

# VIOLENCIA EN ÁREAS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. DOMINGO LUCIANI

RICARDO FONSECA-RUIZ  
JOSÉ FÉLIX VIVAS  
ADRIANA AGUIRRE  
MARÍA GONCALVES  
MICHELLE ARÉVALO

## VIOLENCE IN EMERGENCY AREAS OF DR. DOMINGO LUCIANI HOSPITAL

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la frecuencia, características y clasificación etaria de las agresiones hacia el personal del área de emergencia y la frecuencia y causas de su subregistro durante el año 2015 en el Hospital Dr. Domingo Luciani (tipo IV) en Caracas, Venezuela.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, aplicando una encuesta previamente pilotada y validada por un grupo de expertos al personal tanto profesional como obrero del área de emergencia. **Resultados:** Del total de encuestas obtenidas (150) se encontraron 115 (73%) trabajadores agredidos, todos por agresión verbal y 18 (12%) acompañados de agresión física. De estos casos 85 (56%) no habrían sido reportados, los principales motivos fueron: creer que el registro es inútil (23%) y considerar normal este tipo de hechos (20%). El perfil del profesional agredido: femenino, enfermera, 19-30 años, enfermera con turnos nocturnos. Perfil del agresor: familiar de paciente, masculino, entre 21-29 años.

**Conclusión:** La violencia hacia el personal de emergencias se encontró presente en un alto porcentaje, pero a su vez la mayoría de estas agresiones no se registraron por lo que no es posible llevar a cabo las medidas preventivas. Por ello vemos necesario realizar campañas de información en cuanto a registro detallado de los hechos para establecer protocolos de acción en las situaciones con mayor frecuencia de agresión, como lo es la comunicación a familiares sobre difuntos, para de esta manera lograr prevenir futuros actos de violencia.

### Palabras clave

Violencia laboral, agresión laboral, personal sanitario, emergencia, Hospital Domingo Luciani

### ABSTRACT

**Objective:** To know the frequency, characteristics and classification group in aggression towards the staff of the emergency area and the frequency and causes of their under-reporting for the year 2015 at the Hospital Dr. Domingo Luciani (type IV) in Caracas, Venezuela. **Methods:** An observational study, descriptive, applying a survey previously piloted and validated by a group of experts to both professional and working-class area of emergency personnel.

**Results:** Of the total number of surveys obtained (150), were found 115 (73%) workers assaulted, all verbal assault and 18 (12%) accompanied by physical assault. Of these 85 cases (56%) would have been unreported, the main reasons were: believe that registration is useless (23%) and be considered normal for this type of events (20%). Assaulted professional profile: female, nurse, 19-30 years, nurse with night shifts. Profile of the aggressor: patient family, male, aged 21-29. **Conclusion:** Violence against emergency personnel found in a high percentage, but at the same time most of these attacks were not recorded so it is not possible to carry out preventive measures. That is why we see necessary campaigns of information as detailed record of the facts to establish protocols for action in situations with higher frequency of aggression, such as communication to family members of deceased, thus preventing future acts of violence.

### Key words

Workplace violence, workplace aggression, personal health, emergency, Hospital Domingo Luciani

A nivel mundial, según información de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) la violencia en el lugar de trabajo se ha incrementado en 300 % en la última década<sup>1</sup>. Estimaciones de varios estudios indican que el estrés y la violencia representan alrededor del 30% de los costos totales de las enfermedades y accidentes de trabajo<sup>2</sup>.

La violencia causa perturbaciones inmediatas, y a largo plazo, de las relaciones entre las personas, de la organización del trabajo y de todo el entorno laboral. Si bien la violencia en el centro de trabajo se encuentra altamente generalizada, existen grupos con mayor riesgo de sufrirlo<sup>3</sup>. El sector salud corre un riesgo grave, la violencia puede afectar a más de la mitad de los trabajadores de la salud<sup>4</sup>. Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios sanitarios, y pueden dar lugar al deterioro de la calidad de los cuidados dispensados y a decisiones de los trabajadores de abandonar sus profesiones<sup>5</sup>.

Aunque existe mucha diferencia entre los autores, podemos considerar que entre el 35-80% de los trabajadores hospitalarios han sido agredidos físicamente alguna vez y entre el 65-82% del personal de enfermería han experimentado algún tipo de abuso verbal<sup>6,7</sup>.

Estudios realizados al respecto (Bulgaria, Portugal), muestran que, si es difícil el análisis en países en vía de desarrollo, lo es también en Europa, porque simplemente es inexistente la fuente bibliográfica y de investigación<sup>8</sup>. Una encuesta realizada en Inglaterra, mostró que un 40 % de las agresiones en el trabajo registradas, correspondían a trabajadores sanitarios, hacen mención a que la cifra podría ser superior dada la gran cifra de infra declaración, más de la mitad de las enfermeras fueron agredidas durante el 2003<sup>9</sup>.

Todos los tipos de violencia son dirigidos más frecuentemente hacia personal femenino en los centros de salud, y en el hospital contra trabajadores varones. La violencia verbal fue más frecuente contra enfermeras y personal administrativo, la violencia física se produjo contra enfermeras en ambos lugares (centros de salud y hospitales). El acoso sexual es un problema frecuente en enfermeras de hospitales, la presión moral se produce más contra médicos de cabecera de centros de salud y personal administrativo. En cuanto al no registro de los casos de violencia, se calcula que menos del 15% de todos los casos son registrados por escrito, a pesar de estar registrados de forma verbal a sus superiores<sup>8</sup>.

A pesar de la gran divergencia de los datos, a nivel mundial la mayoría de estudios indican que solo se registran alrededor de 10% de los casos. Esta infravaloración contribuye a una prevalencia de la confusión, un desconocimiento de los patrones de severidad y falta de conocimiento acerca de los niveles de riesgo en el escenario laboral<sup>10</sup>.

Las características de las agresiones varían de acuerdo a la experiencia, puesto de trabajo y entrenamiento previo en situacio-

nes de violencia, las agresiones físicas son más frecuentes entre alumnos de enfermería; se ha observado un mayor nivel de agresividad contra el personal de enfermería de sexo masculino; el nivel de violencia al parecer es más alto entre trabajadores que trabajan en turnos nocturnos que en aquellos que trabajan en turnos diurnos<sup>11</sup>. Otros trabajadores hospitalarios también pueden ser víctimas de la violencia, por ejemplo, entre trabajadores sociales el 15% han recibido agresiones físicas y el 36% agresiones verbales<sup>11</sup>. Otro patrón consistente registrado en la literatura nos habla acerca del perfil del agresor, se trataría en la mayoría de los casos de jóvenes (promedio de 20 años), varones y frecuentemente afectados por el alcohol. En Australia durante 2003 alrededor de 83 % de todos los agresores cumplían estas características<sup>10</sup>.

El Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) realizó en el año 2004 una encuesta entre sus colegiados, en la que un tercio de los médicos referían haber experimentado algún episodio violento durante su carrera profesional, siendo más frecuentes las agresiones verbales (44%) que las físicas (28%) y las amenazas (26%) y con predominio en los servicios de urgencias (45%)<sup>12</sup>. El estudio realizado en Aragón y Castilla-La Mancha por Martínez-Jarreta et al (2006)<sup>13</sup> registró que un 11% de los profesionales sanitarios sufren agresiones físicas y un 64% sufren violencia psicológica. En los servicios de urgencias y psiquiatría las cifras ascendían al 38 y 26,9% respectivamente para la violencia física y el 70,5 y 51,6% para la violencia psicológica. El Observatorio de Agresiones del Consejo General de Colegios de Médicos de España, presentó en enero de 2011 el Registro Nacional de Agresiones a Médicos, con un total de 451 agresiones a médicos colegiados durante 2010, señalando que dicha cifra constituye únicamente la «punta del iceberg» del problema<sup>14</sup>.

Esto, a su vez, puede ser causa de que se reduzcan los servicios de salud disponibles para la población en general, y aumenten sus costos. Especialmente en Venezuela, donde el acceso a la atención primaria puede verse amenazada si los trabajadores de salud, que ya son un recurso escaso, abandonan su profesión por la amenaza de violencia, y donde no existe tampoco definiciones uniformemente aceptadas acerca de las agresiones laborales para eventos violentos no fatales, lo cual oculta las tendencias<sup>6</sup>.

Nos proponemos en este estudio identificar el comportamiento y la frecuencia de sucesos violentos, tanto físicos como verbales, sufridos por el personal de salud, seguridad, mantenimiento y limpieza, que guarden relación directa con actividades del puesto de trabajo en el área de emergencia del "Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani" durante el año 2015, determinar el tipo de agresión más común, física o verbal, establecer qué personal es más susceptible a ser agredido según el cargo y horario que ocupen en el área de emergencia del hospital, conocer los posibles desencadenantes de sucesos violentos sufridos por el personal, y evaluar las posibles causas de sub-registro en estos casos.

## MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo que busca identificar el comportamiento y frecuencia de sucesos violentos, tanto físicos como verbales, sufridos por el personal de salud, seguridad, mantenimiento y limpieza, en el área de emergencia del "Hospital General del Este Domingo Luciani" durante el año 2015, para lo cual se siguió un diseño transversal cuyo instrumento de recolección de datos (encuesta), fue elaborado por los autores con base en los estudios encontrados en la literatura y posteriormente validada por un grupo de expertos (psicólogo y psiquiatra). La población estuvo constituida por el total de trabajadores que laboran como personal de salud, seguridad, mantenimiento y limpieza en el área de emergencia de los servicios de medicina interna, pediatría y cirugía general del hospital; la muestra quedó conformada por un total de 150 trabajadores. Se procedió a entregar el cuestionario que contaba con 20 ítems a responder por aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión, durante el mes de marzo del 2016, tomando en cuenta el horario de trabajo diurno y nocturno del personal. La participación en la encuesta fue anónima y voluntaria.

### Criterios de inclusión

- Ocupar cargos en la institución como personal de salud: internos de pre y post grado, médicos residentes, médicos adjuntos, pasantes (fellow), enfermeros y personal de historias médicas, seguridad, mantenimiento y limpieza.
- Haber trabajado en la institución durante el año 2015.
- Laborar en áreas de emergencia del hospital.

### Criterios de exclusión:

- Ingreso a laborar en el hospital fuera del período en estudio.
- Trabajo en áreas que no sean de la emergencia del hospital, como hospitalización, entre otros.
- Haber sufrido solamente agresiones entre compañeros de trabajo.
- Cargo ocupado en área de emergencia por parte de la víctima
- Posibles desencadenantes del suceso violento

### Definición de la violencia en el trabajo, violencia en el entorno sanitario

Existen casi tantas definiciones de agresividad y violencia como trabajos sobre el tema, a continuación, citamos una definición compartida por la Organización Internacional del Trabajo, la Comisión Europea (Di Martino V. 2002), el U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration (OSHA 2004) e incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS), "La violencia laboral está constituida por incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o asaltado en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo los desplazamientos al trabajo y viceversa, con la participación de amenaza explícita o implí-

cita a su seguridad, el bienestar o la salud"<sup>6</sup>.

Chappell y Di Martino la definen 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 sólo 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<sup>7</sup>.

La consecuencia de esta violencia repercute en la dimensión psicológica que resulta de presiones, humillaciones que afectan de algún modo la auto-estima o la percepción de la seguridad de la persona agredida, o generar como consecuencia extrema ansiedad, depresión o estrés postraumático.

Es importante delimitar que una persona agitada en principio no es necesariamente violenta, que esta puede obedecer a repercusiones vitales, como hipoxia, trastornos psicóticos o reacciones situacionales o reactivas.

Antes de comenzar a analizar este fenómeno, es preciso tener en cuenta que cualquiera sea el tipo o expresión de violencia, ésta puede presentarse en forma manifiesta o pasar inadvertida. Su reconocimiento está sujeto a lo que culturalmente se establece como violencia, 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.

El fenómeno de la violencia es complejo y multifacético, por lo que resulta una tarea difícil desglosar las diferentes formas de violencia y caracterizarlas, así como establecer sus causas y consecuencias.

Según Buinic y col, existen varias formas o tipos de violencia, según distintas variables a considerar: los individuos afectados, los agentes de violencia, el motivo, según la relación que existe entre agresor y agredido y según la naturaleza de la agresión<sup>3</sup>. De acuerdo a este último criterio, estos autores identifican diversos tipos de clasificaciones de la expresión de violencia, que según su naturaleza se las puede clasificar en: violencia física, correspondiente 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, 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.

También suele agruparse a estas formas de violencia según el modo en el que actúa el agresor: violencia activa, que se refiere a todos aquellos comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, sexual y/o psicológica, que provoca daño a una persona que se encuentra en desventaja en las relaciones de

poder; violencia pasiva o de omisión, que se refiere a la violencia de la indiferencia, la negligencia, el abandono y la falta de solidaridad.

Otro enfoque plantea que la violencia tiene dos formas de presentación fundamentales: violencia-agresión y violencia-castigo. Esta clasificación está basada en las relaciones de poder entre el agresor y el agredido. La primera aparece en el marco de una relación simétrica, igualitaria, donde las personas pertenecen al mismo estatus. Se produce una rivalidad en donde ambos actores son fuertes, está basada en la eliminación de las diferencias. Por su parte, la violencia-castigo, aparece en el marco de una relación que se caracteriza por la aceptación y el mantenimiento de las diferencias. Existe una relación desigual, en la que uno de los actores se sitúa en una condición de desventaja en el contexto en que la situación de violencia es gestada.

Para autores como Chappell y Di Martino, pueden ser consideradas como expresión de violencia también 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, cuando se abusa o se recibe un trato injusto, cuando los ambientes son poco aptos para realizar actividades de cuidado, una organización inadecuada, poca competencia de las personas que otorgan el cuidado o un clima de estrés, entre otros<sup>7</sup>.

Estos autores, también señalan que existen ciertos lugares de trabajo que están más expuestos a sufrir actos violentos, debido a las circunstancias o situaciones bajo las cuales se desarrollan las acciones. Entre estas ocupaciones se encuentran; el trabajo a solas, trabajo con público, trabajar con cosas de valor, trabajar con gente estresada y otras condiciones que otorgan vulnerabilidad a los diferentes ambientes. Para estos autores la violencia, por ejemplo, en lugares en los que existe contacto con gran cantidad de público, puede ser provocada por o como resultado de una percepción de mala. Por otro lado, ellos dan cuenta que la violencia que surge en los ambientes de trabajo en establecimientos de atención en salud, en el que se establece que la agresión surge en el contexto de relaciones con personas en circunstancias determinadas, generalmente bajo la influencia de estrés. Este último punto es frecuente debido a la frustración e ira que produce la enfermedad y el dolor, la sobrecarga de trabajo, entre otras situaciones que pueden afectar y hacer que las personas se vuelvan física o verbalmente violentas<sup>7</sup>. El aumento de la pobreza, el medio inadecuado donde las acciones de salud son realizadas, la manera en que están organizadas, el entrenamiento insuficiente del personal y en general el clima de estrés, puede contribuir sustancialmente al aumento de los niveles de violencia.

#### **Factores relacionados**

Si bien algunos factores de riesgo pueden ser exclusivos de un tipo particular de violencia, es más común que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo. Las normas

culturales predominantes, la pobreza y el aislamiento social, así como el alcoholismo, el abuso de sustancias psicoactivas y el acceso a armas de fuego son factores de riesgo en relación con varios tipos de violencia

- 1.- Edad: la conducta violenta es más frecuente durante la adolescencia y al inicio de la edad adulta, decae a partir de los 40 años.
- 2.- Trastorno antisocial de la personalidad
- 3.- Género: los hombres más que las mujeres
- 4.- Abuso de sustancias ilícitas: se correlaciones directamente con la conducta violenta por su efecto desinhibidor y/o estimulante
- 5.- Baja inteligencia
- 6.- Historial delictivo: antecedentes de privación de libertad, pertenencia a bandas o pandillas, portador de armas de fuego

Si se observa, existe una gran prevalencia de individuos que pueden acumular todas estas características, de lo que se puede deducir que éstos tienen una altísima probabilidad de acabar implicados en agresiones, además reincidir en las mismas, sobre todo si las consecuencias de éstas en la primera ocasión las percibieron como beneficiosas o gratificantes.

#### **Perfil del agresor**

- 1.- Usuarios con percepción negativa de la asistencia recibida: una deficiente organización ambiental y disfunciones en la prestación o en la organización de la asistencia, son los factores asociados a las situaciones que propician respuesta agresiva. Por ejemplo, la espera prolongada, entendiendo como víctima no solo al enfermo sino a su acompañante o familiar y en un momento dado al propio profesional que finalmente lo atiende. La paradoja que representan aceptar a un individuo que falta el respeto, amenaza o golpea como víctima nos permite asumir un abanico amplio de estrategias preventivas, que al final se reducen a un problema únicamente comunicacional.
- 2.- El enfermo: paciente aquejado de diversas patologías que en un momento dado responde agresivamente por alguna situación psicológica facilitadora. (patología psiquiátrica, narcodependencia, alcoholismo)
- 3.- El usuario cuyo estilo eficaz de comunicación y resolución de conflictos es la violencia, donde esta conducta puede ser aprendida por imitación como demostró ampliamente Bandura con su conocido experimento del muñeco bobo (Bandura, Ross y Ross 1961), donde la clave del manejo de este usuario sería asegurar la ausencia de reforzadores a su conducta y enfatizar las consecuencias aversivas de la misma.

#### **Patrón de agresividad**

Se ha descrito que la respuesta agresiva tiene un patrón ascendente hasta llegar a un punto crítico de crisis y descontrol, para luego decrecer, la cual tiene la secuencia siguiente:

- 1.- Activación del patrón: un incidente estresor dispara una respuesta agresiva, el individuo se intenta controlar.
- 2.- Descontrol progresivo: aumenta de ansiedad y la ira, el individuo percibe que no puede controlarse.
- 3.- Crisis: explosión emocional y física, aumentan la cantidad y calidad de las de las conductas agresivas, es casi imposible que se controle.
- 4.- Recuperación del control: lentamente vuelve a calmarse y recupera el estado de autocontrol previo.
- 5.- Balance: son conscientes de lo ocurrido, aparece la culpa y remordimientos, pueden pedir perdón e intentar hacer las paces.

Es claro que la intervención del personal sanitario solo podrá dirigirse a la primera y segunda fase, ya que en la tercera es casi imposible que el individuo se controle.

#### **Características del personal sanitario que es susceptible de generar agresividad**

- Carencia de habilidades comunicativas con los pacientes. Desconocimiento de la gestión de la comunicación emocional.
- Interferencia de problemas personales con el trabajo
- Trabajar en servicios propensos a generar estrés laboral
- Actitudes de intolerancia, prepotencia, insensibilidad hacia familiares, enfermos y acompañantes.
- Desconocimiento de la organización del centro donde trabajan
- Descoordinación con el resto del personal
- Dificultad para evidenciar que "escucha" al paciente.
- Estilos comunicativos que transmiten: apatía, frialdad, condescendencia, menosprecio e impaciencia.
- Lenguaje corporal desafiante o que se pueda interpretar como hostil o amenazador.
- Empleo de lenguaje profesional que puedan ocasionar graves malentendidos.

#### **Modelos para estudiar la violencia**

Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenirla.

Para estudiar la violencia se han desarrollado diversos modelos, uno de ellos es el modelo ecológico adoptado por la organización mundial de la salud para interpretar la violencia en la sociedad y diagramar acciones para su prevención, otro es el modelo interactivo de Chappell y Di Martino diseñado para evaluar la violencia en el trabajo el cual fue utilizado en el informe sobre violencia en el trabajo (Violence at work), realizado por los autores para Oficina Internacional del Trabajo, en el año 1998 y que luego fue aplicado

en diversos estudios sobre violencia laboral.

#### **Modelo ecológico**

El modelo ecológico se comienza a utilizar a fines de los años setenta<sup>15</sup>, se aplicó inicialmente al maltrato de menores<sup>13</sup> y posteriormente a la violencia juvenil<sup>16</sup>. En fecha más reciente, los investigadores lo han usado para comprender la violencia de pareja y el maltrato de las personas mayores. Dicho modelo fue aplicado en la ciudad de Puerto Madryn Argentina en el año 2005 para explicar la violencia en el ambiente hospitalario.

#### **El nivel individual**

El primer nivel del modelo ecológico pretende identificar los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Además de los factores biológicos y personales en general, se consideran factores tales como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato. En otras palabras, este nivel del modelo ecológico centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

#### **El nivel de las relaciones**

El segundo nivel del modelo ecológico indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de actos violentos. En los casos de la violencia familiar, la interacción casi diaria o el compartir el domicilio con un agresor puede aumentar las oportunidades para que se produzcan encuentros violentos. Dado que los individuos están unidos en una relación continua, es probable en estos casos que la víctima sea reiteradamente maltratada por el agresor. En el caso de la violencia interpersonal entre los jóvenes, las investigaciones revelan que estos tienen muchas más probabilidades de involucrarse en actos violentos cuando sus amigos promueven y aprueban ese comportamiento<sup>17</sup>. Los compañeros, la pareja y los miembros de la familia tienen el potencial de configurar el comportamiento de un individuo y la gama de experiencias de este.

#### **El nivel de la comunidad**

El tercer nivel del modelo ecológico examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos. La frecuente movilidad de residencia, la heterogeneidad y una densidad de población alta son todos ejemplos de tales características, y cada uno se ha asociado con la violencia. De igual manera, las comunidades aquejadas por problemas como el tráfico de drogas, el desempleo elevado o el aislamiento social generalizado es también más probable que experimenten hechos de violencia. Las investigaciones sobre la violencia muestran que determinados ámbitos comunitarios favorecen la violencia más que otros; por ejemplo,

las zonas de pobreza o deterioro físico, o donde hay poco apoyo institucional.

### **El nivel social**

El cuarto y último nivel del modelo ecológico examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra esta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países. Entre los factores sociales más generales, figuran:

- Normas culturales que apoyan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos;
- Normas que asignan prioridad a la patria potestad por encima del bienestar de los hijos;
- Normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres y los niños;
- Normas que respaldan el uso de la fuerza excesiva policial contra los ciudadanos;
- Normas que apoyan los conflictos políticos.

Entre los factores más generales también cabe mencionar las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen niveles altos de desigualdad económica o social entre distintos grupos de la sociedad. El modelo ecológico destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan dentro de la familia y en los ámbitos social, cultural y económico más amplios. En un contexto de desarrollo, el modelo ecológico indica también el modo en que la violencia puede ser causada por diferentes factores en distintas etapas de la vida.

### **Vínculos complejos**

Si bien algunos factores de riesgo pueden ser exclusivos de un tipo particular de violencia, es más común que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo. Las normas culturales predominantes, la pobreza y el aislamiento social, así como el alcoholismo, el abuso de sustancias psicoactivas y el acceso a armas de fuego son factores de riesgo en relación con varios tipos de violencia.

Como resultado, no es inusual que algunas personas en riesgo en cuanto a la violencia experimenten varios tipos de violencia. Tampoco es inusual detectar conexiones entre diferentes tipos de violencia. Los vínculos entre la violencia y la interacción entre los factores individuales y los contextos sociales, culturales y económicos más amplios indican que abordar los factores de riesgo en los diversos niveles del modelo ecológico puede ayudar a disminuir más de un tipo de violencia.

### **Modelo Interactivo de Chappell y Di Martino sobre violencia laboral.**

Este modelo fue desarrollado por Duncan Chappell y Vittorio Di Martino para el estudio *Violence at work*<sup>7</sup>, publicado por la Oficina Internacional del Trabajo en 1998. Fue diseñado espe-

cialmente para estudiar la violencia en el ámbito del trabajo, el mismo identifica los factores de riesgos laborales tanto individuales, sociales, y organizacionales presentes en la manifestación de conductas violentas en el ámbito del trabajo.

Dicho modelo fue utilizado en diversos países de la comunidad europea y en países de América para la interpretación de la violencia laboral, en Chile fue aplicado al sector salud.

Este modelo la interacción entre agresor, víctima, factores de riesgo y consecuencias de la violencia en el ámbito laboral. Entre los factores distingue los individuales provenientes de la víctima (agredido), del victimario (agresor) de los del medio en el que se desarrollan las acciones. Los autores distinguen tanto al perpetrador o gestor de la violencia como a la víctima o receptor de los comportamientos violentos en tres posibles categorías; un cliente o usuario del establecimiento, un compañero de trabajo o un extraño. En los factores provenientes del agresor se encuentran; la edad, sexo (reconocen que el sexo masculino es más proclive a presentar conductas violentas), experiencias previas de maltrato (violencia intra-familiar), uso de drogas, salud mental y las circunstancias que conducen a la agresión.

Entre los factores o características que pueden asociarse con ser víctima de actos violentos se encuentran; apariencia, estado de salud, edad, experiencias de maltrato previo, sexo, personalidad y temperamento, actitudes y expectativas. La primera impresión y apariencia son importantes en cualquier relación, ya que pueden determinar el tono de la relación y establecer las características del encuentro.

El estrés por sobrecarga de trabajo puede llevar a conductas erróneas o desavenencias, las que precipitan respuestas o reacciones agresivas. La edad y la experiencia de las personas, es otro factor que puede aumentar o disminuir las posibilidades de agresión. La experiencia previa en el manejo de situaciones difíciles, que se asocian también con la edad, permite a los trabajadores reaccionar acorde a su experiencia.

Los hombres tienen más tendencia que las mujeres a responder en forma agresiva en muchas situaciones, a la vez que las mujeres tienen mayor riesgo a ciertos tipos de agresión diferentes a los varones.

La personalidad y actitud, es también un aspecto relevante a considerar el riesgo a la agresión. Algunas personas manejan mejor que otras situaciones de conflicto, esta cualidad es asociada con los rasgos de personalidad. La actitud y expectativas del usuario o del trabajador, influyen tanto el reconocimiento como las respuestas frente a comportamientos violentos.

La forma en que la víctima reaccione ante la agresión, determina de manera importante el aumento o disminución de los comportamientos violentos. Pareciera ser importante el comportamiento de la víctima frente a su agresor, ya que conductas ansiosas de parte de la víctima pueden motivar más violencia, mientras que una conducta controlada puede ayudar a disminuir tensiones.

El medio influye tanto en el perpetrador como en la víctima de actos violentos. El medio o el lugar en el que se llevan a cabo las interacciones influye tanto por su aspecto físico, organización, actividades que se desempeñan y aspectos culturales que se encuentran presente en todas las sociedades. El diseño físico o características del lugar puede constituir un factor que actúe como un estímulo a los actos violentos o por el contrario los atenué, así por ejemplo, un lugar amplio, cuyas dependencias se encuentren bien distribuidas y señalizadas disminuyen el riesgo de actos violentos.

La organización del trabajo influye fuertemente en las acciones que se producen, puesto que lugares en los que existe mucha demanda, lo que lleva a sobrecarga de trabajo, induce a situaciones que pueden generar conflictos.

Entre los factores culturales, las normas de conducta que en general orientan a una cultura definiendo los límites de tolerancia de la agresión, en la medida en que una sociedad valore la violencia y permita la conducta agresiva prestigiándola, la violencia es definida como normal o legítima y, los individuos desarrollarán conductas concordantes. En este sentido los autores señalan que las características físicas y actividad de un lugar de trabajo hacen más o menos aceptables actos agresivos.

Estos autores sugieren que la única forma de comprender la violencia laboral, es realizando un análisis interactivo de los factores de riesgo tanto individuales como sociales, prestando particular atención al contexto y situación en el que son realizados los trabajos. Se reconoce de este modo, que muchos factores pueden causar o contribuir al riesgo de violencia proveniente tanto del agresor, de la víctima y del medio en el que se desenvuelven las acciones.

Chapell y Di Martino, señalan que existen ciertos lugares de trabajo que están más expuestos a sufrir actos violentos, debido a las circunstancias o situaciones bajo las cuales se desarrollan las acciones.

Entre estas ocupaciones se encuentran; el trabajo a solas, trabajo con público, trabajar con cosas de valor, trabajar con gente estresada y otras condiciones que otorgan vulnerabilidad a los diferentes ambientes.

Para estos autores la violencia, por ejemplo, en lugares en los que existe contacto con gran cantidad de público, puede ser provocada por o como resultado de una percepción de mala atención o poca calidad del servicio que recibe el usuario, estar asociada con una conducta descuidada del trabajador que provee el servicio o por el incumplimiento de las expectativas que el usuario/cliente tenía de la atención.

Estos autores dan cuenta también de la violencia que surge en los ambientes de trabajo en establecimientos de atención en salud, en el que se establece que la agresión surge en el contexto de relaciones con personas en circunstancias determinadas, generalmente bajo la influencia de estrés. Este último punto es fre-

cuente debido; a la frustración e ira que produce la enfermedad y el dolor, la sobrecarga de trabajo, entre otras situaciones que pueden afectar y hacer que las personas se vuelvan física o verbalmente violentas.

El aumento de la pobreza, el medio inadecuado donde las acciones de salud son realizadas, la manera en que están organizadas, el entrenamiento insuficiente del personal y en general el clima de estrés, puede contribuir sustancialmente al aumento de los niveles de violencia.

El modelo interactivo de Chappell y Di Martino ha sido adaptado y aplicado al sector salud, en él se representan los factores provenientes tanto de la víctima, en este caso trabajador, del agresor (integrantes del equipo de salud, pacientes, familiares y/o acompañantes) y del ambiente (centros de salud, hospital), los que determinarían la presencia y consecuencias de la violencia en los servicios de salud. Desde el punto de vista del potencial agresor, se distinguen los internos (compañeros de trabajo, superiores) de los externos (paciente, familiares y/o acompañantes).

Dentro de los factores de riesgo de los agresores externos a considerar, provenientes del paciente/ familiares/acompañantes son: edad, sexo, nivel educacional, situación de pareja, nivel de ingresos, tipo de cobertura de salud, situación laboral, antecedentes de maltrato previo, hospitalizaciones previas, experiencias previas en la atención intrahospitalaria, servicio clínico de hospitalización, días de hospitalización, tipo de tratamiento recibido, ayuda requerida durante la hospitalización y la evaluación asignada a la atención en salud, en el caso de instituciones con internación mientras que en instituciones sin internación juegan factores como, historia de atención en el centro, antigüedad de la relación con el profesional, percepción de la gravedad de la situación de enfermedad y situación del servicio.

El ambiente de las instituciones de salud, organización y recursos tanto físicos como humanos, también podrían influir en la percepción de violencia en la atención de salud. Entre los factores relacionados a los agresores internos estarían asociados con el nivel de jerarquía, cargo o actividad al interior del establecimiento. La interacción de estos factores podría tener consecuencias en el establecimiento de salud en el cual se encuentra. En la víctima (trabajador) podría presentar repercusiones en la salud física y/o psicológica, que se pueden manifestar de diversas formas, generar rechazo por parte de la víctima, una evaluación negativa del trabajo realizado y la continuación de conductas violentas en la atención en dicha institución.

Entre las variables sociodemográficas que influyen en la víctima de actos agresivos se encuentran; edad, educación, nivel socioeconómico, la posición de jerárquica en la institución y las experiencias de maltrato previo.

#### **Definiciones teóricas de las dimensiones de estudio.**

A los fines de este estudio se adoptó el Modelo Interactivo de Violencia Laboral desarrollado por Chappell y Di Martino<sup>7</sup>,

adaptado al contexto local. Se escoge este modelo ya que el mismo aborda la violencia laboral y ha sido aplicado en el sector salud, mientras que el modelo ecológico se aplica a situaciones de violencia familiar y/o social.

El modelo identifica varios grupos de factores relevantes en la explicación de cómo la interacción entre el perpetrador (agresor) y la víctima producen un ambiente de violencia en el lugar de trabajo. Entre éstos se encuentran factores propios de la víctima, del agresor, y del ambiente de trabajo en el que se desarrollan las acciones. Postulan que la producción de violencia depende de la existencia e interacción de estos factores potenciales. Se adoptó este modelo en reconocimiento de su potencial para interpretar la complejidad del fenómeno, en los contextos a los que se aplica.

Además, el mismo ya ha sido aplicado al estudio del fenómeno en América Latina<sup>18</sup>.

La violencia y el estrés en el lugar de trabajo tienen su origen en el ámbito de la organización en que se trabaja, en la sociedad en general y en la biografía de las personas, los cuales se entrelazan formando una malla compleja.

En el caso de profesiones como las de la salud, que exigen mucho de cada persona, la acumulación de estrés y tensión, derivada de su sometimiento tanto a las presiones sociales como a las derivadas de las reformas de los sistemas de salud- contribuyen a engendrar manifestaciones de violencia. El trabajo en los servicios de atención de la salud se distingue de otros ámbitos laborales debido a que en estos espacios se trabaja con personas en situaciones usualmente críticas. Así, la actividad que el personal de salud efectúa contiene riesgos específicos que, al momento de interactuar, pueden ser generadores de accidentes o enfermedad para el conjunto de los trabajadores y para cada uno de ellos. Dentro de estos riesgos los más estudiados son los biológicos (infecciosos). Sin embargo, las situaciones que más transgreden la integridad física y mental de los trabajadores de la salud son sus condiciones de trabajo y las formas como está organizado.

La violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave, y a veces letal, contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones; causa perturbaciones inmediatas, y a largo plazo de las relaciones interpersonales, de la organización del trabajo y de todo el entorno laboral.

Los factores de riesgo para la violencia varían entre instituciones de salud; se ha señalado que depende, entre otras cosas, del lugar, tamaño y tipo de actividades desarrolladas, características de la población asistida, escasez de personal, salas de espera, cuartos y corredores abarrotados y con escasa infraestructura y seguridad inadecuada.

Suelen ser las circunstancias antes enunciadas generadoras de situaciones de violencia. La demora en la atención y las exigencias de familiares para que sus parientes fueran atendidos de manera inmediata y con tratamiento especial, fueron identificadas también como detonantes de situaciones violentas en servicios de emergencia de hospitales de Río de Janeiro y Londrina, en Brasil<sup>9</sup>.

Estas investigaciones en los

ambientes sanitarios, establecen que los contextos de atención en salud no están libres del flagelo de la violencia, siendo los establecimientos sanitarios uno de los ambientes laborales más expuestos a actos agresivos de cualquier tipo.

## RESULTADOS

Posterior a la corrida de 150 encuestas encontramos los siguientes resultados:

Se encuestó un total de 150 trabajadores usuales del área de emergencia, con edades de 19 a 60 años (promedio: 31 años) pero un 60% se encontraban entre 19 y 30 años de edad, un 54,7% fueron mujeres y un 56% se describieron como raza mixta (latina). (Gráficos 1-3)

El 71,33% de los encuestados eran médicos residentes (34,67%) o personal de enfermería (36,67%). El resto (28,67) se distribuyó entre internos de pre y post-grad, médicos adjuntos, pasantes y personal

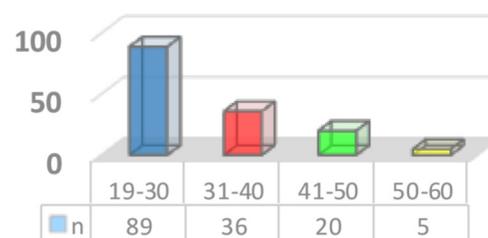


Gráfico 1. Edad

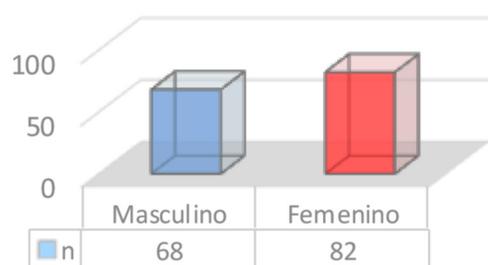


Gráfico 2. Género



Gráfico 3. Raza

de seguridad, de historias médicas, de mantenimiento y de limpieza. (Gráfico 4).

Con respecto al tiempo en el cargo, la mayoría tuvieron 6 o menos años, seguidos por los que tenían de 4 a 7 años. Ello se debe, principalmente, al carácter docente del hospital, lo que lleva a un alto volumen de internos y pasantes que terminan su paso hospitalario en un breve plazo (Gráfico 5). La mayoría de los encuestados laboran en períodos diurnos y nocturnos (65,33%) y el resto, solo en turnos diurnos. (Gráfico 6)

En relación a la violencia en la sala de emergencia, un 76,67% ha sido agredido por los pacientes, los familiares y/o sus acompañantes. Solo un 23,33% nunca ha sido agredido. (Gráfico 7)

Los agresores se distribuyeron de forma homogénea entre hombres (24,00%), mujeres (25,33%) y de ambos sexos (29,33%), pero en el 21,33% de las encuestas no se especificó el sexo del agresor (Gráfico 8). El tamaño de este último grupo no permite concluir sobre la relación de la agresión con el género, porque si las encuestas con género no especificado tuviesen un sesgo en distribución por sexo, cualquiera de ellos podría predominar.

En relación con la edad estimada del agresor, se encontró que más de la mitad (54,34%) se encontraban entre 21 y 39 años. (Gráfico 9)

Con respecto al consumo de alcohol o drogas de abuso como posibles factores facilitadores de la agresión, dicho consumo solo estuvo presente en el 26% de los agresores, lo que permite concluir que la mayoría de las agresiones al personal de la sala de emergencia puede deberse al nivel de insatisfacción y/o de estrés de los pacientes y/o sus acompañantes. (Gráfico 10)

Igualmente, solo en el 15,33% de los casos, la agresión se asoció con un posible trastorno mental o psicológico. (Gráfico 11)

En relación con el horario de las agresiones, la noche lideró

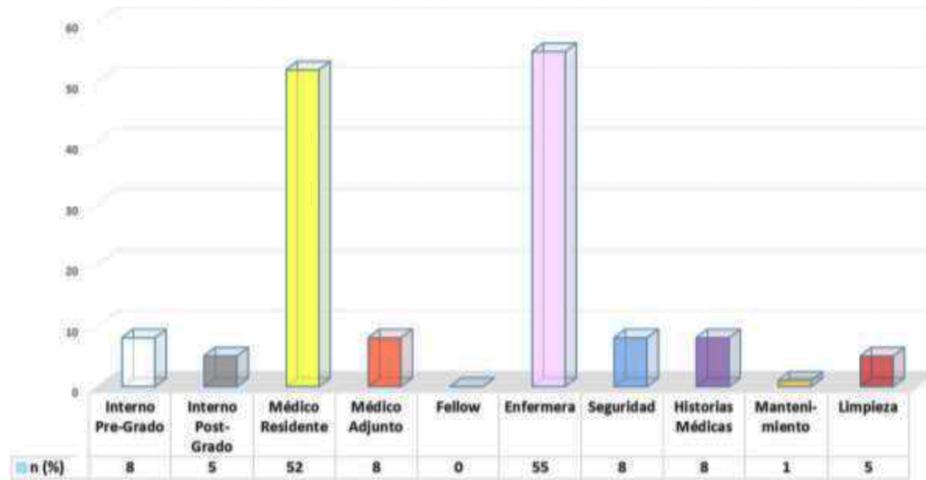


Gráfico 4. Cargo

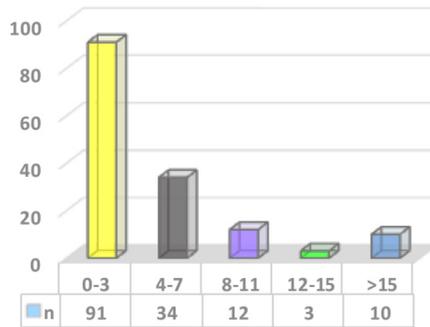


Gráfico 5. Tiempo en el cargo

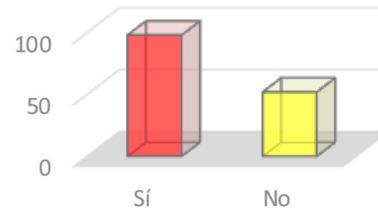


Gráfico 6. Turnos nocturnos

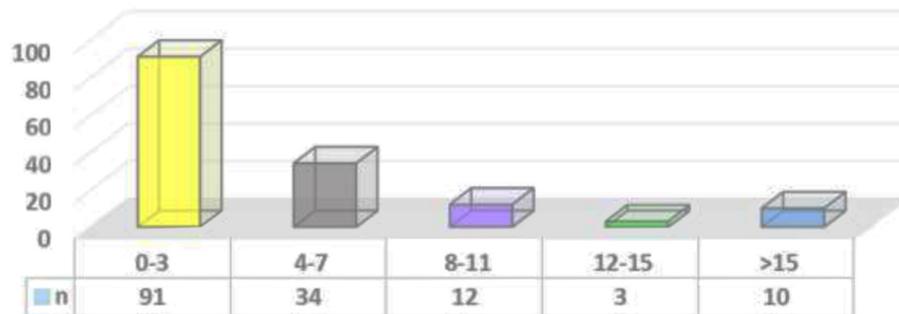


Gráfico 7. Agresiones en el 2015.

levemente la cantidad de agresiones (32,67%) versus el día (28,67%) o a cualquier hora (16,33%). Sin embargo, en el 23,33% de las encuestas no se precisó dicho horario, por lo que se repite la condición anteriormente señalada en relación al sexo del agresor. (Gráfico 12)

En referencia a quién realizó la agresión, los familiares del paciente lideraron los resultados (43,93%), seguidos por los pacientes (19,65%) y por acompañantes no familiares (18,50%), lo que podría explicarse por el nivel de estrés al que están sometidos los familiares. (Gráfico 13)

Afortunadamente para la seguridad del personal de la sala de emergencia, la gran mayoría de las agresiones fueron de tipo ver-

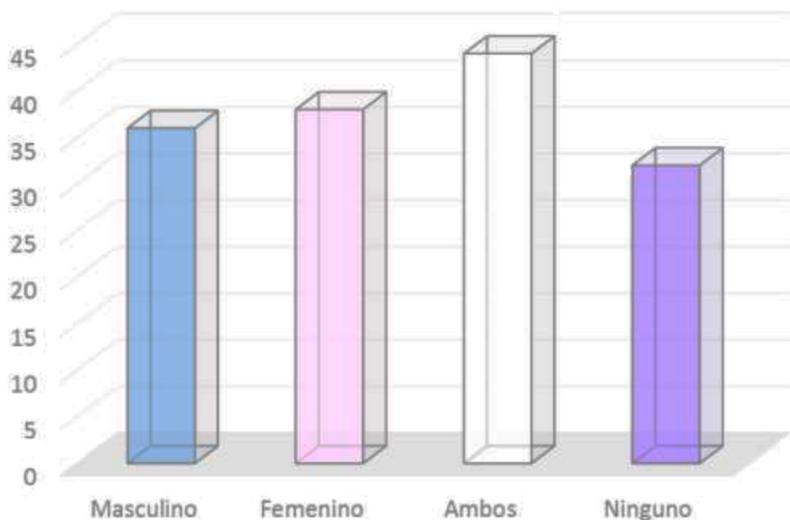


Gráfico 8. Sexo del/de los agresores

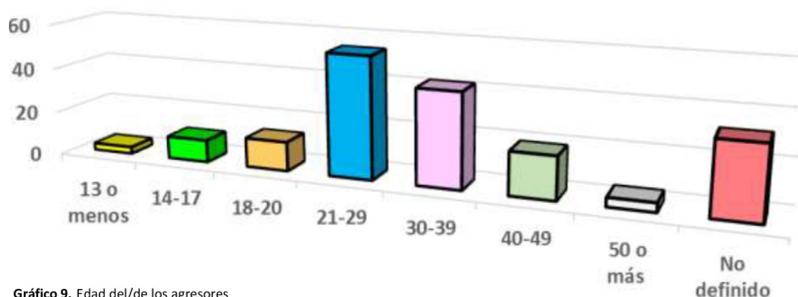


Gráfico 9. Edad del/de los agresores

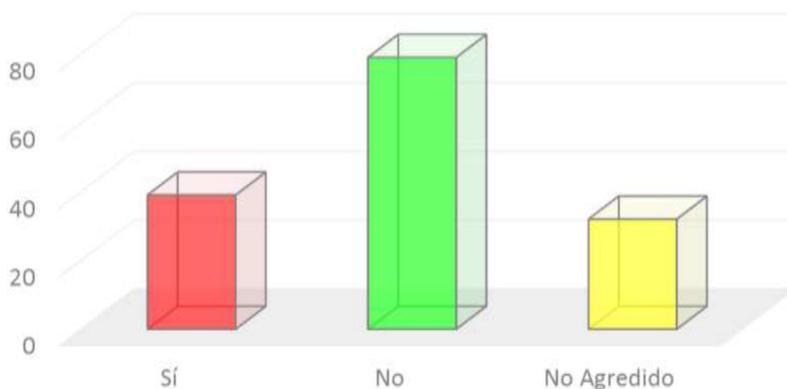


Gráfico 10. Agresores bajo efectos de alcohol o drogas

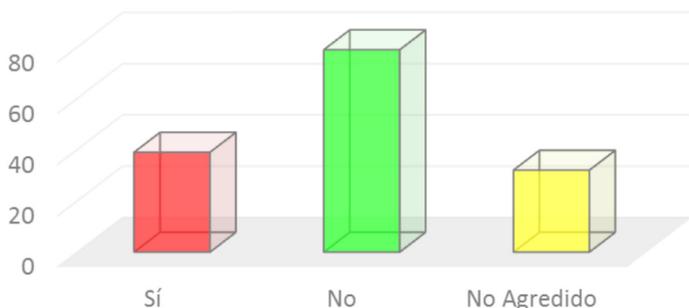


Gráfico 11. Agresores con un posible trastorno mental o psicológico

bal (74,36 %) y solo un 10,90 % llegó a violencia física (Gráfico 14), ocurriendo en las siguientes formas: empujar a la víctima (14,74%) y forcejear con la víctima (7,05%). El resto de las formas de agresión fueron mordeduras, golpes sin objetos, golpes con objetos cortantes y alguna forma de agresión sexual. (Gráfico 15)

En relación con los posibles actos provocadores de la agresión, se encontró que el enojo por condición del paciente (30,95%) y las diferencias de opinión entre el personal y el paciente y/o sus familiares (21,43%) pudieron haber sido los principales disparadores de los actos de agresión, y sugieren que un entrenamiento específico en cómo comunicarse y dar explicaciones a los pacientes y/o sus acompañantes, podría ayudar a reducir los actos agresivos en la sala de emergencia. (Gráfico 16)

De los reportes de los casos de agresión, las respuestas fueron no respondió el 9%, no reportó el 56,67% y sí reportó el 37,33% de los encuestados. (Gráfico 17)

En la pregunta sobre los motivos para no reportar la agresión, se podía emitir más de una respuesta. De las 119 encuestas respondidas (Gráfico 18), se obtuvieron 147 motivos para no reportar y un interesante hallazgo fue que 40 (22,47%) consideraron que reportar era inútil, 35 (19,66%) consideraron que las agresiones son normales en este tipo de trabajo y 22 (12,36%) porque no fue importante y la misma cantidad porque no sabía dónde hacer la comunicación. Finalmente, 16 (8,99%) dijeron no tener tiempo, a 5 (2,81%) les dio vergüenza y 4 (2,25%) sintieron temor de que pudieran haber consecuencias negativas. Estas respuestas nos sugieren que se debería tener un programa claro y específico que le de confianza, seguridad y protección al personal de la sala de emergencia.

Las encuestas también mostraron que en 45 casos (37,33%) fue necesaria la intervención de las fuerzas de seguridad y que 118 encuestados (78,67%) consideran que la violencia en la sala de emergencia se encuentra en aumento. (Gráfico 19)

Finalmente, el 78,67% de los encuestados señaló que tienen la percepción de que la violencia en la sala de emergencia ha aumentado desde que ingresaron al hospital. (Gráfico 20).

Este punto es muy preocupante porque refleja el incremento de violencia que ha ocurrido a lo largo del país y, muy especialmente, porque siendo el Domingo Luciani un hospital bajo vigilancia militar, podría estar evidenciando la pérdida del respeto de los pacientes y sus acompañantes hacia la figura de respeto que tradicionalmente ha representado el personal médico y paramédico, así como la figura de autoridad que han representado los militares.

### DISCUSIÓN

La violencia laboral es expresión de las relaciones sociales en el trabajo y está mediada, a su vez, por relaciones de clase, género y etnia, entre otras; por lo tanto, tiene relación con prácticas sociales discriminatorias y, a la vez, que puede responder a formas de organización del trabajo tradicionales y no tradicionales, orientadas a influir sobre la productividad y/o el rendimiento en el trabajo.

Los sectores de salud, fuertemente feminizados, son los que más reportan violencia laboral y acoso en el mundo <sup>7</sup>.

Si bien algunos factores de riesgo pueden ser exclusivos de un tipo particular de violencia, es más común que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo. Las normas culturales predominantes, la pobreza y el aislamiento social, así como el alcoholismo, el abuso de sustancias psicoactivas y el acceso a armas de fuego son factores de riesgo en relación con varios tipos de violencia.

En el caso de profesiones como las de la salud, la acumulación de estrés y tensión, contribuyen a engendrar manifestaciones de violencia. El trabajo en los servicios de atención de la salud se distingue de otros ámbitos laborales debido a que en estos espacios se trabaja con personas en situaciones usualmente críticas. Por lo que el personal de salud presenta riesgos específicos que al momento de interactuar, pueden ser generadores de accidentes o enfermedad para el conjunto de los trabajadores y para cada uno de ellos, las situaciones que más transgreden la integridad física y mental de los trabajadores de la salud son sus condiciones de trabajo y las formas como está organizado.

Hasta donde sabemos, el presente trabajo representa la primera evaluación venezolana de hechos de violencia contra el personal de las salas de emergencia, aun cuando constantemente escuchamos relatos anecdóticos ocurridos en diferentes centros y regiones del país.

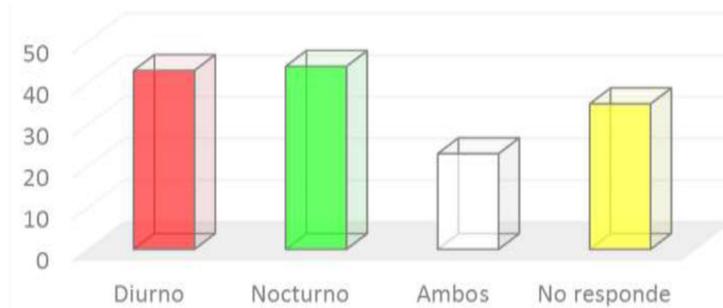


Gráfico 12. Agresores con un posible trastorno mental o psicológico

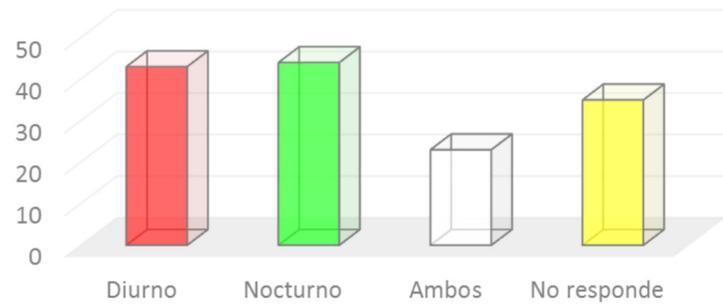


Gráfico 13. Turno durante la agresión

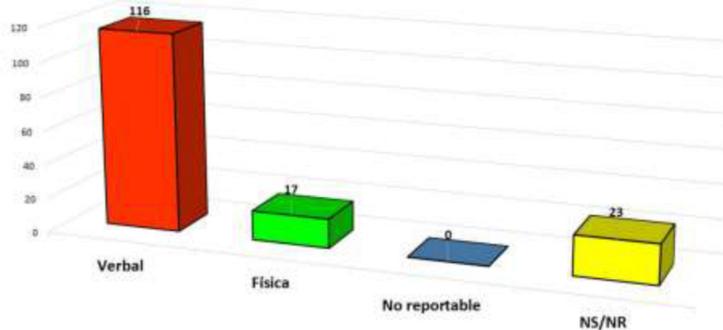


Gráfico 14. Productor de la agresión

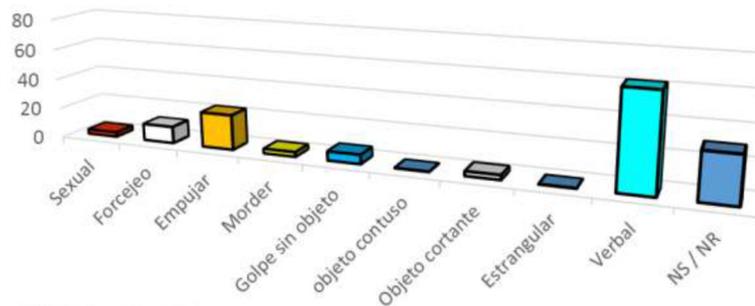


Gráfico 15. Forma de agresión

El presente trabajo tiene diferentes limitaciones para tomarlo como un reflejo de la situación nacional, entre los que encontramos que: 1) el número de encuestados pudiese ser muy pequeño en relación al total de personal de las salas de emergencia del país; 2) el Domingo Luciani es el hospital que atiende el mayor número de emergencias a nivel nacional; 3) los pacientes que

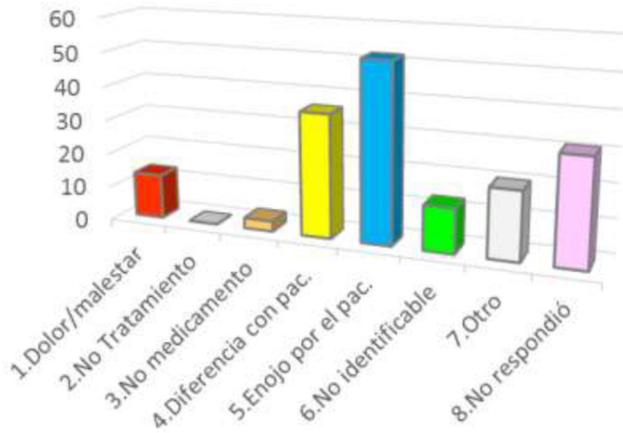


Gráfico 16. Provocador de la agresión

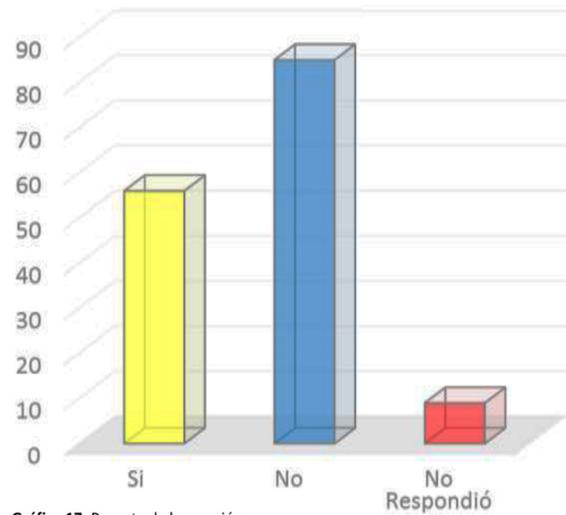


Gráfico 17. Reporte de la agresión

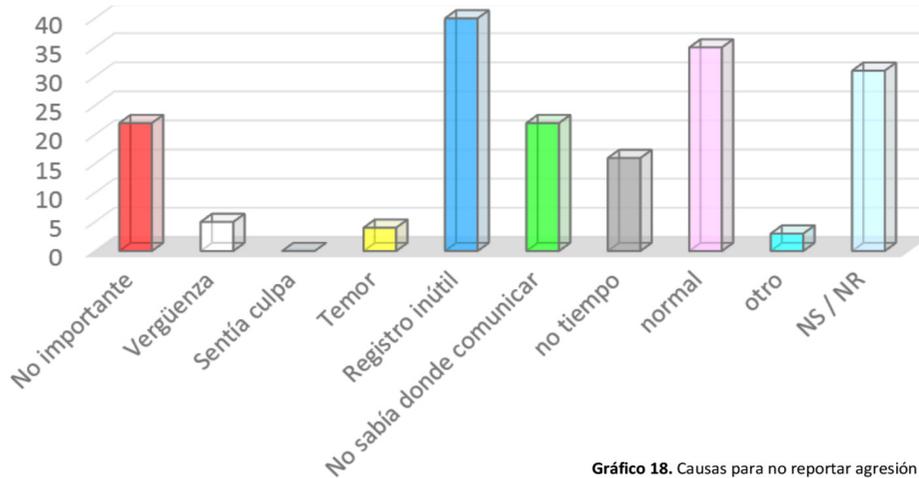


Gráfico 18. Causas para no reportar agresión

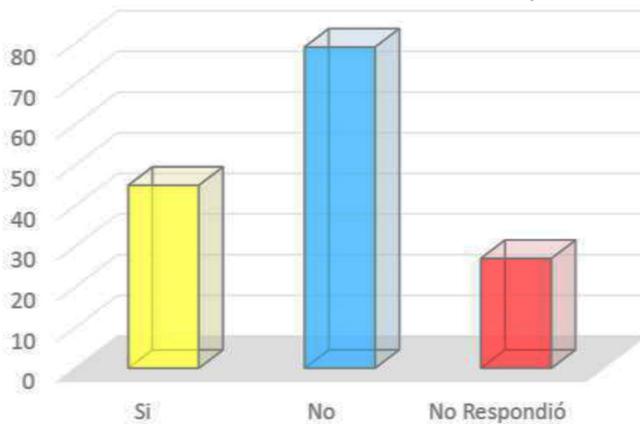


Gráfico 19. Intervención de fuerzas de seguridad

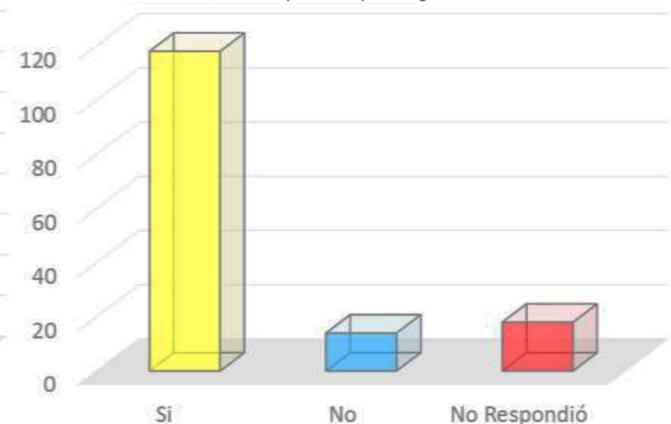


Gráfico 20. Percepción de aumento de violencia en el trabajo

son atendidos a nivel hospitalario pertenece a niveles socio-económicos medios y bajos, mientras que las salas de emergencia de los centros privados reciben pacientes de niveles medios y altos, lo que favorece la ocurrencia de hechos violentos; 4) este hospital también recibe el segundo mayor número de casos de emer-

gencias y especialmente de alto riesgo, lo que se asocia con un mayor nivel de estrés, tanto de los pacientes y sus acompañantes, como del personal de emergencia, y eso favorece la aparición de reacciones violentas.

Otra limitación importante es la falta de un registro formal

de los casos de violencia ocurridos en el hospital, lo que no permite establecer comparaciones contra otros servicios ni contra otros años.

Sin embargo, creemos que el presente trabajo puede servir como punto de partida para iniciar el registro sistemático de estos eventos, no solo en el mismo hospital, sino también en otros centros médicos públicos y privados a nivel nacional, y así inducir la elaboración de normas y procedimientos que resguarden la seguridad del personal que labora en las salas de emergencia, a nivel nacional.

Como se ha expuesto a lo largo del trabajo, la violencia en el medio laboral no es una novedad, sino todo lo contrario. Son muchos los determinantes sociales y culturales que intervienen e interactúan en el problema que nos ocupa, entre los que se pueden apuntar: - La violencia instalada en la sociedad, que se manifiesta en muy diversos ámbitos, y por supuesto también en el medio sanitario. - La pérdida de prestigio de la profesión médica y la pérdida de confianza por la distancia que se ha generado en la relación médico-paciente. - La falta de toma de conciencia de la otra cara de la moneda o la "factura" que todos hemos de pagar por esos logros: el escaso tiempo disponible para la visita. Sin embargo, este es un problema que exige un enfoque integral debido a todos los que intervienen en él, como son los factores sociales, económicos, organizativos y culturales, por lo que exige un enfoque integral.

La violencia en el trabajo no es un problema individual, sino estructural y estratégico que implica factores sociales, económicos, organizativos y culturales, por lo que exige un enfoque integral. Entre las causas de la agresión se han encontrado diversos motivos: largos tiempos de espera, insatisfacción con los tratamientos, incompatibilidad médico-paciente, influencia del alcohol o drogas, deficiencias en la comunicación y mal funcionamiento de un sistema sobre el que no ejercen control.

Frecuentemente el personal médico y de enfermería queda expuesto como la figura visible de una organización sanitaria y son quienes reciben las quejas, aunado al estrés por sobrecarga de trabajo puede llevar a conductas erróneas o desavenencias, las que precipitan respuestas o reacciones agresivas. La edad y la experiencia de las personas, es otro factor que puede aumentar o disminuir las posibilidades de agresión. La experiencia previa en el manejo de situaciones difíciles, que se asocian también con la edad, permite a los trabajadores reaccionar acorde a su experiencia.

En el contexto nacional, siendo Venezuela uno de los países más violentos de Latinoamérica según reportes de la ONU, y teniendo al Hospital Domingo Luciani como uno de los centros más emblemáticos de la ciudad capital, es de esperarse que las salas de emergencia de esta institución sean reflejo de lo vivido en sus alrededores. Sin embargo, no deja de ser una percepción sub-registrada.

Consideramos, sin esperar resultados espectaculares, que la aplicación del conocimiento psicológico puede ayudar en el manejo de situaciones conflictivas e incidentes críticos, media la metodología propia de la intervención en la crisis y de la psicología de las emergencias. Orientar y focalizar los esfuerzos y recursos a la formación en prevención de agresiones a los grupos de mayor riesgo: personal de enfermería y médicos jóvenes de los servicios de urgencias, también concienciarlos acerca de la importancia de la declaración, pues es la única forma de aplicar medidas de prevención. Plantear políticas institucionales de disminución de los tiempos de espera, habilitar consultas adecuadas que permiten el tránsito del personal sanitario por vías totalmente distintas a la de los usuarios, sistemas de vigilancia por cámaras de televisión, un plan de agresiones con un protocolo de registro de agresiones incluido en el sistema informático del hospital, asesoría jurídica y un sistema de comunicación al agresor y al profesional que ha sido víctima de violencia en el trabajo. Sin embargo, creemos que existe un elevado porcentaje de agresiones no registradas y esta investigación puede ayudar a conocer sus causas.

## REFERENCIAS

1. Musayón F, Caufield C. Workplace violence and drug use in women workers in a Peruvian Barrio. *International Nursing Review* 2007, 54(4):339-345.
2. Hoel H, Sparks K, Cooper CL. The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment, Report commissioned by the International Labour Office (ILO). Geneva: ILO; 2001.
3. Buinic, M., Morrison, A. y Shifter, M. La violencia en América Latina y el Caribe: un Marco de Referencia para la Acción. 1999 Banco Interamericano de Desarrollo Washington D.C
4. Burgos, M. y Paravic, T. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Rev. Ciencia y Enf.* 2003,9(2):29-42.
5. Oostrom J, Mierlo H. An Evaluation of an Aggression Management Training Program to Cope with Workplace Violence in the Healthcare Sector. *Research in Nursing and Health*, 2008, 31, 320-328.
6. Organización Internacional del Trabajo OIT, Consejo internacional de enfermeras CIE, Organización Mundial de la Salud OMS, Internacional de Servicios Públicos ISP, Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud (ILO/ICN/WHO/PSI). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra-2002.
7. Duncan Chappell y Vittorio Di Martino, Violence at work, por, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998, ISBN 92-2-1-110335-8.
8. Ferrinho P, Antunes A, Biscaia A, Conceição C, Fronteira I, Craveiro I. Workplace Violence in the Health Sector Portuguese Case Studies. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003.
9. Oostrom J, Mierlo H. An Evaluation of an Aggression Management Training Program to Cope with Workplace Violence in the Healthcare Sector. *Research in Nursing and Health*, 2008, Aug;31(4):320-8.

10. Mayhew C, Chappell D. Workplace Violence in the Health Sector-A Case Study in Australia. *Journal of Occupational Health and Safety - Australia and New Zealand*, 2003,19(6):5-44.
11. Rippon T. Agression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31(2):452-460.
12. COMB. Guía para prevenir y gestionar la violencia contra los médicos en el lugar de trabajo. *Quaderns de la bona praxi*. 2004;17:6.
13. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc)*. 2007 Mar 3;128(8):307-10
14. OMC. Estudio de agresiones. *Revista Oficial del Consejo General de Colegios de Médicos de España*. 2010;17:7.
15. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979
16. Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985.
17. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. En: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213-237.
18. Paredes y Paravic K. 2006; Paravic K, Valenzuela Suazo, S y Burgos Moreno, M. 2004.