

**PERCEPCIÓN DE LA AGRESIÓN FÍSICA Y VERBAL QUE EXISTE POR PARTE DE
LOS USUARIOS HACÍA EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL ÁREA DE
URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE IV NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA
CIUDAD DE MEDELLÍN**



AUTORES:

KAREN JOHANA CORREA MURIEL

LAURA PAOLA SOLER MARTÍN

MARÍA ALEJANDRA VELÁSQUEZ PUERTA

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD CIENCIAS EMPRESARIALES
PROGRAMA DE GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ D.C
MAYO DE 2022**

**PERCEPCIÓN DE LA AGRESIÓN FÍSICA Y VERBAL QUE EXISTE POR PARTE DE
LOS USUARIOS HACÍA EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL ÁREA DE
URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE IV NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN**



AUTORES:

KAREN JOHANA CORREA MURIEL

LAURA PAOLA SOLER MARTÍN

MARÍA ALEJANDRA VELÁSQUEZ PUERTA

DOCENTE ASESOR:

YURIS RODRÍGUEZ

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD CIENCIAS EMPRESARIALES
PROGRAMA DE GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ D.C
MAYO DE 2022**

Tabla de contenido

Introducción.....	4
Capítulo 1. Descripción general del proyecto.....	6
1.1 Problema de investigación	6
1.2 Objetivos	8
1.2.1 Objetivo General	8
1.2.1.1 Objetivos Específicos	8
1.3 Justificación.....	9
Capítulo 2. Marco de Referencia.....	12
2.1 Estudio del arte	16
Capítulo 3. Marco Metodológico.....	20
3.1 Tipo de estudio: El diseño de este estudio será de tipo descriptivo transversal....	20
3.2 Población:.....	21
3.3 Procedimiento	21
3.3.1 Criterios de inclusión:.....	21
3.3.1.1 Criterios de exclusión:.....	22
3.3.1.2 Cronograma de actividades	22
3.4 Técnicas para la recolección de la información: plataforma Google Forms.	23
3.5 Técnicas para el análisis de la información	24
3.6 Consideraciones Éticas:.....	24
Capítulo 4. Análisis de resultados	26
4.1 identificar los eventos que generaron agresiones al personal asistencial.....	28
4.2 Factores desencadenantes de agresiones físicas.....	30
4.3. Factores con mayor impacto en la generación de agresión	32
Discusión.....	36
Conclusiones.....	38
Recomendaciones.....	39
Referencias	41

Introducción

La violencia es una problemática social latente en nuestro país, que se extrapola a muchos escenarios de la vida diaria, siendo la violencia laboral un fenómeno emergente en las últimas décadas, que viene en aumento de manera dramática y que cada vez genera muchos más riesgos laborales, sobre todo en el sector sanitario. Existen múltiples definiciones de violencia dependiendo del contexto desde el cual se analice, así como diferentes tipos y un sinnúmero de factores contribuyentes para el desarrollo de esta problemática. El Consejo Internacional de Enfermería en su hoja informativa con resultados internacionales dice que la enfermera es el profesional de la salud que mayor riesgo corre de sufrir violencia laboral. En Cataluña, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, realizó un informe sobre violencia en el lugar de trabajo donde destaca que un 45% de las agresiones se produjo en servicios de urgencias, un 28% en atención primaria y un 13% en salas de hospitalización. Los servicios de urgencias junto con los de psiquiatría son los más afectados, ya que constituyen el mayor porcentaje de agresiones. (Ortells, 2013). Aunque en estos momentos los actos violentos pueden producirse en cualquier servicio sanitario, incluso en servicios en que tradicionalmente no ocurrían este tipo de situaciones, las consecuencias de éstos, ahora, pueden ser peores debido a no tener la estructura y la preparación para prevenirlos. Las circunstancias que favorecen la violencia están relacionadas con la organización y dinámica del trabajo, así como con factores como espacio, infraestructura, disponibilidad de recursos y el diseño ambiental. Sumado a esto, la falta de información, situaciones estresantes e incremento de tiempos de espera favorecen las agresiones del personal sanitario. Estas circunstancias se cumplen en la mayoría de los servicios de urgencias.

La literatura muestra que las consecuencias de la violencia ocupacional tienen unos costos directos como el absentismo e indirectos como la desmotivación y disminución de la calidad asistencial. A nivel personal puede producir estrés, ansiedad, disminución de la autoestima, angustia emocional y alterar las relaciones

personales con la familia que son las víctimas colaterales. (Ortells, Muñoz, Paguina, Morató, 2013)

La violencia afecta a las víctimas y afecta a las empresas, por eso la Occupational Safety and Health Administration insta a los hospitales a que asuman responsabilidades en la prevención de la violencia y recomienda clarificar a los pacientes que no se acepta ningún tipo de violencia, establecer un programa de formación para los trabajadores, incrementar la vigilancia y la seguridad, elaborando protocolos y registro de agresiones.

Así pues, partiendo de las premisas de que cada vez es mayor el aumento de personas afectadas por la violencia laboral, y que es un fenómeno poco estudiado en nuestro país, el cual afecta a un gran porcentaje de trabajadores en el gremio de la salud, cuya afectación va mucho más allá de Tu salud física, basados además de que en la mayoría de los casos, la proliferación de actos violentos en el sector salud queda sólo plasmado en un papel o a lo sumo trasciende a un informe periodístico que poco exhorta la realidad y el trasfondo de la problemática, sin llegar en muchos de los casos a validación o solución jurídica, que lamentablemente y de manera circunstancial minimiza las consecuencias nefastas de estos actos de violencia con una simple indemnización.

Para hacer una buena prevención de la violencia es necesario un conocimiento objetivo de nuestra realidad, es por esto que buscamos enfocar este estudio en la caracterización de la percepción de la agresión física y verbal que existe por parte de los usuarios hacía en el personal asistencial del área de urgencias de un hospital de IV nivel de complejidad de la ciudad de Medellín, con el propósito de dar a conocer nuestro panorama actual con todas su matices y que los resultados obtenidos sirvan como sustrato para la creación de herramientas suficientes y bien sustentadas para hacerle frente a tan olvidada situación. Se espera, además, que el estudio constituya un insumo que le permita a las instituciones de salud plantear acciones concretas y soluciones efectivas para evitar que se perpetúe esta problemática en salud y que se pueda mitigar el impacto que la violencia ha traído a los trabajadores sanitarios, con sus consecuencias individuales y en la prestación de los servicios de salud con calidad.

Es entonces, como mediante el análisis comparativo de la información consolidada en el instrumento y el reporte oficial de maltrato y violencia en el trabajo reportado por

colaboradores asistenciales del área de urgencias de un Hospital de alta complejidad en la ciudad de Medellín durante el periodo comprendido entre agosto de 2021 y julio 2022 que cumplan con los criterios establecidos, se identificará la relación que existe en la percepción del maltrato y el reporte efectivo del mismo y de esta forma orientaremos el desarrollo del presente estudio.

Capítulo 1. Descripción general del proyecto

1.1 Problema de investigación

“La violencia en el lugar de trabajo – sea física, verbal o psicológica - se ha convertido en un problema mundial que atraviesa las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales. La violencia en el lugar de trabajo – que durante mucho tiempo ha sido una cuestión “olvidada” – ha adquirido una enorme importancia en los últimos años y en la actualidad es una preocupación prioritaria tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo” (Bernat, 2011) La violencia en el trabajo puede desarrollarse en diferentes escenarios e industrias, pero como puede evidenciarse en estudios previos, su frecuencia es bastante alta en el sector salud. Un ejemplo claro de esta situación, ocurrió durante los años 2020 y 2021, periodo de tiempo en el que se presentó un importante aumento de los casos de violencia en los diferentes hospitales del país y del mundo, el cual estuvo estrechamente relacionado con la pandemia por COVID-19, ya que ésta precipitó factores atribuibles a la presentación de este fenómeno, tales como la incertidumbre por lo desconocido, la desinformación generada por medios virtuales, redes sociales y tradición oral, el aislamiento y el distanciamiento a los cuales tenían que ser sometidos aquellos pacientes que portaban el virus, la creación de protocolos hospitalarios a contra reloj con la poca evidencia disponible, que obligaban a tener restricciones en el acompañamiento e ingreso de familiares a las áreas de atención médica; esto sin duda alguna contribuyó a que se generarán brechas importantes en la entrega de información, aumento de inconformidades por parte de los pacientes y familiares y por consiguiente, aumento en el índice de agresión física y verbal al personal sanitario.

Por ejemplo, como lo señaló Di Martino, “la violencia laboral en el sector de la salud es universal, si bien pueden variar las características locales, y que afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque unos corren un riesgo mayor que otros, en conjunto puede afectar a más de la mitad de los trabajadores de salud” (OMS, 2002). Lo anterior se debe a múltiples razones que se estudiarán más adelante con más detalle; no obstante, lo que sí es claro es que el personal de salud es más susceptible a ser agredido que otras ocupaciones debido a que su labor comprende tratar con personas necesitadas donde “la frustración y la ira que provienen de la enfermedad y el dolor, los desórdenes psiquiátricos, el abuso de alcohol y de sustancias psicotrópicas pueden influir en el comportamiento y hacer que las personas sean violentas de palabra o físicamente” (Llopis, 2014). La investigación sobre las razones y las consecuencias de este fenómeno se ha centrado en medidas conciliadoras entre el personal y los usuarios, pero ha habido poco trabajo para explorar la frecuencia de presentación de dichas situaciones y las experiencias negativas generadas en el personal de la salud, así como en el desempeño de sus funciones.

Partiendo de lo anteriormente expuesto y con el propósito de dar respuesta a los interrogantes planteados, se realizará un estudio de tipo descriptivo transversal en un Hospital de IV nivel de complejidad, en el que participará el personal asistencial del servicio de Urgencias. Ésta Institución hospitalaria es de carácter privado, de origen testamentario, sin ánimo de lucro, cuenta con 50 años de experiencia en el sector salud, se caracteriza por ser un centro de gestión del conocimiento a través de la docencia y la investigación, se encuentra acreditada desde el 2005 hasta la fecha en el Sistema Único de Acreditación en Colombia en la categoría de excelencia, y en el 2015, recibió la certificación Joint Commission International dados sus altos estándares de calidad y seguridad en la atención. Este Hospital no fue ajeno a la problemática de violencia laboral agudizada por la Pandemia a raíz del Covid 19 en el 2020, ya que en unidades de atención como Urgencias, se presentaron diferentes tipos de agresiones, riñas, insultos al personal médico y de enfermería por parte de los familiares de los pacientes que tenían restricción en el ingreso al servicio, aumento en el índice de renuncias y en la tasa de ausentismos debido a enfermedad general o repercusiones psicológicas a causa de la emergencia sanitaria en sí misma, por lo que se hizo necesario que el Hospital tomara

cartas en el asunto realizando intervenciones de diferente índole, como conferencias, charlas motivacionales y pausas activas.

Es así, como se realizará entonces una retrospectiva acerca de la problemática de violencia en el servicio de urgencias del Hospital descrito, durante un periodo de tiempo específico que comprende agosto 2021 y julio 2022, y apoyados en instrumentos como bases de datos y encuestas, se realizará un interesante abordaje a los interrogantes propuestos en el presente trabajo.

A partir de lo anterior, se formulan las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los factores desencadenantes más relevantes para que se generen agresiones físicas y verbales por parte de los usuarios hacia el personal asistencial del área de Urgencias de un hospital de IV nivel de complejidad de la ciudad de Medellín?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Caracterizar los factores desencadenantes de las agresiones físicas y verbales que existe por parte de los usuarios hacia el personal asistencial del área de Urgencias de un hospital de IV nivel de complejidad de la ciudad de Medellín.

1.2.1.1 Objetivos Específicos

Identificar los eventos que generaron agresiones verbales y físicas por parte de los pacientes y familiares sobre el personal de salud del área de urgencias de un hospital de IV nivel de complejidad de la ciudad de Medellín.

Clasificar los factores desencadenantes con mayor incidencia de agresión física y verbal.

Ilustrar los factores con mayor impacto en la generación de agresiones físicas y verbales.

1.3 Justificación

La violencia ejercida contra el personal de la salud en diferentes escenarios sanitarios ha sido una problemática olvidada a nivel mundial, que se ha perpetuado a través de los años, que tiene tendencia a aumentar y que ha sido poco estudiada en nuestro país. Se constituye en una realidad que merece especial atención debido a las graves consecuencias que tiene tanto a nivel personal, profesional, organizacional, social, como para el sistema de salud en sí mismo. “Su análisis y formas de presentación son variables según los diferentes países y los diversos ámbitos de trabajo del profesional de la salud, pero sus consecuencias son las mismas: muerte, lesiones físicas o mentales, incapacidad, ausentismo, cierre de instituciones de salud, disminución de la productividad y de la calidad de la atención médica, o franca limitación del acceso a los servicios de salud, lo que conforma un verdadero problema de salud pública” (Flórez. 2002)

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo. Adoptaron una definición de violencia laboral entendiendo por esta: “todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio particular y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud” (Acoso laboral)

Esta definición tiene un amplio alcance y no se restringe a entender la violencia como sinónimo de agresión física, error que es común; por el contrario, esta incluye “toda conducta susceptible de violentar e intimidar al que las sufre” (Pérez. 1998) La Organización Internacional del Trabajo en el documento “Violencia en el trabajo, un nuevo problema mundial” (OIT.1998) presentó una tabla que contiene una lista de comportamientos que constituyen actos de violencia. Algunos de ellos son: el homicidio, las lesiones, las palizas, las patadas, el acoso psicológico, la intimidación, las amenazas, los gritos, los apodos, los gestos de rudeza, las actitudes agresivas, el lenguaje soez, entre otros. Se debe tener en cuenta que las conductas constitutivas de violencia son un concepto histórico y culturalmente variable, pues estos factores “pueden contribuir al diferente entendimiento y evaluación de la importancia relativa de las situaciones descritas como

violencia en el lugar de trabajo. Comportamientos que no serían pasados por alto en un país podrían ser aceptados o tolerados en otro” (Morales.2016) pese a la ambigüedad que se puede presentar, lo que sí es claro es que la violencia tiene múltiples formas de manifestarse más allá de los ataques físicos.

Así mismo, y no menos importante se deben analizar las consecuencias a nivel personal, dentro de las cuales se han observado alteraciones relevantes para la salud mental tales como: trastorno de estrés postraumático, uso de antidepresivos y ansiolíticos, depresión, estrés laboral, empeoramiento de la salud mental, angustia relacionada con el trabajo, afectividad negativa, irritabilidad y síntomas somáticos, ira, decepción, humillación, ansiedad, miedo, angustia, sensación de impotencia, aislamiento y sentimiento de culpa. Las organizaciones tampoco son ajenas a este tipo de situaciones, teniendo afectaciones en el ámbito laboral, como, por ejemplo, aumento en las licencias médicas; disminución de la eficacia laboral y la participación en el proceso de trabajo y toma de decisiones; deterioro de la relación con los pacientes; rotación laboral y, aumento del abandono de la profesión. (Palma, 2018)

En algunos estudios que se han realizado acerca de violencia laboral se han propuesto modelos que tienen en cuenta para su diseño aspectos individuales de las víctimas y victimarios enfocados hacia una mirada macrosocial. “Einarsen propuso clasificar los estudios del tema en tres enfoques: los que enfatizan en las características de personalidad de víctimas y perpetradores; los que focalizan en la relación interpersonal entre los involucrados; y los que se centran en las características de la organización del trabajo. Además, los estudios sobre violencia laboral han analizado el riesgo de exposición que tienen diferentes trabajadores, señalando que el riesgo de exposición a violencia en el trabajo es particularmente alto en puestos de trabajo que implican prestar servicios a personas” (Palma, 2018). Así, el sector salud es uno de los ámbitos más afectados. Haciendo un enfoque propiamente dicho en nuestro contexto, en Colombia, el panorama no es más alentador con respecto a esta problemática social. La violencia contra el personal sanitario en nuestro país no debe ser visto como un problema individual y aislado, sino más bien como un asunto de interés público que afecta no solo a las víctimas de los ataques específicos, sino que a futuro puede afectar la calidad en la

atención en salud a la comunidad, en el peor de los casos, puede ocasionar hasta el cierre temporal de instituciones de salud al difundir sentimiento de temor en el personal de salud que no ha sido agredido, ya que por temor a su integridad prefieren presentar la renuncia al cargo. (Corteidh. S.f)

Ahora bien, pese a que los medios de comunicación reportan casos de ataques contra médicos, enfermeras, entre otros profesionales de la salud, se han realizado pocos estudios investigativos que permitan efectuar un monitoreo constante de este fenómeno y, a su vez, visibilizar la magnitud del problema para tomar medidas de prevención y reacción con base en estadísticas actualizadas. La falta de estadísticas se debe en gran medida al fenómeno de sub-registro y aceptación social de este tipo de conductas por parte de todos los actores de la problemática, comenzando por la misma víctima de las agresiones; esto se debe a que “existe la creencia que en ciertas ocupaciones es inherente a ellas la aceptación de un cierto grado de violencia como una parte misma del trabajo. Es decir, el trabajador asume el riesgo de sufrir actos violentos cuando acepta el trabajo” (Pérez.1998) Por una parte, el personal de salud tiende a incorporar las agresiones como “un gaje” del oficio por lo que estas conductas violentas se normalizan, y, por otra parte, cuando la víctima sí reporta la agresión, el empleador y las mismas autoridades tienden solo a darle importancia a las agresiones bajo el marco de violencia física, dejando por fuera la violencia verbal como lo son los gritos, insultos, amenazas, entre otros.

Finalmente, la violencia en los trabajadores de la salud puede describirse como un asunto novedoso en Colombia, ya que la mayoría de los estudios corresponden a otros países, pero no porque en el país no tenga alta incidencia, sino más bien porque es un tema invisible para los entes gubernamentales. Adicionalmente, el tratamiento actual en Colombia de este tipo de conductas no tiene un régimen particular en razón de la calidad del sujeto agredido, como si está establecido en otros países, es decir, en la regulación colombiana es indiferente de cara a la sanción que un médico o una enfermera haya resultado agredido por un paciente durante el proceso de atención, a que una persona que tenga una ocupación diferente sea agredida en la calle por otro transeúnte, lo que hace que la investigación de esta temática se convierta en un eje primordial para direccionar y gestionar pautas de bienestar y protección para el personal de la salud.

Capítulo 2. Marco de Referencia

La violencia es un fenómeno que involucra a seres humanos en diversas circunstancias y entornos, afectando la salud, el desarrollo social y económico de sectores de la población y a instituciones sanitarias. (Barrios, Paravic. 2011)

El término violencia proviene del latín violentilla, y es un comportamiento deliberado que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres humanos, y se lo asocia, aunque no necesariamente, con la agresión, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas. (Espín, Valladares, Abad, Presno, Gener.2008)

Existen múltiples definiciones de violencia, en especial las que se relacionan con la imposición de fuerza física. Sin embargo, la violencia es un concepto mucho más global y complejo, que se refiere a: cualquier acto de comisión u omisión y cualquier condición que resulte de dichos actos, que prive a los sujetos de igualdad de derechos y libertades e interfiera con su máximo desarrollo y libertad de elegir. La OMS la define como: el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Esta definición vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen. Se excluyen de la definición los incidentes no intencionales, como son, la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras. (Begun, Huml. 2006)

La violencia se ha transformado en un problema de salud pública que alcanza proporciones epidémicas, con amplias ramificaciones en la atención de salud. Es un fenómeno difuso y complejo, amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y desgasta el tejido social, es un problema polifacético con raíces biológicas, psíquicas, sociales y ambientales. (Sartre. 2019)

De todos los cambios del estado de salud debidos a las variaciones de las condiciones del medioambiente que se produjeron a lo largo del siglo XX, uno de los más complejos y profundos ha sido el aumento de la violencia. Tanto desde el punto de vista individual,

como desde la perspectiva de la salud pública, su carga ha experimentado un incremento espectacular, que afecta no solo el bienestar de los perjudicados, sino también a los servicios de la atención en salud que deben prestar cuidados y tratamientos. (Barrios, Paravic. 2011). Este concepto suele relacionarse con hechos visibles y manifiestos de agresión física que provocan daños y pueden llegar a producir la muerte. Sin embargo, la agresión física es solo una de las formas de manifestación de la violencia como se mencionó anteriormente, quizás la más objetiva, pero existen variadas formas de manifestación de este fenómeno, que puede ser evidentes como la mencionada, o tan sutiles que suelen pasar inadvertidas. Por otra parte, la violencia emerge en situaciones humanas donde existen interacciones, que dan lugar a comportamientos violentos y abusos, resultado de alteraciones de las relaciones, logrando alcanzar a diversos contextos donde se desenvuelve el ser humano, siendo uno de éstos el ámbito laboral.

El reconocimiento de este fenómeno está íntimamente relacionado con la cultura y está sujeto a lo que socialmente se considera aceptable o no. Por este motivo, tanto la percepción como la evaluación de hechos violentos constituyen un proceso individual, fuertemente influido por el contexto social inmediato y por la estructura mental del individuo. Autores como Chappell y Di Martino incluyen dentro de las expresiones de violencia, a aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o de mala atención, la no satisfacción de necesidades de un cliente, proveer de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, el abuso o trato injusto, ambientes no aptos para realizar actividades de cuidado, organización inadecuada, personas con escasa capacidad en el cuidado o un clima de estrés, entre otras. (Sánchez, Orozco, Niño. 2019)

Adicionalmente, la violencia puede expresarse de distintas formas como ya se ha aludido, y por ello han surgido diversas clasificaciones con el propósito de facilitar su identificación y medición científica. Para Buinic y col, existen varias formas o tipos de violencia según distintas variables a considerar: los individuos afectados, los agentes de violencia, el motivo, la relación que existe entre agresor y agredido, y la naturaleza de la agresión. De acuerdo con este último criterio, estos autores distinguen las siguientes expresiones de violencia:

- Violencia física, que corresponde al tipo de agresión más evidente, incluye el hecho de pegar, empujar, patear, golpear, retener a alguien en contra de su voluntad, entre otras.
- Violencia psicológica, que ocurre cuando un individuo es víctima de insultos, sus posesiones personales son destruidas o es sujeto de amenazas o gritos, como un medio de sometimiento.
- Violencia sexual, entendida como toda acción que fuerza a otra persona en contra de su voluntad a someterse a actividades sexuales, que van desde la mirada insinuante hasta la violación. (Cepal. S.f)

Por otra parte, la violencia que se desencadena en el lugar de trabajo recibe el nombre de violencia laboral y es toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma. Se incluyen los viajes de ida y regreso al trabajo que pongan en peligro la seguridad, bienestar o salud del trabajador. (OIT. 2013)

Chappell y Di Martino definen la violencia en el trabajo como cualquier incidente en el cual un trabajador es abusado, amenazado o atacado por un miembro del público (paciente, cliente y/o compañeros de trabajo); así mismo, se considera que no solo la violencia física provoca grandes impactos en la salud del trabajador, sino aquella que se inflige a través de un comportamiento repetitivo que gradualmente daña la integridad psicológica del afectado, pudiendo llegar a tener repercusiones de mayor cuantía que la violencia física. (Paravic, Valenzuela, Burgos. 2004)

En el lugar de trabajo, la violencia, independientemente de la forma en la que se manifieste, ha adquirido una enorme importancia, que atraviesa contextos laborales y grupos profesionales, afecta la dignidad de las personas, es una fuente de desigualdad, estigmatización y conflicto en el trabajo. Al mismo tiempo, es necesario destacar que la violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones causando perturbaciones inmediatas y a largo plazo de las relaciones interpersonales, de la organización del trabajo y de todo el entorno

laboral. Algunos estudios han señalado que los trabajadores del sector de la salud (en hospitales, centros de salud y clínicas) constituyen uno de los grupos más afectados por la violencia en el ámbito laboral. La violencia en este sector puede ser casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo (Nordin,1995). En conjunto puede afectar a más de la mitad de los trabajadores de la salud. A su vez, al ser el trabajo en salud predominantemente femenino, se le suman los condicionamientos que impactan sobre la inserción particular de las mujeres en el mercado laboral, esto es, la división sexual del trabajo, la materialización de los roles productivos, déficits de competencias actitudinales y principalmente las dificultades para conciliar trabajo y familia.

Diferentes estudios en América latina han identificado conductas violentas tanto física como psicológica y verbal en el medio laboral de las instituciones de salud y han evidenciado que son las salas de emergencia, hospitales psiquiátricos, hogares de ancianos y la atención prehospitalaria los lugares en donde se ha descrito que se desencadenan el mayor número de actos agresivos hacia el personal sanitario. Teniendo en cuenta lo anterior, cabe destacar que el hospital, además de ofrecer atención sanitaria, se constituye en un sistema social complejo y delicado, en el cual la presencia de multiplicidad de personas con distintos roles, como profesionales, técnicos, pacientes, alumnos, familiares, entre otros, conforman una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes que pueden llevar a hechos violentos. (Burgos, Paravic. 2003)

Así mismo, el trabajo en los servicios de atención de la salud se distingue de otros sectores laborales debido a que en estos espacios se trabaja con personas en situaciones usualmente críticas. Se ha postulado que en el caso de profesiones como las de la salud, que exigen mucho de cada persona, la acumulación de estrés y tensión contribuye a generar manifestaciones de violencia. Además, las prolongadas esperas por parte del paciente para acceder a la consulta, la falta de médicos, los recursos limitados, la ansiedad y la incertidumbre, ingreso de pacientes enajenados, ebrios o bajo los efectos de sustancias psicoactivas, nivel cultural y socioeconómico de los usuarios y el funcionamiento del sistema de salud, son variables que pueden contribuir a que los profesionales sanitarios estén expuestos a muchos peligros en su ambiente laboral, los cuales van desde insultos verbales hasta la violencia física. La violencia, puede definirse

maltrato médico como “cualquier incidente en el cual un profesional de salud sea abusado, amenazado o atacado, ya sea por el paciente, sus familiares u otro profesional”. (Poblete, Valenzuela. 2005).

Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios sanitarios, en la calidad y seguridad e incluso pueden dar lugar a que los trabajadores abandonen sus profesiones. Dada la alta incidencia de estos tipos de violencia, física como verbal, es imperativo analizar el maltrato laboral al que está expuesto el personal sanitario, con el fin de establecer estrategias de prevención que permitan evitar el impacto sobre la salud de los trabajadores, como el síndrome de burnout, trastornos psicológicos, ausentismos reiterativos y otros problemas que perturban el entorno laboral. Usualmente los profesionales de la salud son agredidos o maltratados por no solo por usuarios, familiares y acompañantes, sino también por colegas o jefes, siendo esto, una manifestación de una sociedad intolerante y violenta que crece día a día. Esta tendencia se produce en los lugares de trabajo y hospitales de todo el mundo, permitiendo comprender que esta problemática rebasa en efecto las fronteras de los países, los ámbitos de trabajo o cualquier categoría profesional. En mayor proporción, el maltrato verbal y físico constituyen los principales tipos de maltrato ocasionados a los trabajadores de la salud, como veremos más adelante.

2.1 Estudio del arte

En un estudio protocolizado, observacional, descriptivo y transversal realizado en un Hospital Público de Argentina, en el año 2016, se observó en la totalidad de los profesionales encuestados, que el 74% había recibido agresiones durante su trabajo, 79% de tipo verbal, 31% de tipo psicológica, y 3% de tipo físico. Es importante destacar que este hostigamiento no es infrecuente ya que el 36% fue víctima de violencia entre 1 a 3 veces, 21% de 3 a 6 y 11% fue víctima en más de 6 ocasiones en un año.

En cuanto al agresor/perpetrador, como indican otros estudios, existen dos grandes grupos: uno compuesto por los pacientes y sus familiares (los beneficiarios del servicio de salud) y otro grupo compuesto por los colegas y administradores del trabajo (el equipo de trabajo). En el trabajo mencionado, el perpetrador resultó en el 60% el familiar del

paciente, 31% el paciente. Otros responsables fueron colegas 16% y jefes 28%, entre otros integrantes del equipo de salud. Muchos informes indican que la violencia en el entorno de trabajo se deriva de una combinación de causas, relativas a las personas, el medio ambiente y las condiciones de trabajo, así como a las formas de interacción entre los propios trabajadores, entre los pacientes y los trabajadores y entre éstos y los superiores.

Lo anterior permite destacar la importancia de ahondar en los modelos de comunicación que se asumen durante la interacción entre los miembros del equipo. Otro estudio realizado con los trabajadores de la salud de la ciudad de Córdoba en el año 2012 muestra que el 62,9 % de los encuestados reconoce la presencia de situaciones de violencia en su lugar de trabajo. Los agentes agresores reconocidos con mayor frecuencia fueron los familiares (83,9 %) y los pacientes (73,6 %). Los gritos (65,1 %) e insultos (55,1 %) fueron las formas de manifestación más frecuentes. Se concluyó que los trabajadores reconocen la presencia de manifestaciones de violencia en las instituciones de salud estudiadas y que las manifestaciones de violencia psicológica son las más frecuentes.

Según Socías, el abuso verbal es un tipo de maltrato al que no se le ha prestado mucha atención, ni en el ámbito clínico ni en los estudios de investigación. Ello puede deberse a muchas razones, entre las que se encuentran tanto las cuestiones culturales como las ligadas a la misma necesidad de dar respuestas inmediatas a distintas acciones de maltrato que han cursado con violencia física y/o sexual, en el ámbito familiar y en el de las instituciones. De esta manera, las tipologías de maltrato en que se pueden observar lesiones físicas que en muchos casos han causado la muerte de la víctima han sido las que mayor interés han generado, tanto en la respuesta clínica y legal como en la investigación. De hecho, el mismo interés que se ha despertado en los últimos años por ciertos tipos de maltrato, como el acoso escolar, el acoso psicológico laboral, o incluso más recientemente por el maltrato en las parejas de jóvenes que mantienen una relación íntima, o por el maltrato a los mayores en el ámbito institucional, iba acompañado en muchos casos con un resultado de muerte. Una profundización en las diferentes tipologías del maltrato indicaría que el abuso verbal es probablemente el núcleo del

comportamiento emocionalmente abusivo. Socías destaca que algunos trabajos de investigación han tratado de determinar qué tipo de verbalizaciones eran percibidas como dañinas teniendo en cuenta que la agresión verbal espontánea es hasta cierto punto el reflejo de los valores de una determinada cultura: (Herrera, Peraza, Porter. 2004)

La violencia física y verbal cometida contra los médicos y las enfermeras(os) ha sido reportada por varios estudios realizados en España; también se han identificado las causas generadoras tales como los tiempos de espera, la intoxicación alcohólica por parte del paciente, la presencia de trastornos mentales, la calidad de la información y el trato recibido. Estos estudios han identificado el tipo de agresor, dentro de los que se destacan el propio paciente, el acompañante o ambos. (Fajardo. S.f)

Como lo expresan Farías, Sánchez y Acevedo, en Argentina, Perú, Canadá, Reino Unido y Estados Unidos se han realizado estudios que han evidenciado la agresión contra estos profesionales de la salud. Dichos estudios han reportado que la mayor parte de las agresiones corresponden a agresiones verbales, donde predominan los gritos y las descalificaciones. La mayoría de los estudios han revelado que los profesionales que laboran en los servicios de urgencias son quienes están más expuestos a estos tipos de actos. (Fajardo. S.f)

Hay que mencionar, además, que los profesionales que han participado en los estudios han manifestado haber sido agredidos en más de una ocasión. En cuanto al género de los profesionales agredidos, los estudios no apuntan a un género en particular, aunque algunos estudios muestran, que son las enfermeras(os), quienes están más expuestas a sufrir las agresiones. (Fajardo. S.f)

La mayoría de las agresiones de que son víctimas los profesionales de la salud no salen a la luz pública porque los profesionales no las denuncian, lo cual puede ser debido a que estos profesionales minimizan el acto violento y no le dan la importancia requerida o, aún más grave, los consideran “normales” o piensan que la denuncia es inútil, lo que hace más complejo disponer de información real. La mayoría de los actos conflictivos asistenciales y las agresiones contra el personal de salud suceden en los servicios de urgencias. (Fajardo. S.f)

En Colombia, no se cuenta con estudios donde se reporten las agresiones contra los profesionales de la salud. A través de la consulta de diarios se encontraron reportes de violencia contra estos profesionales en los siguientes medios: *El Colombiano*, del 28 junio de 2015 (26); *El Espectador*, de febrero 24 de 2011 (27); *El Tiempo*, en su edición del 11 de julio de 2014 (28); el *Diario ADN*, del 20 de diciembre de 2014 (29); el *Diario La Opinión*, de Cúcuta, del 24 de junio de 2015. (Fajardo. S.f)

De acuerdo con lo anterior, es importante señalar que el maltrato al que es sometido el profesional de la salud de los servicios de urgencias por parte de los usuarios del sistema es un problema relevante que no ha sido investigado en Colombia y solo ha sido mostrado someramente por los diarios, pero sin indagar sus razones causales ni profundizar más en su impacto en el ámbito de la salud pública de nuestro país.

Como se mencionó en párrafos anteriores, los efectos de la violencia pueden extenderse en intensidad e incluyen lesiones físicas graves, lesiones físicas leves, inhabilitación física temporal y permanente, trauma psicológico e incluso la muerte. La violencia puede también tener resultados negativos en la organización, tales como baja moral del trabajador, estrés laboral progresivo, mayor rotación de personal, disminución de la confianza en la dirección y en los compañeros de trabajo y un entorno de trabajo hostil (Tabla 1) (Miret, Martínez. 2010).

En consecuencia, y con respecto a los factores de riesgo relacionados con la violencia, diferentes estudios indican que la violencia ocurre a menudo durante las épocas de alta actividad e interacción con los pacientes, por ejemplo, en el horario de la comida y durante las horas de visita, fechas de festividades y en el traslado del paciente. Las agresiones pueden ocurrir cuando se niega el servicio, cuando se ingresa o se da el alta a un paciente contra su voluntad o cuando un trabajador del área médica procura fijar límites en la comida, bebida o uso del tabaco o del alcohol. Los factores de riesgo para la violencia varían de un centro a otro dependiendo de la localización, del tamaño y del tipo de cuidados. Los factores de riesgo comunes para la violencia del centro se incluyen en la tabla 2. (Miret, Martínez. 2010).

Ilustración 1. Efectos de la violencia contra el personal sanitario.

Efectos sobre la persona	Efectos sobre la organización
- Disminución de la motivación, implicación y rendimiento laboral	- Incremento del absentismo laboral y pérdida de horas de trabajo
- Disminución de la autoestima	- Descenso de la calidad de la asistencia
- Despersonalización	- Deterioro del ambiente laboral
- Síntomas psicósomáticos	- Deterioro de la imagen institucional
- Alteraciones emocionales	- Incremento de los costes por medicina defensiva
- Pensamientos negativos sobre sí mismo, la profesión y la organización	- Insatisfacción de usuarios y profesionales
- Afectación de los rendimientos cognitivos	- Deterioro de la relación entre profesionales y usuarios
- Conductas de evitación en el trabajo	- Conflictos laborales
- Afectación a la realización profesional y personal	
- Afectación de las relaciones personales y sociales	

Nota. Miret, C., & Martínez Larrea, A.. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(Supl. 1), 193-201.

Ilustración 2. Factores de riesgo que promueven la violencia.

- Trabajar directamente con las personas inestables, especialmente si están bajo la influencia de drogas o alcohol o tienen una historia de violencia o trastornos mentales
- Trabajar con personal insuficiente, especialmente durante las horas de comer y de visita
- Traslado de pacientes
- Esperas largas por el servicio
- Salas de espera abarrotadas e incómodas
- Trabajar solo
- Mal diseño ambiental
- Seguridad inadecuada
- Falta de capacitación del personal y de policías para impedir y controlar las crisis con los pacientes potencialmente volubles
- Abuso de drogas y alcohol
- Acceso a las armas de fuego
- Movimiento ilimitado del público
- Mala iluminación de pasillos, salas, estacionamientos y otras áreas

Nota. Miret, C., & Martínez Larrea, A.. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(Supl. 1), 193-201.

Capítulo 3. Marco Metodológico

3.1 Tipo de estudio: El diseño de este estudio será de tipo descriptivo transversal.

Su enfoque es cuantitativo dado a que todas sus variables y categorías fueron cuantificadas. por el tipo de instrumento que se empleará para la recolección de la información se tiene en cuenta variables como número de veces que ha sufrido agresión, días de la semana más frecuentes en que se presenten estos eventos entre otras.

Análisis estadístico de tipo descriptivo de corte transversal de relación de variables que permitirá representar de manera descriptiva la percepción de la agresión física y verbal

que existe por parte de los usuarios hacia el personal asistencial del área de urgencias de un Hospital de IV nivel de complejidad de la ciudad de Medellín, basados en una fuente de información obtenida mediante un instrumento validado de la encuesta Intramed; llevado a cabo durante un período de ocho semanas, desde el 29 de abril al 24 de junio de 2022. Es un estudio descriptivo, ya que los investigadores se limitan a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo (agresión física y verbal en un servicio de salud), siempre referido a un momento concreto y, sobre todo, limitándose a describir uno o varios fenómenos sin intención de establecer relaciones causales con otros factores. Además, el estudio busca describir la frecuencia y las características más importantes del problema en mención, proporcionando datos sobre los cuales establecer hipótesis razonables.

3.2 Población: Se considera como universo al personal médico, enfermeras, ayudantes de servicio y auxiliares de enfermería del servicio de Urgencias de un Hospital de IV nivel de complejidad de la ciudad de Medellín, de las cuales se tomó una muestra representativa utilizando el software Epidat 4.02

Se aplicará cuestionario por medio virtual, de forma aleatoria auto dirigido validado en la encuesta Intramed a 177 colaboradores con una proporción esperada de 50% con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95% con un sobre muestreo del 10% para establecer una proporción en el periodo comprendido entre abril a junio 2022 según el cronograma establecido. Si luego del diligenciamiento del instrumento se detecta que el participante requiere apoyo psicológico, se propone evaluación por psicóloga de ARL con la que cuenta la Institución.

3.3 Procedimiento

3.3.1 Criterios de inclusión:

- Personal asistencial que labora en el servicio de urgencias de un Hospital de IV nivel de complejidad.
- Colaboradores que se encuentren vinculados laboralmente con la institución de salud.

3.3.1.1 Criterios de exclusión:

- Se excluyen colaboradores que se desempeñen en el área administrativa del servicio de urgencias.
- Personal asistencial en formación.
- Ingresos laborales que se encuentren entre agosto del 2021 y julio 2022.
- Personal en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.
- Personal en vacaciones
- Personal que renuncia en el periodo de recolección de información o fue despedida.

3.3.1.2 Cronograma de actividades

Actividad	Agos 21	Sept 21	Oct 21	Nov 21	Dic 21	Enero 22	Feb 22	Mar 22	Abril 22	Mayo 22
Planteamiento del problema										
Justificación										
Objetivos										
Hipótesis										
Marco teórico										
Metodología										
Diseño de instrumentos										
Recolección de datos										
Trabajo de campo y análisis de información										
Primera entrega										
Correcciones										
Segunda entrega de investigación										
Conclusiones y anexos										
Bibliografía										

3.4 Técnicas para la recolección de la información: plataforma Google Forms.

Se aplicará un cuestionario por medio virtual mediante la plataforma Google Forms. De forma aleatoria auto dirigido validado en la encuesta Intramed de igual forma se tendrá como insumo comparativo la base de datos oficial de reporte de maltrato y violencia en el trabajo del área de salud ocupacional del hospital de IV nivel de complejidad, posteriormente se clasificarán los factores desencadenantes que tuvieron mayor incidencia en la agresión mediante una tabla de categorización.

Tabla 1. Técnicas de recolección de la información.

Objetivos específicos	Técnica	Instrumento de recolección	Propósito
Identificar los eventos que generaron agresiones verbales y físicas por parte de los pacientes y familiares sobre el personal de salud del área de urgencias de un hospital de IV nivel de complejidad de la ciudad de Medellín	Cuestionario virtual y revisión de base de datos.	Formulario Google Forms (corresponde al cuestionario del instrumento validado en la encuesta Intramed que se anexa.) Base de datos oficial de reporte de violencia y maltrato institucional.	Consolidar información, validar datos. Realizar un análisis comparativo entre la percepción real de violencia física y/o verbal por parte de los colaboradores asistenciales de Urgencias y el reporte de maltrato consignado en la base de datos, con el fin de obtener unos resultados objetivos y relevantes que soporten el estudio.
Clasificar los factores desencadenantes con mayor incidencia de agresión física y verbal.	Tabulación de datos obtenidos del formulario	Google Forms. Formulario Google Forms (corresponde al cuestionario del instrumento validado en la encuesta Intramed que se anexa.)	Recolectar de manera objetiva datos que demuestren la frecuencia del maltrato, tipo, eventos desencadenantes y factores en común en su incidencia.

		Esta plataforma permite tabular la información obtenida en el diligenciamiento de los participantes.	
Ilustrar los factores con mayor impacto en la generación de agresiones físicas y verbales.	Clasificación y categorización de factores desencadenantes.	Tabla de categorización de la información consolidada en el cuestionario virtual aplicado a los colaboradores respecto a la Percepción de la agresión física y verbal que existe por parte de los usuarios hacia el personal asistencial del área de urgencias de un hospital de IV nivel de complejidad de la ciudad de Medellín	Consignar y categorizar los principales factores de maltrato, causas y frecuencia de este para el posterior análisis de la situación encontrada.

3.5 Técnicas para el análisis de la información: El siguiente análisis estadístico se realizará a partir de variables cuantitativas, y en cuyo análisis involucra tablas de frecuencias simple, media, moda, donde lo proyectaremos a través de gráficos de barras simple, tortas y figuras que serán realizadas con Microsoft Office Excel 2016, redactadas mediante Microsoft Office Word 2016 y organizados en una presentación en Microsoft Office Power Point 2016. Se establecerán diferenciaciones por género, edad, cargo, frecuencia de maltrato factores comunes de incidencia.

3.6 Consideraciones Éticas:

La presente investigación busca reconocer la evidencia de maltrato y agresión verbal por parte de usuarios hacia el personal de salud del área de urgencias de un hospital de IV nivel de la ciudad de Medellín, y así mismo incrementar el conocimiento de variables de mejora. Esta investigación es sensata con la información y su metodología, ya que los participantes realizan a conciencia cada una de las investigaciones verídicas, y referente a los aspectos éticos. Busca salvaguardar en primer lugar la propiedad intelectual de los autores. Los participantes en esta investigación serán seleccionados de manera justa y equitativa, sin preferencias ni prejuicios personales, a los cuales se les protegerá su identidad (nombre y número de identificación).

La encuesta se llevará a cabo teniendo en cuenta los principios éticos básicos establecidos por el informe de Belmont y la declaración de Helsinki, donde se respetarán las siguientes consideraciones éticas bajo tres aspectos:

La *autonomía* de los participantes, quienes no fueron obligados o inducidos de ninguna forma a responder las preguntas que se plasman en esta encuesta además de no tener ninguna repercusión si el participante se abstendrá de responder la misma. Asimismo, durante la realización de la investigación y encuesta no se causará daño alguno a los participantes en la investigación. Brindar un *beneficio* no solo a los participantes que diseñaron el proyecto sino también a los futuros colaboradores que podrán utilizar esta herramienta como una ayuda dentro de su mejora de calidad de servicio y respuesta al usuario. *Respeto* a los participantes, protegiendo su autonomía su capacidad de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones.

Se dará un mismo trato a los encuestados, sin buscar ningún tipo de desigualdad entre estos, así mismo se busca suplir sus necesidades de conocimiento por medio de la realización de la encuesta, identificando así el principio de justicia durante la realización de la investigación. También la encuesta está regida bajo la resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud se tomarán en cuenta los siguientes artículos:

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6. Literal G: Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Artículo 8. Indica que en investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Artículo 11. Según el cual clasifica una investigación por su grado de riesgo por tal razón esta investigación entra dentro de la categoría de una investigación sin riesgo.

Capítulo 4. Análisis de resultados

Las instituciones de salud de cuarto nivel de complejidad se componen de una gran infraestructura y de personal capacitado para brindar la atención a pacientes con condiciones complejas de salud. Como principal característica, cuentan con la mayoría de servicios habilitados, profesionales especialistas y subespecialistas capaces de brindar un manejo adecuado de cualquier condición crítica de salud; esto a su vez los lleva a verse limitados en la atención de pacientes que requieren un manejo de urgencias de menor complejidad, para lo cual el sistema de salud cuenta con instituciones que pueden dar cobertura a estas condiciones; sin embargo, por su gran capacidad son para muchos usuarios la primera opción de consulta, llevando a los servicios de urgencias a situaciones de alta ocupación que generan colapso del servicio, redirección de las condiciones menos urgentes y a su vez prolonga el tiempo de atención

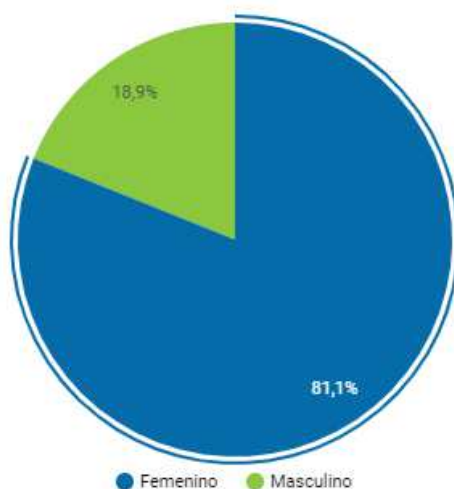
Esto no es ajeno al servicio de urgencias del hospital elegido y como contraste los profesionales se ven enfrentados al impacto que esto genera en la percepción de los

pacientes que hacen uso del mismo referente a la atención, en ocasiones no se cumplen sus expectativas y lleva a aflorar múltiples sentimientos en los pacientes y familiares que repercuten en actos de agresión en contra del personal asistencial que presta la atención en salud.

El servicio de urgencias del hospital de cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín elegido, cuenta con aproximadamente con 255 colaboradores, por lo que se tomó una muestra de 177 para la aplicación del instrumento y para esto se re categorizó a la población elegida de la siguiente forma según su distribución: Auxiliares de enfermería 81 (45.9%) participantes lo que corresponde al cargo con mayor presencia en el servicio, dado a las funciones y el rol que cumple en la parte asistencial, seguido de las enfermeras y enfermeros con 41 (23.1%) participantes, médicos con 36 (20.4%) y ayudantes de servicio o camilleros con una participación de 19 (10.6%) personas (ver anexo 4).

La muestra seleccionada fue de 177 con un sobre muestreo del 10% de los cuales se logró aplicar el instrumento a 164 colaboradores, de los cuales 1 no decidió participar en la encuesta por lo tanto se excluye del estudio y el análisis se realizará sobre 163 participantes; la edad promedio de los participantes fue de 29 años, un promedio de años laborados en la institución de 5 años.

Ilustración 3. Total de participantes según el género.

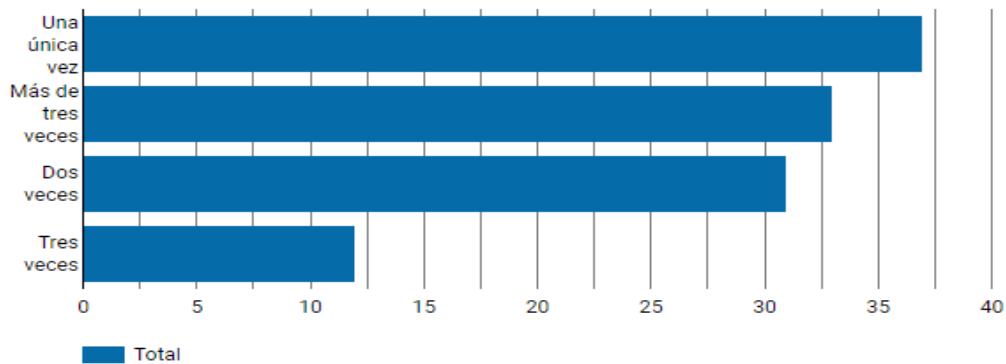


Se puede evidenciar que la mayoría de los participantes corresponde al género femenino con 133 mujeres (81.1%) del total de participantes; es muy esperable ya que en la distribución y recategorización realizada la mayoría de los participantes corresponden a auxiliares de enfermería y enfermeras, roles llevados a cabo a través de la historia por el género femenino.

4.1 identificar los eventos que generaron agresiones al personal asistencial

Se identifica en los resultados que 113 (69.3%) participantes experimentaron algún tipo de agresión en función de su labor asistencial, la mayoría en una sola oportunidad, 37 participantes lo que corresponde al 32.7%, seguido de 33 participantes que reportan más de 3 eventos de maltrato en el último año, lo que nos lleva a pensar que estos episodios van en aumento en el ámbito hospitalario en los servicios de urgencias y que los profesionales se están enfrentando a este fenómeno con mayor frecuencia, por lo que las instituciones deben proporcionarles mayores herramientas y garantías a la hora de desempeñar su labor.

Ilustración 4. ¿En cuántas oportunidades?



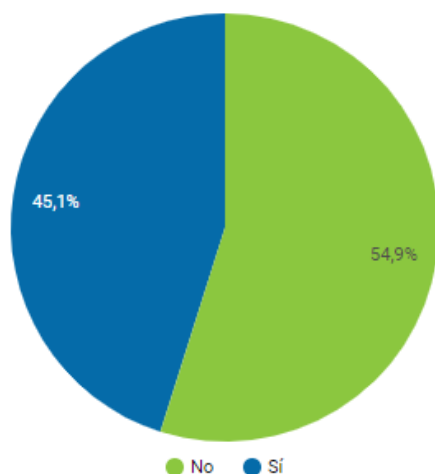
Se evidencia que de estos 113 participantes que reportaron maltrato, solo 51 de ellos (45.1%) hacen uso del reporte de violencia en su institución, los 62 restantes (54.9%) no realizaron reporte, en este orden de ideas podemos relacionarlo con nuestro planteamiento del problema y la literatura analizada con antelación respecto a que es más frecuente que el personal asistencial deje pasar estos eventos y los incluya como

algo habitual en su quehacer asistencial, restándole importancia al reporte, intuimos está relacionado con la poca importancia e intervención por parte de las instituciones de salud que puede percibir el personal en la acciones implementadas y manejo o apoyo interno de los eventos ocurridos.

De estos 51 participantes que realizaron el reporte según su respuesta en la encuesta realizada en el servicio, se realizó un análisis comparativo con la base de datos oficial del departamento de seguridad y salud en el trabajo (ver anexo 2) en el cual se evidencia que solo 34 personas de las 51 que referían haberlo efectuado realmente realizaron el reporte oficial en el aplicativo de violencia en el lugar de trabajo de la institución.

Como hallazgo incidental llama la atención que 4 personas responden en el cuestionario que no realizaron el reporte, sin embargo, realizando el análisis comparativo en la base de datos oficial, se evidencia que efectivamente lo hicieron y 3 de estas 34 personas que realizaron el reporte oficial en la base de datos de la institución no respondieron esa pregunta en el cuestionario. ¿Queda la incógnita de la razón por lo cual existe la contrariedad, estará relacionado a que pueden tener la percepción de algún tipo de efecto en su contra si realizan el reporte? Esto puede ser un tema abierto que podría aportar en próximas investigaciones.

Ilustración 5. ¿Realizó reporte de agresión?



4.2 Factores desencadenantes de agresiones físicas

Se describe en los resultados que de los 113 participantes que reportan agresión, la mayoría que corresponde a 68 personas (60.1%) refieren maltrato de tipo verbal por familiares y pacientes constituyéndose como el mayor tipo de maltrato lo que coincide con la literatura recopilada en la cual se menciona que aunque en la historia solo se consideraba agresión a la que se sufría de tipo físico en la mayoría de los casos como menciona en nuestro estudio del arte en el estudio realizado en un Hospital Público de Argentina, en el año 2016 se observa que la mayoría de los profesionales refieren agresiones de tipo verbales y solo una minoría reportan haber sufrido agresiones físicas.

Lo anterior nos puede dar bases para pensar que los pacientes y sus familiares manifiestan su inconformidad por medio de palabras que vulneran al personal, confrontaciones, amenazas o reproches relacionados con la percepción y experiencia que están teniendo secundario al proceso de atención, esto sería un buen punto para analizar en futuras investigaciones. Al realizar el análisis de los factores que desencadenaron las agresiones podemos observar que de estos 113 participantes que han experimentado algún tipo de agresión en función de su labor asistencial, 94 (83.1%) de ellos la sufren por causa de demoras en la atención de los pacientes, lo que nos lleva a reflexionar en varios puntos:

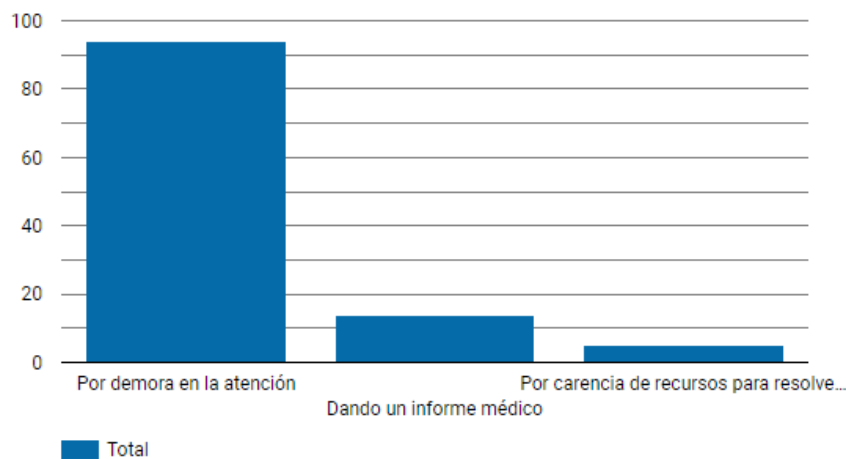
2. Los pacientes y familiares ingresan con sentimientos de angustia por desconocimiento de la situación que los lleva a consultar al servicio de urgencias de la institución y esperan que la atención sea realizada de forma rápida sin entender el colapso que viven actualmente las instituciones de salud a nivel país.

3. El desconocimiento que se tiene en la población general de que existe un sistema de clasificación de las urgencias en los servicios como es el triage, y que de este depende la oportunidad y priorización de la atención según la condición clínica del paciente.

4. La desinformación que generan las redes sociales en temas relacionados con la salud como conformación de “carteles” para hacerle daño a los pacientes, “ganancias secundarias “por atención de estos.

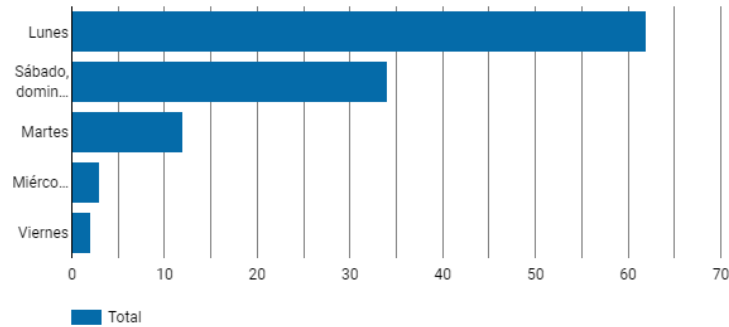
5. Por otro lado, posiblemente los pacientes y familiares no están siendo informados de los tiempos de espera en salas de urgencias, el proceso de atención como tal que incluye condición clínica, realización de intervenciones o ayudas diagnósticas, permanencia en el servicio a la espera de habitaciones o simplemente la no atención en la institución por tratarse de una urgencia que puede ser manejada en una IPS básica que no requiera el nivel de atención de un Hospital de cuarto nivel de complejidad.

Ilustración 6. ¿Cuál fue el desencadenante de la agresión?



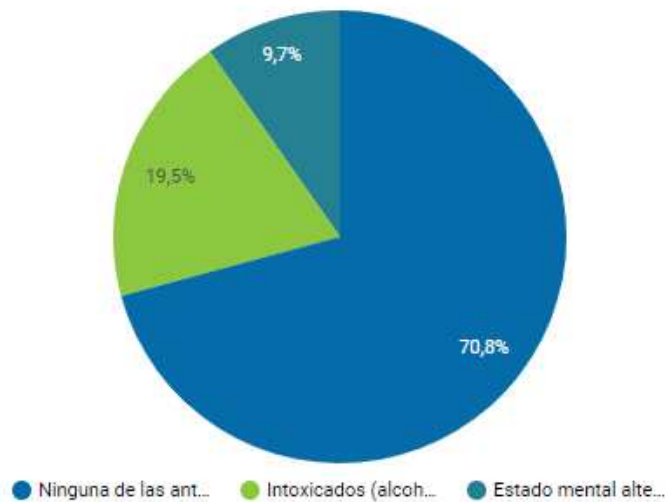
De los 133 participantes que sufrieron agresiones 62 de ellos que corresponde al 54.8% reportan que las frecuencias de los eventos de maltrato se presentan en la mayoría de los casos el lunes seguido de los fines de semana en un 30.0%. Podemos intuir que los días lunes aumentan el número de consultas por urgencias luego de un fin de semana en que los pacientes prefieren disfrutar y derivar la atención a otro momento, sin embargo, en segundo lugar tenemos la presentación de agresiones durante los fines de semana en la cual intuimos que puede estar relacionado al aumento de consumo de licor y sustancias que pueden provocar accidentes de tránsito o en el hogar y también generar eventos violentos como riñas, que provocan agresiones por armas de fuego o heridas corto punzantes, puntos que pueden servir de base para la realización de futuros estudios.

Ilustración 7. ¿Qué día de la semana se presentó la agresión?



Llama la atención que al analizar el estado de los agresores evidenciamos que de los 113 participantes 80 de ellos (70.8%) refieren que no se encontraban con estado mental alterado o intoxicados (bajo efectos de alcohol o drogas), mostrando que las agresiones se pueden suscitar simplemente por sensaciones de ira, angustia o descontento del paciente o sus acompañantes tal cual lo planteábamos inicialmente.

Ilustración 8. ¿Estado de los agresores?



4.3. Factores con mayor impacto en la generación de agresión

Luego de la aplicación del instrumento pudimos identificar que del total de profesionales que manifestaron haber sido víctimas de agresión en el último año por parte

de pacientes y/o acompañantes la mayoría corresponde a las participantes del género femenino dado a que la proporción de mujeres que labora en el servicio de urgencias es mayor que el género masculino por la distribución de cargos y el rol que desempeñan.

El personal manifiesta haber sido agredido en su mayoría de manera verbal por parte tanto de pacientes como de acompañantes, identificándose como desencadenante principal en la aplicación del instrumento que el evento que provocó mayor agresión fue la demora en la atención de los pacientes, esto a su vez lo podemos relacionar con las condiciones de colapso que enfrenta actualmente el servicio de urgencias de la institución elegida para el estudio con porcentajes de ocupación del 200%, lo que lleva a prolongar el tiempo de espera de los pacientes y sus condiciones de salud que si bien no se pueden diferir a otros niveles de atención, tampoco se puede llevar a cabo la atención oportuna e inmediata, esto genera a su vez una situación de frustración, enojo, angustia e inconformidad de pacientes y familiares que en ocasiones se traduce en agresión, amenazas y confrontaciones verbales, como se expuso en la literatura estudiada para llevar a cabo este estudio, esto está directamente relacionado con la variable que categorizó el estado del agresor en la cual se evidencia que la persona que agrede a los profesionales que participaron en el estudio, no se encontraban bajo ningún estado de intoxicación ya sea por uso drogas o alcohol.

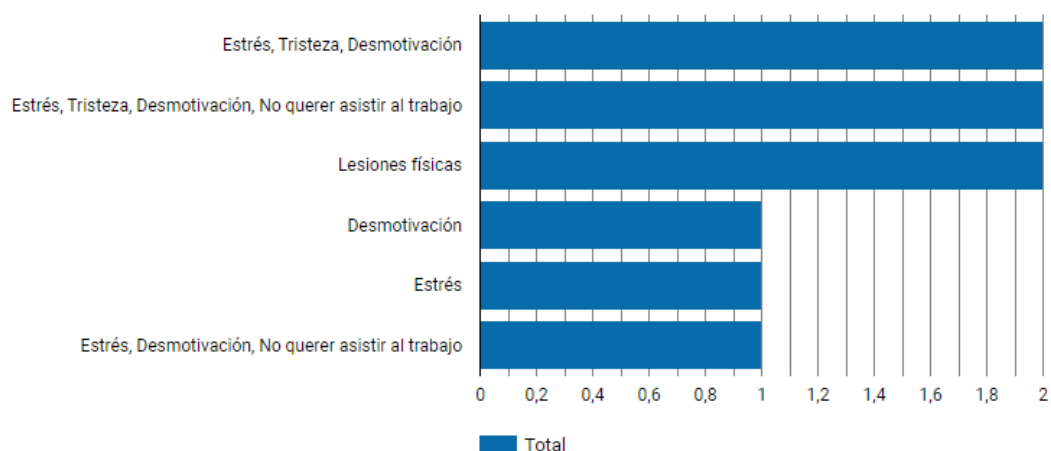
Es importante mencionar que la institución en la que se llevó a cabo la aplicación del instrumento ha limitado el ingreso de acompañantes por cada paciente por el estado de colapso al que se ven enfrentados y se han tenido que acoger a la implementación de protocolos para el ingreso de acompañantes, llevando a que no se permita el ingreso de acompañantes solo en el caso de pacientes con mayor vulnerabilidad que requieren un acompañante permanente. Esto a su vez también lleva a que los familiares se exalten y se llenen de sentimientos de angustia, impotencia y frustración y agredan al personal que simplemente cumple con los protocolos y procesos establecidos internamente.

Con relación a la aplicación del instrumento en la pregunta relacionada con la respuesta del personal asistencial a la agresión, se puede ver que en la mayoría de los casos 31 participantes (27.4%) controlan la situación mediante el dialogo como su

primera opción, intuimos que entienden en gran parte la situación que atraviesa el paciente y sus familiares y dan un contexto de la situación tratando de brindar información respecto a los tiempos prolongados de la atención y la falta de oportunidad. También optan por avisar a otros compañeros para que apoyen la situación y hacen uso de la distancia de seguridad, suponemos que esto puede hacer parte de las herramientas de seguridad que se le brinda al personal en las capacitaciones de manejo de pacientes difíciles, que finalmente llevan a la autoprotección de su integridad en situaciones en que ésta se pueda ver afectada.

Al analizar en el instrumento aplicado si los eventos de agresión a los cuales se vieron enfrentados los participantes provocaron secuelas, llama la atención que en su mayoría 104 (91.5%) encuestados no se generan ningún tipo de secuelas lo que en comparación con la literatura de nuestro marco teórico tiene coherencia, ya que el personal de la salud asume como algo habitual y cotidiano en su quehacer la agresión por parte de pacientes y familiares.

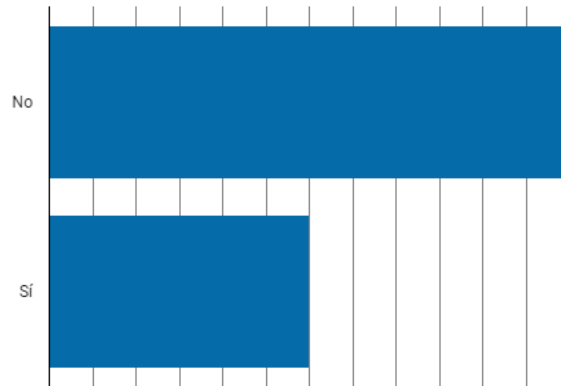
Del pequeño porcentaje de participantes 9 (8.5%) que dice haber sufrido alguna secuela, tal como lo muestra la figura 9, observamos que estas agresiones cada vez más frecuentes llevan al personal a situaciones de estrés, tristeza, desmotivación o incluso no querer acudir a su trabajo, también existe una relación y coherencia con el marco teórico en el cual se menciona que la ocurrencia de estos eventos se desarrolla con más frecuencia a lo largo de la historia llevando al personal de los servicios de urgencias a recurrir a renuncias; como un hallazgo incidental e importante se evidenció en la aplicación del instrumento que 6 personas incluidas en la muestra habían renunciado hacía aproximadamente 3 semanas, aunque se desconocen las causas oficiales, el personal del servicio al que se le aplicó el instrumento refiere sensaciones de agotamiento y desmotivación .

Ilustración 9. Secuelas

Con respecto a la variable relacionada con afectación del desempeño en las personas que reportaron algún tipo de secuelas en la figura 9, observamos que en su mayoría 6 (66%) participantes dicen no tener afectación en su desempeño laboral y un porcentaje menor 3 (33%) refieren que sí sufrieron afectaciones en su desempeño que se puede relacionar a esos sentimientos de estrés, desmotivación y tristeza al desempeñar su trabajo.

De los 9 participantes que manifestaron tener escuelas secundarias a los eventos de agresión, se identifica que en su mayoría que corresponde a 6 (66%) se sienten seguros en el servicio de urgencias de la institución de cuarto nivel de complejidad, por lo que se intuye que se cuenta con un esquema de seguridad en la institución que brinda protección a los profesionales en casos de presentarse agresiones además de contar con el apoyo del área de seguridad y salud en el trabajo que brinda asistencia psicológica cuando se realiza el reporte de estos eventos .

Ilustración 10. ¿Esta situación afecta su desempeño?



Al finalizar el instrumento aplicado se indaga a los participantes qué tipo de recomendaciones consideran importantes para controlar la inseguridad en el servicio relacionado a las agresiones por parte de pacientes y acompañantes, la mayoría refiere que se debe realizar campañas de educación masiva, aumentando la presencia del personal de seguridad. Se asume que la percepción de los profesionales asistenciales frente a este tema puede impactar al brindar más capacitaciones.

Como un tema para próximas investigaciones, se podría tener en cuenta la idea de capacitar a los usuarios o al personal con respecto al manejo de las situaciones que pueden suscitar enojo o inconformidad a los pacientes y familiares

Discusión

Basados en los resultados arrojados durante la ejecución del presente estudio, y en concordancia con investigaciones afines, se destaca que un gran porcentaje de la población estudiada, ha experimentado algún acto de violencia durante el desempeño de su rol, por lo menos una vez, lo que valida el hecho de que durante la prestación de servicios de salud, la unidad de urgencias es uno de los sitios de mayor ocurrencia de agresiones hacia el personal sanitario, agudizados por factores inherentes a la enfermedad, al dolor, a la frustración, a la ansiedad y la incertidumbre experimentados

no solo por el paciente sino también por sus familiares. Por otra parte, la literatura revisada previamente describe que variables como los trastornos psiquiátricos, el abuso de drogas psicoactivas y alcohol, también influyen directamente en las reacciones violentas y hostiles por parte de los pacientes y familiares hacia el personal asistencial, sin embargo, en este estudio se demuestra que estas condiciones no estuvieron presentes en los agresores, lo que indica que no siempre son factores desencadenantes de violencia y que solo un estado de descontento o ira es suficiente para que se genere maltrato hacia el personal de la salud . Llama la atención, además, que este tipo de eventos se incrementan de manera significativa los lunes, y en menor proporción los fines de semana.

Así mismo, al clasificar los factores desencadenantes de violencia en el servicio de urgencias, vemos que la demora en la atención juega un papel crucial en el servicio objeto de estudio, lo que coincide con la literatura estudiada. Este aspecto se presenta principalmente debido a la sobreocupación que desborda cualquier capacidad de respuesta y atención oportuna, esto, sumado a la desinformación a la que se sienten expuestos el paciente y su familia, que a su vez incrementa la ansiedad, la ira y la impotencia, genera sin duda algunos gestos de violencia y un ambiente desfavorable. Como vemos, esto se configura en un círculo vicioso que se torna complejo de manejar y que se encuentra bajo la sombra de un sistema de salud inequitativo, inoportuno y excluyente por excelencia. Así pues, es esperable que las personas deseen ser atendidas en un hospital con altos estándares de calidad, quizás basados en experiencias previas, pero que lamentablemente, no tiene la capacidad ni está diseñado para resolver situaciones de baja complejidad.

Siguiendo con los lineamientos anteriores, investigaciones previas han demostrado que factores como falta de personal, escasez de recursos, personal poco idóneo, desorden en los procesos, entre otros, también se convierten en detonantes de actos de violencia contra el personal sanitario, pero los hallazgos del presente estudio no reportan la presencia de ninguna de estas variables.

Cabe resaltar también que, a diferencia de lo revisado en estudios previos, donde se alude que las agresiones pueden ocasionar secuelas en el personal sanitario tales como

estrés laboral, desmotivación, ansiedad o estados de depresión, los resultados mostraron que el personal de este servicio en su mayoría no experimenta esta clase de sentimientos, lo que permitiría inferir que la institución tiene diferentes mecanismos de protección para evitar la incidencia de estos efectos. Es importante además analizar si estos hallazgos están relacionados al subregistro por parte del personal en cuanto al reporte de maltrato, ya que el estudio arrojó que un buen porcentaje de colaboradores no reportan este tipo de eventos, lo que podría conducir a que se queden casos de agresiones sin analizar, en los que efectivamente sí se presente alguna consecuencia emocional secundaria. El no reporte detectado por parte del personal de esta institución es completamente coherente con lo analizado en estudios de otros países, en los que se exalta claramente que el maltrato hacia el personal sanitario al ser en su mayoría verbal pasa desapercibido, no sólo para las instituciones de salud, sino también para la persona afectada, ya que lo considera un “gaje del oficio”. Este aspecto es de gran importancia y nos lleva a hacer la pregunta la siguiente pregunta: ¿por qué no se reporta?, podría ser porque se ha llegado al punto de normalizar como la violencia como ya se indicó, o porque simplemente no pasa nada en las instituciones con este tipo de reportes. Lo que sí es claro es que esta falta de compromiso por parte del personal sanitario hace que en países como el nuestro no se cuente con una estadística fidedigna que nos permita visualizar y exponer la verdadera problemática actual en la que se encuentran los diferentes servicios de urgencias a nivel nacional.

Conclusiones

El personal de salud que labora en servicios de urgencias se ve sometido a un alto porcentaje de conductas violentas por parte de los usuarios, llámese paciente o familiar. Son diferentes los factores que desencadenan este tipo de agresiones, relacionados con situaciones individuales y propias del sistema de salud en sí mismo, pero en su mayoría, son las largas esperas para recibir atención lo que agudiza este fenómeno. Si dichas esperas fueran informadas, quizás se podría mitigar la ocurrencia de este tipo de eventos al bajar los niveles de ansiedad, temor e incertidumbre que experimentan los usuarios.

La mayoría del personal asistencial víctima de agresiones son mujeres, debido a que en estos servicios el personal está constituido en un gran porcentaje por enfermeras y

auxiliares de enfermería, cargos ejercidos históricamente por el género femenino. Un buen porcentaje de colaboradores aluden haber sido agredidos de manera verbal, dado por gritos, insultos, amenazas, entre otros, pero existe un fenómeno importante a resaltar y es el no reporte de estos eventos, por considerar que el maltrato de tipo verbal no constituye un problema y es considerado como algo inherente a la ejecución del cargo en este tipo de servicios, lo que lleva al sesgo y a minimizar esta clase de situaciones, que de no ser abordadas de manera oportuna y de permitir perpetuarse en el tiempo, podrían traer consigo consecuencias nefastas para el personal, como tristeza, ansiedad, depresión, aumento en los ausentismos, desmotivación, aumento en las renunciaciones laborales, y a nivel institucional, una mala calidad en la prestación del servicio.

Las capacitaciones, intervenciones y el apoyo psicológico por parte de las Instituciones de salud, se convierte en un factor protector para que el personal asistencial sepa afrontar de manera efectiva las situaciones que puedan suscitarse con pacientes alterados, y que, además, tengan suficientes herramientas para conservar su bienestar emocional.

Recomendaciones

Se recomienda como tema de una próxima investigación determinar si el no reporte de situaciones de violencia hacia el personal sanitario, se genera por temor de la víctima a represalias de alguna índole por parte de las instituciones de salud.

Así mismo, se recomienda analizar los factores internos y externos relacionados con el paciente que aumentan la incidencia de actos de violencia en los servicios de urgencias, tales como el consumo de licor, sustancias psicoactivas, accidentes de tránsito, riñas callejeras, enfermedad mental, entre otros.

Se recomienda además a la institución de salud en la que se realizó el estudio, el diseño de estrategias claras y efectivas para mitigar la ocurrencia de agresiones físicas y verbales en el servicio de Urgencias, encaminadas al fortalecimiento psicológico del personal, capacitaciones a los usuarios y también al personal de salud con respecto al manejo de las situaciones que puedan desencadenar enojo o inconformidad por parte de los pacientes y familiares. Además, en concordancia con los resultados arrojados en este

estudio, se recomienda el diseño de un folleto que pueda ser entregado al paciente, por ejemplo, en momentos de colapso del servicio, en el que se haga alusión a que se presentarán demoras en la atención, posibles motivos y tiempos de espera de acuerdo con el tipo de urgencia.

Por otra parte, es posible considerar un estudio de corte retrospectivo de tipo explicativo o correlacional que permita inferir y/o determinar cuáles pueden ser las variables que pueden desencadenar en la agresión al personal de salud y considerando al menos dos o tres instituciones de salud del mismo nivel de complejidad.

Referencias

- Ortells, N. Muñoz, T. Paguina, M. Morató, I. (abril 2013) Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería global*. 3. 196 – 207. <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834849010.pdf>
- Bernat Jiménez, Antonia, Capapé Aguilar, Ana, & Caso Pita, Covadonga. (2011). Intervenciones preventivas de la violencia interna en el trabajo: políticas de buenas prácticas y gestión de conflictos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 35-52. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500004>
- Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf
- Llopis Giménez, C., Rodríguez García, M.I., & Hernández Mancha, I.. (2014). Relación entre el consumo abusivo de alcohol y la violencia ejercida por el hombre contra su pareja en la unidad de valoración integral de violencia de género (UVIVG) de Sevilla. *Cuadernos de Medicina Forense*, 20(4), 151-169. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062014000300002>
- Flórez Lozano, J. A. (2002). La muerte y el médico: impacto emocional y burnout. *Medicina Integral*, 40(4), 167–182. <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-integral-63-articulo-la-muerte-el-medico-impacto-13036780>
- 4.3. Acoso laboral. (s/f). Infantil PRL. Recuperado el 29 de mayo de 2022, de <https://infantilprl.saludlaboral.org/riesgos-sector/4-riesgos-psicosociales/4-3-acoso-laboral/>
- Pérez, J., Ldo, B., En Psicología, L., En Derecho, C., & Nogareda, C. (s/f). NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo La violence dans le lieu de travail Workplace violence Redactores. Insst.es. Recuperado el 29 de mayo de 2022, de <https://www.insst.es/documents/94886/191012/NTP+489+Violencia+en+el+lugar+de+trabajo.pdf/2ffefd10-d646-4592-8dae-488e67d9db23?version=1.03>

<https://www.insst.es/documents/94886/191012/NTP+489+Violencia+en+el+lugar+de+trabajo.pdf/2ffefd10-d646-4592-8dae-488e67d9db23?version=1.0>.

La violencia en el trabajo: un problema mundial. (1998). https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008502/lang--es/index.htm

Morales Ramírez, M. A. (2016). Aproximación al acoso laboral desde la legislación comparada. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 1(147), 71. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2016.147.10640>

Palma, Andrea, Ansoleaga, Elisa, & Ahumada, Magdalena. (2018). Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. *Revista médica de Chile*, 146(2), 213-222. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000200213>

(S/f-b). Corteidh.or.cr. Recuperado el 29 de mayo de 2022, de <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo10.pdf>

Barrios-Casas, Sara, & Paravic-Klijn, Tatiana. (2011). Aplicación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. *Aquichan*, 11(1), 77-93. Retrieved May 28, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100007&lng=en&tlng=es

Espín Falcón, Julio Cesar, Valladares González, Anais Marta, Abad Araujo, Jorge Carlos, Presno Labrador, Clarivel, & Gener Arencibia, Nancy. (2008). La violencia, un problema de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4) Recuperado en 28 de mayo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400009&lng=es&tlng=es.

Begun, R. W., & Huml, F. J. (2006). *Prevencion de la Violencia: Anticipacion y Resolución de los Conflictos Violentos en la Escuela*. Troquel Editorial.

Sartre, Jean Paul (2019) *Repercusiones ante hechos de violencia en el ámbito laboral que presentan las/los enfermeras/os del Hospital Italiano de la Ciudad de Córdoba en el* año 2019

<https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/24915/20%2019%20INV.%209281%20PI.%202647.pdf?sequence=1>

Sánchez, Duadys, Orozco, Sindy, Niño, Sully (2019) Percepción Del Acoso Laboral en la Parte Psicológica, Y Laboral al Profesional de Enfermería en Colombia y a Nivel Bogotá Durante el Año 2019 <https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/9517/OrozcoSindy2019.pdf;jsessionid=4117BE81897C7C98BE3B3DE9EEBA08AA?sequence=1>

Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. (s/f). Cepal.org. Recuperado el 29 de mayo de 2022, de https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_violenciasexual.pdf

violencia en el trabajo. 2013. Oitcinterfor.org. Recuperado el 29 de mayo de 2022, de <https://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3510>

Paravic Klijn, Tatiana, Valenzuela Suazo, Sandra, & Burgos Moreno, Mónica. (2004). Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Ciencia y enfermería*, 10(2), 53-65. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532004000200007>

Burgos Moreno Mónica, Paravic Klijn Tatiana. Violencia hospitalaria en pacientes. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2003 Jun [citado 2022 Mayo 28] ; 9(1): 9-14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000100002>.

Poblete Troncoso, Margarita, & Valenzuela Suazo, Sandra. (2005). Enfermeras en riesgo: Violencia laboral con enfoque de género. *Índex de Enfermería*, 14(51), 40-44. Recuperado en 28 de mayo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300008&lng=es&tlng=es.

Herrera Rodas, Claudia Lorena, Peraza Segura, Carmen, & Porter Aguilar, Hugo. (2004). El abuso verbal dentro de la violencia doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 21(1), 45-90. Retrieved May 28, 2022, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100005&lng=en&tlng=es.

Fajardo, Zapata Álvaro. (S.f) Agresiones contra los profesionales de la salud en los servicios de urgencias <https://www.redalyc.org/journal/2390/239057355003/html/>

Miret, C., & Martínez Larrea, A.. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(Supl. 1), 193-201. Recuperado en 28 de mayo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200019&lng=es&tlng=es.

Anexo

Anexo 1. Instrumento: cuestionario

Consentimiento informado

¿Acepta de forma voluntaria participar en este estudio?

Sí: __

No: __

Información del participante:

Código del participante:

Edad: _____

Género: F __ M __ Otro __

Cargo:

Años en el Hospital:

1. ¿Alguna vez ha sufrido usted agresiones como consecuencia de su tarea asistencial?

a. Si (si contesta sí pase a la pregunta 2).

b. No (Si contesta No, fin de la encuesta)

2. ¿En cuántas oportunidades ha recibido usted agresiones en su trabajo durante el último año? (frecuencia)

- a. Una única vez
- b. Dos veces
- c. Tres veces
- d. Más de tres veces.

3. ¿Realizó reporte de violencia en el trabajo luego de lo ocurrido?

- a. Si
- b. No

4. ¿Qué días de la semana es más frecuente que sufra agresiones en su trabajo?

- a. Lunes
- b. Martes
- c. Miércoles
- d. Jueves
- e. Viernes
- f. Sábado, domingo y festivos

5. ¿Qué tipo de agresiones ha sufrido usted? (puedes marcar más de una opción)

- a. Verbales de pacientes
- b. Verbales de familiares
- c. Físicas de pacientes
- d. Físicas de familiares

6. ¿En qué contexto se produjo la agresión? (puede elegir más de una opción)

6a. Desencadenante

- 1. Dando un informe médico.

2. Por demora en la atención.
3. En ocasión de comunicar un fallecimiento.
4. Por carencia de recursos para resolver un problema médico.

6b. Agresores

1. Por una persona individual.
2. Por un grupo de personas.

6c. Estado del agresor(es)

1. Intoxicados (alcohol o drogas).
2. Estado mental alterado (enfermedad psiquiátrica).
3. Ninguna de las anteriores.

6d. Situación

1. Estaba usted solo.
2. Estaba acompañado por colegas.

7. ¿Cómo respondió usted a la agresión recibida? (Puede marcar más de una opción)

- a. Insultando, agrediendo al agresor.
- b. Controlando la situación mediante el diálogo.
- c. Avisando a otros compañeros y/o al servicio de seguridad.
- d. Estableciendo distancia de seguridad.
- e. Abandonando el lugar de los hechos.
- f. Interrumpiendo la consulta o actividad asistencial.

8. Como consecuencia de la agresión recibida ¿ha sufrido usted alguna lesión o secuela (Física o psíquica)?

- a. Si (diligencie las preguntas 9 y 10)
- b. No (pasa a la pregunta 11)

9. ¿Cuál fue la secuela o lesión que usted ha sufrido? (puede elegir varias opciones) (punto corregido)

- a. Lesiones físicas
- b. Estrés
- c. Tristeza
- d. Desmotivación
- e. No querer asistir al trabajo

10. ¿Esto lo obligó a suspender temporalmente su actividad laboral?

- a. Si ___
- b. No ___

11. ¿Siente que esta situación ha afectado su desempeño laboral?

- a. Si ___
- b. No ___

12. ¿Hay personal de seguridad en su lugar de trabajo?

- a. Si ___
- b. No ___

13. ¿Se siente usted inseguro en su lugar de trabajo?

- a. Si (Pasa a la pregunta 14)
- b. No (fin del cuestionario)

14. ¿Cómo cree usted que podría controlarse la inseguridad en el lugar de trabajo? (puede elegir más de una opción)

- a. Aumentando la presencia policial
- b. Aumentando la presencia de personal de seguridad
- c. Atendiendo a los pacientes y/o familiares acompañados
- d. Instalando cámaras de vigilancia
- e. Dotando al personal de dispositivos antipánico
- f. Atendiendo a los pacientes con puertas abiertas
- g. No permitir el ingreso de familiares
- h. Realizando campañas de educación masiva.

12. ¿Considera que requiere apoyo y/o acompañamiento psicológico secundario a las emociones evocadas en este cuestionario?

- a. Si ___
- b. No ___

Anexo 2. Tabla 2

Tabla 2. Reporte de maltrato y violencia en el trabajo en el servicio de urgencias.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
N Caso	Hora	Día_Semana	Día	Mes	Año	Nombre	Fecha_Nacimiento	Fecha actual	Edad_Años	Cargo
IL-22-00005	00:35	Jueves	6	Enero	2022	Natalia Sierra Prada	22/10/1996	2021/01/06	25	MEDICO (A) GENERAL EN URGENCIAS
IL-22-00016	22:00	Viernes	14	Enero	2022	Sebastián Moreno Quimbay	6/10/1992	2022/01/18	30	MEDICO (A) URGENTOLOGO
IL-22-00018	21:43	Sábado	15	Enero	2022	Juan Pablo Muñoz Rengifo	1994/06/24	2022/01/18	28	MEDICO (A) GENERAL EN URGENCIAS
IL-22-00020	13:30	Lunes	17	Enero	2022	Andrea Gaviria Vélez	1994/02/13	2022/01/18	28	MEDICO (A) GENERAL EN URGENCIAS
IL-22-00023	07:14	Miércoles	19	Enero	2022	Diego Ericson Giraldo Builes	1990/05/11	2022/01/20	32	MEDICO (A) URGENTOLOGO
IL-22-00039	23:15	Martes	1	Febrero	2022	Ana María Mejía Echeverri	1995/04/07	2022/02/02	25	MEDICO (A) GENERAL EN URGENCIAS
IL-22-00041	09:31	Viernes	4	Febrero	2022	Santiago Tabares González	1995/03/07	2022/02/07	27	MEDICO (A) GENERAL EN URGENCIAS
IL-22-00045	14:51	Lunes	7	Febrero	2022	Sebastián Betancur Londoño	1982/09/28	2022/02/07	40	MEDICO (A) URGENTOLOGO

Anexo 3. Tabla 3

Tabla 3. Categorización de la información.

E.EMP_COD	EM.EMP_NOMBRE	NOMBRE DE CENTRO DE	CARGO	CARGO_R	DIVISION	DEPTO	SECCION
3551853	SANCHEZ SANCHEZ FER	URGENCIAS	AYUDANTE DE SERVICIO	AYUDANTE DE SERVICIO	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
8063180	GONZALEZ MONTOYA C	URGENCIAS	ENFERMERO (A)	ENFERMERO (A)	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
8160910	GIRALDO HOYOS JAIME	DIVISION MEDICA PERS	JEFE DEPTO. DE URGEN	MEDICO (A)	DIVISION MEDICA	D. URGENCIAS	D. URGENCIAS
21526237	LOPERA MORALES VIVI	URGENCIAS	ENFERMERO (A)	ENFERMERO (A)	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
21529817	RIVERA LONDOÑO NOR	URGENCIAS	ENFERMERO (A)	ENFERMERO (A)	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
21856509	ZAPATA VELASQUEZ AN	URGENCIAS	AUXILIAR DE ENFERMER	AUXILIAR DE ENFERMER	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
32108163	URIBE GARCIA MARIA C	DIVISION MEDICA PERS	MEDICO (A) URGENTOL	MEDICO (A)	DIVISION MEDICA	D. URGENCIAS	D. URGENCIAS
32299903	SANCHEZ CARDONA JO	URGENCIAS	ENFERMERA ESPECIALIS	ENFERMERO (A)	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
39360277	GOMEZ CATAÑO MARIA	URGENCIAS	ENFERMERO (A)	ENFERMERO (A)	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
39360281	OSPINA OSPINA PAOLA	URGENCIAS	AYUDANTE DE SERVICIO	AYUDANTE DE SERVICIO	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
42777162	SALAZAR MEJIA NUBIA	URGENCIAS	ENFERMERO (A)	ENFERMERO (A)	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
43113206	PEREZ GOMEZ MARIBEL	URGENCIAS	ENFERMERO (A)	ENFERMERO (A)	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
43150641	BEDOYA PULGARIN LUZ	URGENCIAS	AUXILIAR DE ENFERMER	AUXILIAR DE ENFERMER	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
43157136	FLOREZ QUINTERO HIRL	URGENCIAS	ENFERMERO (A)	ENFERMERO (A)	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
1000098636	MURIEL GUTIERREZ LAU	URGENCIAS	AUXILIAR DE ENFERMER	AUXILIAR DE ENFERMER	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
43187513	MILFORT BLANDON MA	DIVISION MEDICA PERS	MEDICO (A) URGENTOL	MEDICO (A)	DIVISION MEDICA	D. URGENCIAS	D. URGENCIAS
43255858	MARIN MAZO KIMBERL	URGENCIAS	AYUDANTE DE SERVICIO	AYUDANTE DE SERVICIO	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS
43257953	IBARGUEN CAPOLA DIA	URGENCIAS	AYUDANTE DE SERVICIO	AYUDANTE DE SERVICIO	DIVISION PARAMEDICA	D. ENFERMERIA	S. URGENCIAS

Anexo 4. Tabla

Tabla 4. Re categorización de la información.

Etiquetas de fila	Cuenta de CARGO_R				177
AUXILIAR DE ENFERMERIA	117	117	45.9%		81
ENFERMERO (A)	59	59	23.1%		41
MEDICO (A)	52	52	20.4%		36
AYUDANTE DE SERVICIOS	27	27	10.6%		19
Total general	255	255	100.0%		

Anexo 5. Documento consentimiento informado

Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es informarle sobre el proyecto de investigación que se llevará a cabo y solicitarle su consentimiento, brindar una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participante, de aceptar el investigador se quedará con una copia firmada de este documento, mientras usted poseerá otra copia también firmada

La presente investigación es conducida por KAREN JOHANA CORREA MURIEL, LAURA PAOLA SOLER MARTÍN y MARIA ALEJANDRA VELASQUEZ PUERTA, estudiantes de la Corporación Universitaria Iberoamericana de la especialización de

gerencia en la calidad en salud. El objetivo principal de este estudio es: caracterizar los factores desencadenantes de las agresiones físicas y verbales que existen por parte de los usuarios hacia el personal asistencial del área de Urgencias de un hospital de IV nivel de complejidad de la ciudad de Medellín.

Se le solicita participar en una encuesta que le tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo por lo que se recomienda realizarla en un lugar tranquilo y sin distracciones; se le pedirá responder un cuestionario en un formato de Google Forms, que permitirá desarrollar y contextualizar el problema de investigación, en este no se incluirán propósitos experimentales.

Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio.

Su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de sus compañeros y servirá para la elaboración de artículos y presentaciones académicas. Además, esta será conservada por cinco años, contados desde la publicación de los resultados, en el computador personal del investigador responsable, a la cual podrá también acceder su grupo de investigación. Al concluir la investigación, si usted brinda su correo electrónico, recibirá un resumen con los resultados obtenidos. Si desea, podrá escribir al correo mavelasquez@hptu.org.co para extenderle el artículo completo.

Si posterior a diligenciar el cuestionario usted requiere apoyo psicológico relacionado con el evento ocurrido se beneficiara de una valoración psicológica por lo anterior debe informarlo a los investigadores a través del correo mavelasquez@hptu.org.co de la misma forma debe hacer uso del aplicativo Conecta (mesa de ayuda) con el que cuenta el Hospital, ingresar a la sección de seguridad y salud en el trabajo y realizar la solicitud de apoyo psicológico.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer las preguntas correspondientes por medio del correo electrónico que se relaciona con antelación. Igualmente, para consultas sobre aspectos éticos, puede comunicarse con el comité de ética de investigación de la institución al correo comiteinvestigaciones@hptu.org.co, del cual hace

parte el presidente del comité el presbítero Jaime Alberto López Monsalve o al teléfono (604) 4459000 ext. 8905.

La información que se recoja será completamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Asumimos el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pueda afectar su voluntad para continuar participando en el estudio.

Usted tendrá el derecho a la evaluación psicológica pertinente si lo considera por parte de la institución en la que se llevara a cabo el estudio como se mencionó anteriormente en caso de que el desarrollo del cuestionario genere afectación emocional secundario al evento ocurrido por el participante, asimismo en caso de que existan gastos adicionales estos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Karen Johana Correa Muriel, Laura Paola Soler Martín y María Alejandra Velásquez Puerta. He sido informado(a) sobre el objetivo del estudio.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a las investigadoras al correo:

mavelasquez@hptu.org.co o a los comités de ética en investigación y comité de investigación de la institución a los correos: comiteinvestigaciones@hptu.org.co.

Tengo claro que en caso de requerir apoyo psicológico relacionado con el evento de agresión puedo hacer uso del aplicativo conecta y solicitar evaluación psicológica.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a las investigadoras al correo mencionado.

Nombre: _____

Fecha: _____

Correo electrónico: _____

Firma del participante: _____

Nombre del testigo 1: _____

Dirección del testigo 1: _____

Firma del testigo 1: _____

Nombre del testigo 2: _____

Dirección del testigo 2: _____

Firma del testigo 2: _____

Firma del investigador (o encargado de recolectar la información): _____