que representan un mayor riesgo en su manejo y cuidado para el personal que los pacientes de evolucion crónica.

Los trabajadores jóvenes presentaron mas frecuentemente ataques con violencia física.

En el hospital psiquiátrico sede del presente estudio, el personal de enfermería es el que interactúa mas tiempo con los pacientes psiquiátricos, por lo que el riesgo de presentar una lesión física a consecuencia de la agresividad de los pacientes es mayor comparativamente que el resto del personal de otros puestos de trabajo, por lo que confirmamos nuestra hipótesis de que en el hospital psiquiátrico el puesto de trabajo determina el riesgo de ser agredido.

Por lo antes descrito se **Acepta la H_1 de la Hipotesis Numero Dos** al establecer que el puesto de trabajo determina el riesgo de ser agredido por el paciente.

Los trabajadores del hospital psiquiátrico con menos de un año de antigüedad laboral tienen mayor riesgo de sufrir agresiones físicas por parte de los pacientes psiquiátricos.

En el área de pacientes clasificados como agudos es donde se generan la mayor cantidad de agresiones y el área de de la unidad de cuidados especiales es el de mayor riesgo.

En el hospital sujeto a estudio no se cuenta con: 1.- Sectorización de áreas que informe al personal sobre el grado de riesgo de ser agredidos. 2.- Delimitación física insuficiente de las áreas de agudos o crónicos. 3.- El mismo número de personal para las distitas salas, no reforzando las de mayor agresión.

En los primeros cuatro días de la semana se presentaron el mayor número de agresiones por ser los días con mayor cantidad de ingresos de los pacientes locales y foraneos que presentaron cuadros psiquiátricos el fin de semana.

Los últimos cuatro meses del año registraron la mayor cantidad de agresiones, coincidiendo con los meses de mayores actividades de laborterapia.

El primer turno (dia) presentó la mayor cantidad de agresiones por ser cuando se realiza el mayor número de actividades de consulta externa e intrahospitalaria, por lo que esta mas expuesto el personal.

El tercer turno y plan piloto fuero los que registraron el menor número de agresiones debido a que son los turnos con el menor numero de actividades terapeúticas o disminución de los pacientes internados respectivamente.

La contusión y el hematoma fueron causadas por golpe directo o patada al :

- a).- No limitar el movimiento de las extremidades del paciente en situaciones de agitación psicomotriz o agresividad.
- b).- Al no estar fuera del alcance de acción de los pacientes aparentemente no agitados o agresivos.

Los áreas corporales expuestas físicamente como cara y brazo son las mas comunmente lesionadas al ser las que el paciente (con su patología psiquiátrica) observa y alcanza y fueron causadas por boca, mano o pie como instrumento de agresión. No se registraron lesiones por objetos.

No se cuenta con equipo de protección personal par prevenir accidentes (agresiones)

Cualquier paciente internado en el hospital psiquiátrico tiene el riesgo de agredir, sin embargo, de acuerdo a su comportamiento, los pacientes agresivos y agitados agreden mas frecuentemente. Es de llamar la atención, que los pacientes que no estuvieron agitados ni agresivos causaron mas agresiones con lesiones que aquellos pacientes que presentaron unicamente agitación psicomotriz o solamente agresividad, lo cual es debido a que los pacientes que no estaban agresivos ni agitados y que causaron lesiones físicas son clasificados como pacientes con evolución crónica, es decir aquellos pacientes que por sus características de edad avanzada y en donde comunmente la agresividad física hacia el personal no es tan evidente como en los pacientes de evolución psiquiátrica aguda, cuya sintomatología de agresividad y agitación psicomotriz es lo mas común.

Los accidentes se clasificaron de acuerdo a las causas básicas como condición insegura, por ser calificados los puestos clínicos en hospitales psiquiátricos como área de riesgo laboral por otras instituciones de salud en Mexico.

En situaciones aparentemente sin riesgo se realizamos actos por parte del personal que desencadenaron la agresión (14.3 %) y los identificamos como acto inseguro y se presentó cuando trataron de manejar al paciente estable con antecedente de agitación previa.

Si además de ser áreas de riesgo, no se tomaron las medidas de seguridad en prevención de accidente en este caso, como medidas en el manejo del paciente y equipo de protección.

IX.-RECOMENDACIONES:

Incrementar las medidas de precaución y seguridad en el manejo y tratamiento de los pacientes psiquiátricos de edad joven, especialmente los comprendidos entre los 26 a 30 años de edad.

Se deberá incrementar la capacitación y entrenamiento en el personal sobre el manejo y tratamiento de los pacientes con trastornos psiquiátricos, específicamente los que presentan diagnóstico de esquizofrenia y síndrome cerebral orgánico.

Preferentemente que sea el personal de experiencia el que inicialmente trate a los pacientes con esquizofrenia y síndrome cerebral orgánico, sobre todo los de recién ingreso, ya que presentan en forma más frecuente agitación psicomotriz y agresividad, por lo que con estos pacientes es necesario incrementar las medidas de seguridad y prevención en su manejo.

Debido a que en la distribución del personal no se toma en cuenta el diagnóstico, manejo y área de hospitalización, es conveniente incrementar el número de trabajadores en pacientes con diagnóstico y síndrome cerebral orgánico, o si esto no es posible, que se redistribuya el personal, ya que existen otros pacientes cuyo diagnóstico clínico psiquiátrico (como los depresivos) que de acuerdo a los resultados del presente estudio, presentan un menor riesgo de causar lesiones físicas hacia el personal, por lo que requieren de menos medidas precautorias entre las cuales van incluidas el mayor número de elementos como apoyo para contrarrestar el ataque por un paciente agitado y

agresivo, como sucede en forma mas común en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Deberán incrementarse las medidas de seguridad y precaución por parte del personal que labora en el area de internamientos de pacientes con evolución psiquiátrica aguda.

Es conveniente desarrollar un protocolo de atención al paciente psiquiátrico con agresividad física y agitación psicomotriz con el objeto de disminuir las lesiones físicas hacia el personal.

Las medidas preventivas en área de pacientes con evolución agudas deberán implementarse de igual manera tanto para enfermos de sexo masculino como del femenino.

Es aconsejable que los pacientes en área de aguda se concentren una mayor proporción de trabajadores en relación a los que estan en el área de pacientes con evolucion crónica.

Es conveniente que los trabajadores mas jóvenes iniciaran su experiencia laboral en el área de internamiento de los pacientes con evolución crónica, ya que estos presentan menor riesgo de causar lesiones físicas en relación a los pacientes cuya evolución psiquiátrica es crónica.

Par evitar problemas legales a consecuencia de un accidente de trabajo por agresión física es importante no permitir el ingreso a laborar en este hospital a trabajadores menores de 18 años de edad.

Igualmente importante es sugerible recomendar la jubilación en aquellos trabajadores que sean fuertes candidatos par obtenerla, ya que no es recomendable que personas con mas de 60 años de edad se expongan al riesgo e sufrir una agresión física.

Recomendar al personal de enfermería un programa de capacitación continua en forma regular y permante sobre el manejo y tratamiento de paciente psiquiátricos.

Rrealizar un protocolo del manejo del paciente agresivo y agitado en el cual se incluyan simulacros de abordaje a este tipo de pacientes y formas de comunicación eficientes tales como alarmas luminosas o con sonido, aparte de las lineas telefónicas, y que sean puestas en operación cuando exista el riesgo de una agresion física o cuando esta ya haya ocurrido.

Incrementar el número de personal de enfermería con un perfil de puesto adecuado en el trato con pacientes psiquiátricos jóvenes, agitados y agresivos.

Redistribuir al personal de enfermería masculino al área de pacientes con evolución aguda.

Proporcionar al personal de enfermería en servicio social los conocimientos y habilidades técnicas que requieren para laborar en este tipo de hospitales.

Que el personal de enfermería en servicio social inicie sus actividades en el área de pacientes con evolución crónica y posteriormente, con la evaluación y aprobación del personal médico y de enfermería preste sus servicios de pasantía en el área de pacientes psiquiátricos de evolución aguda.

Determinar roles y procesos de trabajo de acuerdo a evaluación de actividades críticas por parte del personal de enfermería, entre las cuales se incluyan:

- a) Ingreso de los pacientes agitados y agresivos a la sala de aislamiento.
- b) Ingreso de los pacientes de nuevo ingreso.
- c) Aplicación de medicamentos por vía parenteral.
- d) Toma de muestras sanguíneas.
- e) Traslado de pacientes a hospitales de medicina general para interconsulta.
- f) Cuidados generales de enfermería en los pacientes de alto riesgo.
- g) Todas estas actividades deberán ser realizadas por personal de experiencia y con el perfil adecuado para este tipo de intervenciones.

Contar con el apoyo de personal masculino de vigilancia durante las tres turnos y que cuenten con entrenamiento en la atención del paciente agitado y agresivo.

Los trabajadores de recién ingreso deberán presentar un curso de inducción al puesto al cual van a ser asignados antes de ingresar formalmente a desempeñar sus actividades.

Todos los empleados del hospital deberán llevar sus cursos de capacitación durante su primer año de antigüedad laboral donde se incluyan temas sobre prevención de accidentes en el hospital psiquiátrico.

Proporcionar a todos los trabajadores, incluyendo a los demás experiencia, la capacitación periódica que permitan:

Estimular las habilidades técnicas por medio de prácticas de atención al paciente en riesgo y de mejora en la relación médico (paramédico) - paciente.

Incrementar las medidas de seguridad para la prevención de accidentes de trabajo ocasionado dentro de las diferentes áreas particularmente en el de internamiento de pacientes agudos y de la unidad de cuidados especiales.

Establecer límites físicos de las áreas donde se encuentran los pacientes, implementar la sectorización de las áreas de riesgo por agresión a través de código de colores o numeración en el plano del hospital y que el personal pueda estar informado para tomar las medidas preventivas.

Señalización de las áreas del hospital con especial énfasis en las áreas de pacientes agudos y de la unidad de cuidados especiales.

Establecer un horario de consulta para pacientes foráneos durante toda la semana.

Implementar en laborterapia un programa calendarizado durante todo el año sobre las medidas de seguridad en el manejo de las diversas actividades.

Contar con el personal entrenado en cantidades suficientes para cada uno de los turnos, particularmente el primer turno.

Establecer equipo de protección personal para el manejo de pacientes psiquiátricos, con mayor riesgo de agresión como: protección facial, antebrazo, uso de espinilleras.

Incrementar las medidas de seguridad para la prevención de accidentes de trabajo (agresión) en todo paciente con riesgo, particularmente los que presenten agresividad y agitación psicomotriz así como aquellos pacientes no agitados y no agresivos.

Los pacientes que estuvieron agresivos y agitados fueron los que agredieron más, en segundo lugar (19.1 %) los que no estuvieron agresivos y agitados, el personal en estos casos confió en la manifestación clínica en ese momento sin importar el diagnóstico y comportamiento previo refiriendo como inesperada.

Entrenar al personal sobre la identificación y manejo del paciente con riesgo de agredir.

Implementar medidas administrativas, de mantenimiento y clínicas en las diferentes áreas del hospital para promover una condición segura. Continuar la evaluación de agresiones a través de investigaciones de accidentes.

GLOSARIO

- Accidente:** Es el resultado de la convergencia de factores relacionados con el hombre y su entorno. Por accidente también se entiende a todo suceso ó acción de que involuntariamente resulta daño para personas ó cosas (11). La Organización Mundial de la Salud define accidente como: Suceso fortuito del que resulta una lesión reconocible. Para la Asociación Mexicana de Seguridad e Higiene, accidente es el síntoma de pérdidas originadas por deficiencias administrativas.
- Agitación:** Estado de ansiedad asociado a inquietud motriz grave.
- Agresión:** Conducta violenta dirigida hacia un fin, que puede ser verbal ó física. Es la exteriorización motora de los efectos de rabia, enfado y hostilidad.
- Aislamiento:** Retirar del resto de pacientes.
- Alucinación** Percepción sensorial falsa sin un estímulo externo concreto. Puede ser inducida por factores emocionales y por factores orgánicos, tales como las drogas y el alcohol
- Amnesia:** Es la incapacidad total o parcial de recordar experiencias pasadas.

Ansiedad	Puede definirse como un estado emocional desagradable, en el cual existen sentimientos de peligro eminente, caracterizado por intranquilidad, peligro real externo que se encuentra presente o existe la amenaza que se materialice. El pánico es un estado de ansiedad extrema, aguda e intensa, acompañada por una desorganización de la personalidad y función.
Cólera:	La cólera, la rabia y la hostilidad se expresan con frecuencia a través de la agresión. La agresión es constructiva cuando resuelve problemas y adecuada como defensa contra un ataque real. Es patológica cuando no es realista, es autodestructiva, no resuelve problemas, y es la consecuencia de un problema emocional no resuelto.
Compulsión:	Impulso incontrolable a realizar repetidamente una acción. Se utiliza como una forma de evitar ideas y deseos inaceptables. La no realización de la acción provoca ansiedad.
Contratransferencia	Respuesta emocional consciente o inconsciente del terapeuta al paciente.
Delirio	Trastorno del estado de conciencia consecutivo a una reacción orgánica aguda, caracterizada por inquietud motriz, confusión, desorientación, desconcierto, agitación y labilidad afectiva. Se asocia a miedo, alucinaciones e ilusiones.

- Delirium tremens:** Estado psicótico agudo que se produce habitualmente tras períodos prolongados de ingesta copiosa y grave de alcohol.
- Demencia:** Pérdida orgánica de funcionamiento mental. La presencia de deterioro de la memoria, de inicio gradual y con deterioro cognitivo continuo.
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:
(Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales)
Manual para la calificación de enfermedades mentales.
Formulado por la American Psychiatric association
- Depresión:** Puede variar de intensidad, desde sentimientos de ligera tristeza a intensa melancolía y profunda desesperación. De la misma manera que el miedo es, a diferencia de la ansiedad, una reacción a un peligro real, la tristeza, a diferencia de la depresión, es una reacción a una pérdida real.
- Enfermedad** Trastorno grave en el cual se dan importantes modificaciones en el maniaco estado de ánimo y habitualmente una tendencia a la remisión y a la depresiva: recurrencia. En el estado maniaco, el paciente está excesivamente eufórico e hiperactivo; en el tipo deprimido, el paciente sufre un estado de ánimo deprimido, ansiedad y una posible retardación física que puede acabar en estupor. En la forma circular del trastorno, la persona afecta

sufre al menos uno de cada tipo de estos trastornos.

Enfermedad mental: del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, publicado por la asociación Psiquiátrica Americana y en la Standard Nomenclature Of Diseases.

Esquizofrenia: Trastorno mental de carácter psicótico caracterizado por trastornos del pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. El trastorno del pensamiento se manifiesta por una distorsión de la realidad, especialmente por medio de ideas delirantes y alucinaciones, acompañadas de una fragmentación de las asociaciones que da lugar a un lenguaje incoherente. El trastorno del estado de ánimo se manifiesta por respuestas afectivas inadecuadas. El trastorno de la conducta se manifiesta por ambivalencia, aislamiento apático y actividades extrañas.

Fobia Temor patológico asociado a algún tipo específico de estímulo o situación.

Ideas de referencia: Interpretación errónea de incidentes y acontecimientos del mundo exterior, como si hiciesen referencia personal directa al sujeto. Las ideas de referencia, que se observan ocasionalmente en personas normales, se dan en pacientes paranoides.

Ilusión:	Percepción falsa e interpretación errónea de un estímulo sensorial real.
Psicosis:	Trastorno mental en el cual la capacidad de una persona, su respuesta afectiva y su capacidad para reconocer la realidad, comunicarse y relacionarse con los demás están lo bastante afectadas como para que ello interfiera con su capacidad de enfrentarse a las exigencias habituales de la vida. Las psicosis se subdividen en dos grandes categorías según su origen: Psicosis asociada a síndromes orgánicos cerebrales y psicosis funcionales.
Riesgo:	Significa contingencia ó la posibilidad de sufrir un evento ó de que suceda un daño, desgracia ó contratiempo ¹¹ esta latente y es inherente en los profesionales de la salud mental.
Salud mental:	Estado de salud emocional en el cual una persona es capaz de funcionar cómodamente dentro de su sociedad y en el cual sus características y logros personales son importantes para él.
Síndrome orgánico cerebral:	Trastorno psicótico o no psicótico causado por un trastorno de la función del tejido cerebral.

Bibliografía

1. Hansen B; Workplace violence in the Hospital Psychiatric setting AAOHN J. 1996 Dec .p 575-80
2. Cheung P.; A prospective study of assaults on staff by pschiatric in-patients. Med.Sci.Law .1997 Jan. p 46-52
3. Linaker OM ; Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients.Acta Psychiatric Scand. 1995 Oct. p.250-4
4. Volavka J.; Charasteristics of State Hospital patients arrested for offeenses committed during hospitalization .Psychiatric Serv. 1995 Agu. p 796-800.
5. Noble P.;Violence by psychiatric in-patients.Britsh Journal of Psychiatric 1989 155,p.384-90.
6. Gestal J.J.; Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. Editorial Interamericana .1993 .p 473-477
7. Blomhoff S.;Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved?.Hospital and Community Psychiatry.1990 July.Vol 41 ,p 771-75.
8. Kolb L.; Psiquiatría clínica moderna ;Prensa médica mexicana 6a. ed.1983.

9. Freedman A.; Compendio de psiquiatría. Editorial Salvat editores.1982. p.208-10,270-76,805-8
10. Bird F.; La administración moderna de la administración y control de perdidas .Institute Press. Atlanta,Georga .1976
11. Océano uno color, diccionario enciclopédico, edición 1996, grupo editorial S.A.
12. Trueba Urbina Alberto, Ley Federal del Trabajo, 72ª edición actualizada, 1993.
13. García Manzanedo Héctor. Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud. La Prensa Médica Mexicana, 1989 pp. 66.
14. Vázquez Luis.; El Método Científico en la Investigación en Ciencias de la Salud. Mendes Oteo, Editores .1996 .
15. Polit D.; Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Editorial. Interamericana .1985 .
16. Pichot P.;DSM-IV ,Breviario, Criterios Diagnósticos. Masson S.A.1995.p. 23-85.

ANEXO

ANEXO NO.1

Cuadro 1. Distribución de pacientes causantes de agresión física hacia el personal por edad y sexo

EDAD	MUJER		HOMBRE		TOTAL	
	NOMINAL	%	NOMINAL	%	NOMINAL	%
16 A 20	2	4.8	2	4.8	4	9.5
21 A 25	3	7.1	3	7.1	6	14.3
26 A 30	6	14.3	8	19.0	14	33.3
31 A 35	5	11.9	2	4.8	7	16.7
36 A 40	1	2.4	2	4.8	3	7.1
41 A 45	1	2.4	2	4.8	3	7.1
46 A 50	3	7.1	0	0	3	7.1
51 A 55	0	0	0	0	0	0
56 A 60	0	0	0	0	0	0
61 A 65	2	4.8	0	0	2	4.8
TOTAL	23	54.8	19	45.2	42	100

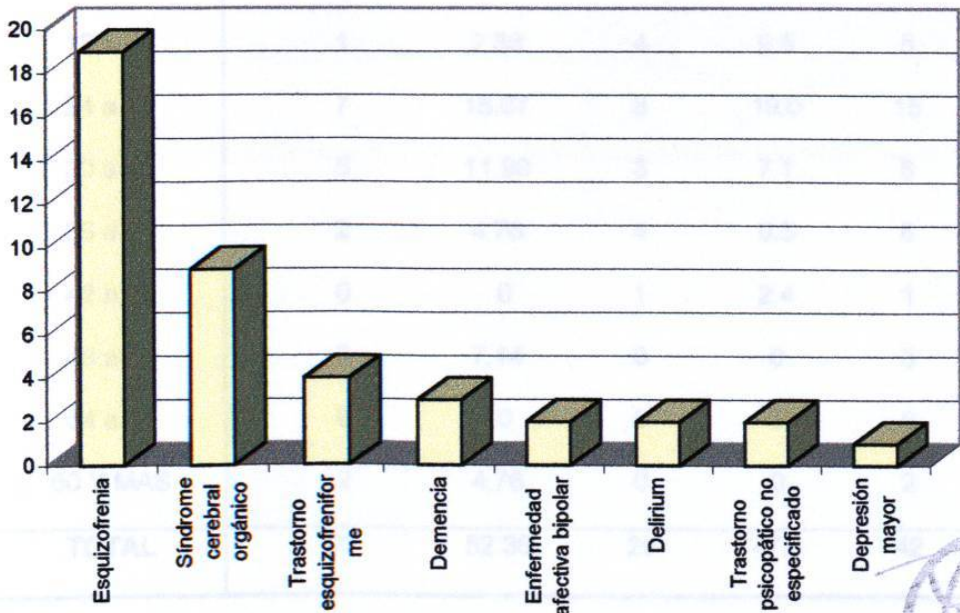
Fuente: Investigación directa

Cuadro 2. Frecuencia y porcentaje de pacientes por Diagnostico que agredieron al personal.

PACIENTES	DIAGNOSTICOS		NOMINAL	%
	MUJERES	HOMBRES		
AGUDOS			19	45.2
CRONICOS			9	21.4
TOTAL			4	9.5
			3	7.1
			2	4.8
			2	4.8
			2	4.8
			1	2.4
TOTAL			42	100

Fuente: Investigación directa

Gráfica del cuadro 2 . Número de pacientes que agredieron de acuerdo a al Diagnostico.



Fuente: Investigación directa

Cuadro 3 . Pacientes que agredieron de acuerdo a su clasificación clínica y sexo.

PACIENTES	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	NO.DE CASOS	%	NO. DE CASOS	%	NO. DE CASOS	%
AGUDOS	14	33.33	14	33.3	28	66.7
CRONICOS	9	21.43	5	11.9	14	33.3
TOTAL	23	54.76	19	45.2	42	100.0

Fuente: Investigación directa

Cuadro 4. Personal agredido por edad y sexo .

EDAD	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	NO. DE CASOS	%	NO. DE CASOS	%	NO.DE CASOS	%
MENOR DE 18	2	4.76	0	0,0	2	4.8
18 a 23	1	2.38	4	9.5	5	11.9
24 a 29	7	16.67	8	19.0	15	35.7
30 a 35	5	11.90	3	7.1	8	19.0
36 a 41	2	4.76	4	9.5	6	14.3
42 a 47	0	0	1	2.4	1	2.4
48 a 53	3	7.14	0	0	3	7.1
54 a 59	0	0	0	0	0	0
60 Y MAS	2	4.76	0	0	2	4.8
TOTAL	22	52.38	20	47.6	42	100

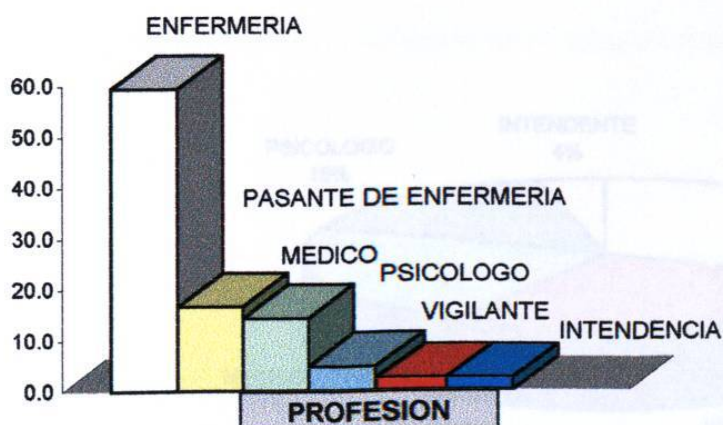
Fuente: Investigación directa

Cuadro 5 . Personal que fue agredido de acuerdo a su profesión y sexo.

OCUPACION	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	NO.DE	%	NO.DE	%	NO.DE	%
	CASOS		CASOS		CASOS	
ENFERMERIA	14	33.3	11	26.2	25	59.5
PASANTES DE ENFERMERIA	7	16.7	0	0	7	16.7
MEDICOS	0	0,0	6	14.3	6	14.3
PSICOLOGOS	1	2.4	1	2.4	2	4.8
VIGILANTE	0	0	1	2.4	1	2.4
INTENDENCIA	0	0	1	2.4	1	2.4
TOTAL	22	52.4	20	47.6	42	100

Fuente: Investigación directa

Gráfica del cuadro 5 . Porcentaje de agresiones por profesión.



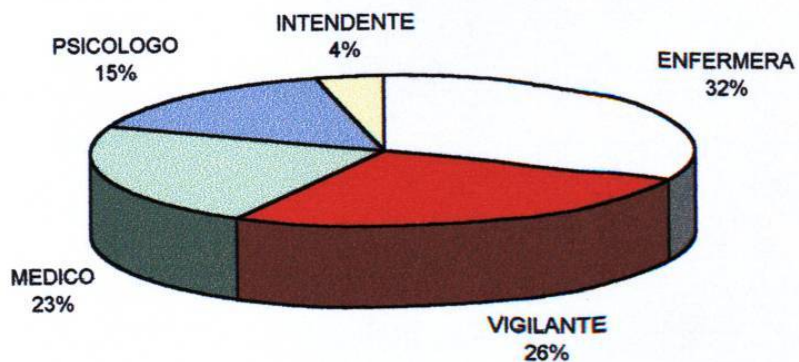
Cuadro 6. Personal que fue agredido en proporción a cada profesión

Cuadro 7. Antigüedad laboral del personal agredido en 3 turnos de 8 horas y más

PROFESION	PORCENTAJE
ENFERMERIA	60 %
VIGILANCIA	50 %
MEDICOS	43 %
PSICOLOGO	29 %
INTENDENCIA	7 %

Fuente: Investigación directa

Gráfica del cuadro No.6 .Porcentaje de Agresiones en proporción a la profesión del personal .



Cuadro 7. Antigüedad laboral del personal agredido en intervalos de edad y sexo.

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
ANTIGUEDAD EN AÑOS	NO. DE CASOS	%	NO. DE CASOS	%	NO. DE CASOS	%
MENOR DE 1	14	33.3	5	11.9	19	45.2
DE 1 a 4	4	9.5	5	11.9	9	21.4
DE 5 a 9	1	2.4	3	7.1	4	9.5
DE 10 a 14	0	0	4	9.5	4	9.5
DE 15 a 19	0	0	1	2.4	1	2.4
DE 20 Y MAS	3	7.1	2	4.8	5	11.9
TOTAL	22	52.4	20	47.6	42	100

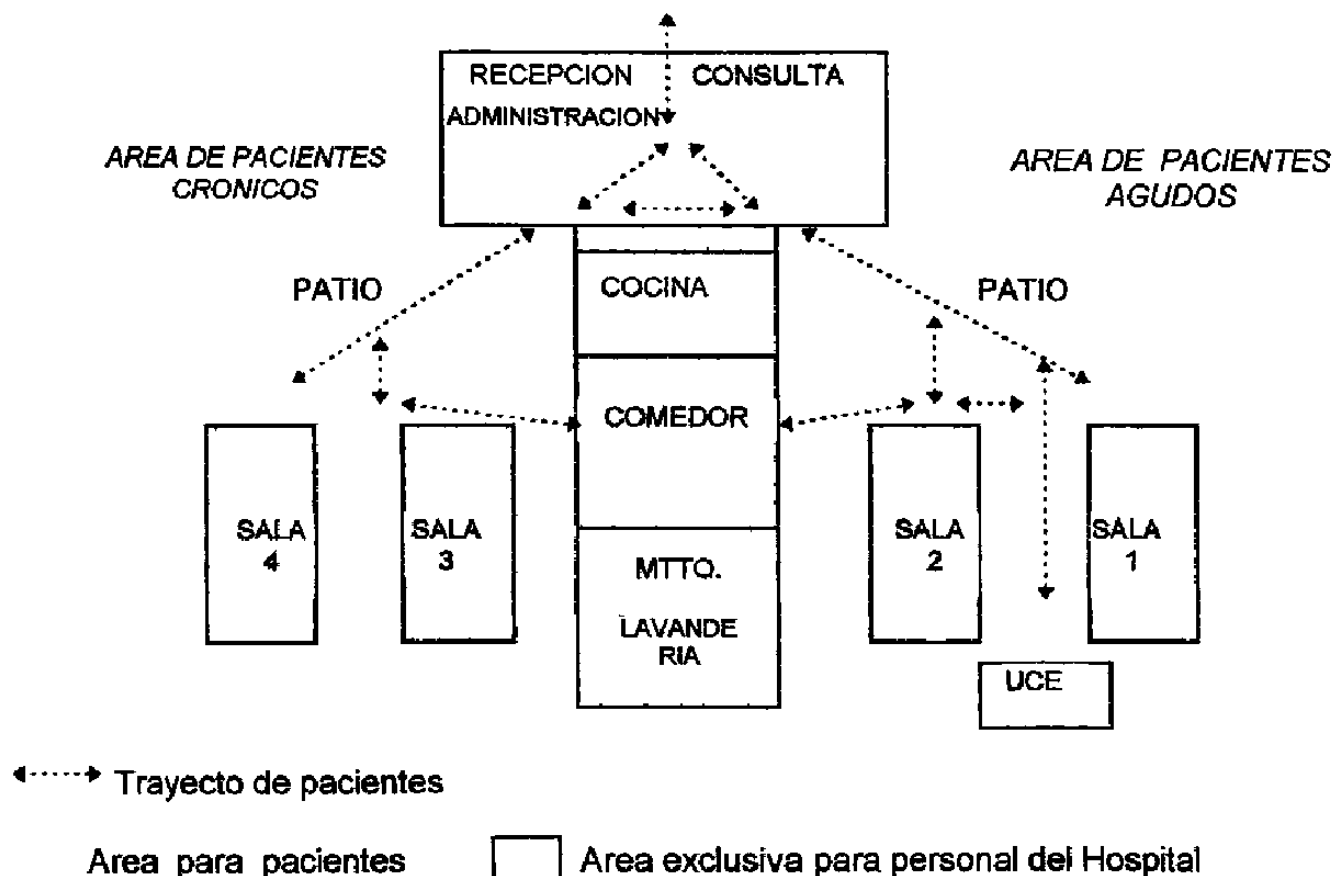
Fuente: Investigación directa

Cuadro 8 . Frecuencia y porcentaje de agresiones distribuidas por áreas de trabajo.

AREA	NOMINAL	%
Sala 1	12	28.6
Sala 2	5	11.9
Sala 3	1	2.4
Sala 4	5	11.9
Comedor agudos	2	4.8
Comedor crónicos	2	4.8
Patio agudos	3	7.1
Patio crónicos	5	11.9
Unidad de cuidados especiales	4	9.5
Consulta externa	3	7.1
Recepción	0	-
TOTAL	42	100

Fuente: Investigación directa

Gráfica del cuadro 8 . Distribución de las áreas físicas donde se registraron agresiones



Cuadro 9. Distribución de agresiones por días de la semana y mes.

MES	DIA DE LA SEMANA							TOTAL	%
	L	M	M	J	V	S	D		
Enero	0	0	0	1	0	0	0	1	2.4
Febrero	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Marzo	1	1	1	1	0	0	1	5	11.9
Abril	1	0	0	1	0	0	0	2	4.8
Mayo	0	1	2	1	0	0	0	4	9.5
Junio	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Julio	1	2	1	0	0	0	0	4	9.5
Agosto	0	2	1	1	0	0	0	4	9.5
Sep.	2	1	1	1	0	0	1	6	14.3
Oct.	0	1	4	1	0	0	0	6	14.3
Nov.	4	0	0	2	0	0	1	7	16.7
Dic.	2	0	0	0	0	0	1	3	7.1
TOTAL	11	8	10	9	0	0	4	42	100
%	26.2	19.0	23.8	21.4	-	-	9.5	100	

Fuente: Investigación directa

Cuadro 10. Distribución por turno de trabajo de agresiones físicas.

TURNO	HORARIO	NO.DE CASOS	%
Primer turno	7 a 15 horas	24	57.1
Segundo turno	15 a 23 horas	11	26.2
Tercer turno	23 a 7 horas	3	7.1
Plan piloto	7 a 19 horas	4	9.5
TOTAL		42	100

Fuente: Investigación directa

Cuadro 11. Tipo de lesión por región anatómica causada por agresión.

AREA	L E S I O N							TOTAL	%
	CONTU SION	ESCORIA CION	HEMATO MA	HERIDA	FISURA	MORDIDA	ESGUINCE		
Cabeza	2	0	0	1	0	0	0	3	7.1
Cara	4	0	1	2	1	0	0	8	19.0
Cuello	0	2	0	0	0	0	0	2	4.8
Tórax	2	0	0	0	0	0	0	2	4.8
Abdomen	1	0	0	0	0	0	0	1	2.4
Genitales	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Hombro	3	0	1	0	0	0	0	4	9.5
Brazo	2	0	0	1	0	0	0	3	7.1
Codo	0	1	0	0	0	0	0	1	2.4
Antebrazo	3	0	0	0	0	1	0	4	9.5
Mano	0	2	0	0	0	1	0	3	7.1
Cadera	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Gluteos	1	0	0	0	0	0	0	1	2.4
Muslo	0	0	0	0	0	1	0	1	2.4
Rodilla	0	0	1	0	0	0	0	1	2.4
Pierna	6	0	1	0	0	0	0	7	6.7
Tobillo	0	0	0	0	0	0	1	1	2.4
Pie	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Total	24	5	4	4	1	3	1	42	100
Porcentaje	57.1	11.9	9.5	9.5	2.4	7.1	2.4	100	

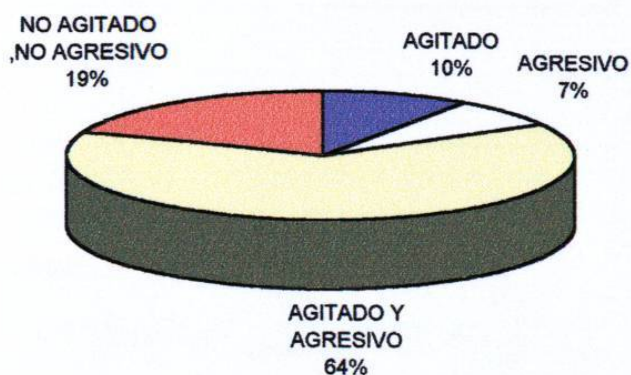
Fuente: Investigación directa

Cuadro 12. Clasificación de lesiones de acuerdo al estado previo a la agresión.

ESTADO PREVIO	LEVE	%	MODERADA	%	GRAVE	%	TOTAL	%
Agitado	3	7.1	1	2.4	0	-	4	9.5
Agresivo	3	7.1	0	-	0	-	3	7.1
Agitado y agresivo	18	42.9	8	19.0	1	2.4	27	64.3
No agitado no agresivo	4	9.5	3	7.1	1	2.4	8	19.0
TOTAL	28	66.7	12	28.6	2	4.8	42	100

Fuente: Investigación directa

Gráfica del cuadro 12. Porcentaje de estado previo a la agresión



Cuadro 13. Distribución en frecuencia y porcentaje de las causas de accidentes de trabajo causados por agresiones físicas.

CAUSA BASICA	NO. DE CASOS	%
Acto inseguro	6	14.3
Condición insegura	30	71.4
Acto inseguro y Condición insegura	6	14.3
TOTAL	42	100

Fuente: Investigación directa

ANEXO 2

CEDULA DE ENTREVISTA

INFORME DE INVESTIGACION E ACCIDENTES

I. INFORMACION DE INVESTIGACION:

1.- Lugar del accidente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Datos del lesionado

Datos del paciente

Nombre _____ Nombre _____

Edad _____ Sexo _____ Diagnostico _____

Ocupación _____ Agudo _____ Crónico _____

Antigüedad _____ Edad _____ Sexo _____

Tipo de lesión _____ Previo al contacto presento:

Area de lesión _____ Agresividad: Si ___ No ___

Agitación psicomotriz:

Si _____ No _____

Objeto, equipo, sustancia con el que el paciente que causa la agresión.

II.-Descripción del accidente: _____

III.- Evaluación del problema:

Leve: _____ Moderada _____ Severa: _____

Fecha: _____

Investigado por: Dr. A. García Cisneros

Dr. F. Martínez Puente

Anexo 3. Calendarización

ACTIVIDAD	1996	1 9 9 7												1998
	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	■													
2. ESTRUCTURACION DEL MARCO TEORICO														
3. FORMULACION DE LA HIPOTESIS		■												
4. OPERACIONALIZACION DE LA HIPOTESIS		■	■											
5. DISEÑO DE INSTRUMENTOS PARA INFORMACION		■	■	■										
6. ESTRATEGIA DEL TRABAJO DE CAMPO		■	■	■	■									
7. ESTUDIO DE REPORTES		■	■	■	■	■								
8. REVISION DEL MARCO TEORICO		■	■	■	■	■	■							
9. PRUEBA DE INSTRUMENTOS		■	■	■	■	■	■	■						
10. DISEÑO DE LA MUESTRA		■	■	■	■	■	■	■	■					
11. REVISION DEL MARCO TEORICO		■	■	■	■	■	■	■	■	■				
12. ASESORIA MAESTRIA SALUD PUBLICA		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
13. JUSTIFICACION DE ESTUDIO		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
14. REALIZACION DE OBJETIVO		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
15. REVISION DE PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
16. REVISION DE DISEÑO DE INSTRUMENTOS		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
17. REVISION DE HOPOTESIS		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
18. REVISION DE OPERACIONALIZACION DE HIPOTESIS		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
19. DISEÑO DE METODOLOGIA		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
20. EVALUACION DE PROYECTO		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
21. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
22. ANALISIS DE LA INFORMACION		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
23. REDACCION DE INFORME		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
24. REVISION DE INFORME		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
25. ENTREGA DEL INFORME		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
26. COMPILACION DE BIBLIOGRAFIA		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
27. REVICION DE MARCO TEORICO		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
28. ACTUALIZACION DE PRESENTACION		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
29. EVALUACION DE PROYECTO		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
30. REDACCION DE INFORME		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
31. PRESENTACION DE INFORME		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
32. REVISION DE INFORME		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
33. ENTREGA DEL INFORME		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■



FaSEPyN

Facultad de Salud Pública y Nutrición

U A N L

**Centro de Información y
Producción Científica**



