

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Maestría de Salud Pública**

**Prevalencia de violencia física y/o psicológica hacia el personal de salud, del servicio de Emergencia del Hospital Enrique Garcés por parte de los pacientes y/o sus familiares durante el primer trimestre de 2017.**

**Ximena Jackeline Cobo Falcones**

**Bernardo Ejgenberg Mekler  
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito  
para la obtención del título de Magister de Salud Pública de la USFQ

Quito, 05 de mayo 2017

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**COLEGIO DE POSGRADOS**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Prevalencia de violencia física y/o psicológica hacia el personal de salud, del servicio de Emergencia del Hospital Enrique Garcés, por parte de los pacientes y/o sus familiares durante el primer trimestre de 2017**

**Ximena Jackeline Cobo Falcones**

Firmas

Bernardo Ejgenberg MD.

Director del Trabajo de Titulación

Fadya Orozco MD.

Directora de Maestría de Salud Pública

Jaime Ocampo Ph.D.

Decano del Colegio de Salud Pública

Nombre Decano del Colegio de Posgrados,

Hugo Burgos Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

**Quito, mayo 2017**

**© Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: Ximena Jackeline Cobo Falcones

Código de estudiante: 00116433

C. I.: 1716476914

Lugar, Fecha Quito, 05 de mayo de 2017

## DEDICATORIA

A todas las personas que están ahora y a las que ya no están, pero formaron parte de este trabajo, a todas ellas que con su granito de arena ayudaron a formar mi camino y a subir un escalón más en mi vida profesional, esto es para ustedes; la cosecha ha llegado y ha sido fruto de todos los buenos y los malos...

Y sobre todo para mi familia, que creyó en mí y me apoyó: esto es para todos ustedes, mi amor infinito y gratitud por siempre.

## **AGRADECIMIENTOS**

A pesar de las adversidades, las personas que me apoyaron, mis padres, mi esposo y mis hijos, se merecen mi gratitud por su compañía constante. Gracias al amor demostrado en la paciencia y el apoyo. A Mis amigos que siempre me ayudaron y acompañaron.

## RESUMEN

La violencia ejercida contra el personal de salud se puede convertir en un factor determinante de la salud, ya que la relación médico paciente puede presentar obstáculos por situaciones críticas como las que se viven en las salas de emergencia de hospitales.

La percepción acerca de la violencia que sufren los profesionales de la salud en las salas de emergencia se ha evidenciado a nivel mundial. Sin embargo, en el Ecuador no contamos con estadísticas concisas y claras que verifiquen que tan conflictivo y riesgoso para la salud física y mental de los profesionales del área puede ser brindar atención en las salas de emergencias que existen en el país.

El tener una estadística referencial en el Ecuador en una institución hospitalaria de segundo nivel de asistencia puede darnos una perspectiva para llevar a cabo acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Trabajo y los profesionales de la salud, que permitan manejar de forma adecuada el estrés, con enfoque educativo y preventivo.

Palabras clave: Violencia interpersonal, Violencia física, Violencia psicológica, Personal de Salud, Emergencia.

## ABSTRACT

Violence against health staff can become a determinant of health, since the patient doctor relationship may present obstacles due to critical situations such as those experienced in hospital emergency rooms.

The perception of violence suffered by health professionals in emergency rooms has been evidenced worldwide. However, in Ecuador we do not have concise and clear statistics to verify that it is so conflicting and risky for the physical and mental health of professionals in the area that it may be to provide care in the emergency rooms that exist in the country.

Having a benchmark statistic in Ecuador in a second-level hospital care institution can give us a perspective to carry out joint actions between the Ministry of Public Health, the Ministry of Labor and health professionals, to allow adequate management Stress, with an educational and preventive approach.

Key words: Interpersonal violence, Physical violence, Psychological violence, Health personnel, Emergency.  
n texto normal, debe ser una traducción al inglés precisa del resumen.

## Tabla de contenido

<b>Resumen</b> .....	<b>6</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>7</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>11</b>
<b>Antecedentes</b> .....	<b>11</b>
<b>Marco Teórico</b> .....	<b>15</b>
<b>Marco Referencial</b> .....	<b>15</b>
<b>Marco legal</b> .....	<b>18</b>
<b>Hospital Enrique Garcés</b> .....	<b>22</b>
Descripción .....	22
Equipamiento.....	23
Talento Humano.....	23
Consideraciones generales .....	24
<b>Marco Conceptual</b> .....	<b>25</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>27</b>
<b>Problema</b> .....	<b>28</b>
<b>Hipótesis</b> .....	<b>30</b>
<b>Pregunta</b> .....	<b>30</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>30</b>
Objetivo General .....	30
Objetivos Específicos .....	30
<b>Revisión de la literatura</b> .....	<b>31</b>
<b>Metodología y diseño de la investigación</b> .....	<b>34</b>
<b>Diseño de la investigación</b> .....	<b>34</b>
<b>Universo y período de investigación</b> .....	<b>34</b>
<b>Criterios de inclusión</b> .....	<b>34</b>
<b>Criterios de exclusión</b> .....	<b>34</b>
<b>Informe del Comité de Bioética</b> .....	<b>35</b>
<b>Recolección de datos</b> .....	<b>35</b>
<b>Herramientas y recursos a utilizar</b> .....	<b>35</b>
<b>Procesamiento y análisis de la información</b> .....	<b>36</b>
Definiciones .....	36
Escala SOAS R.....	38
<b>Resultados esperados</b> .....	<b>39</b>
<b>Cronograma</b> .....	<b>40</b>
<b>Presupuesto y financiación</b> .....	<b>40</b>
<b>Análisis de datos</b> .....	<b>41</b>
<b>Detalles del análisis</b> .....	<b>41</b>
<b>Discusión</b> .....	<b>68</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>69</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>71</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>74</b>
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b> .....	<b>78</b>



## ÍNDICE de TABLAS

Tabla # 1. Género del personal de emergencia HEG .....	41
Tabla # 2. Ocupación del personal de emergencia HEG.....	42
Tabla # 3. Grupos ocupacionales del personal de emergencia HEG .....	43
Tabla # 4. Descriptivos de la edad del personal de emergencia HEG .....	44
Tabla # 5. Rangos de edad del personal de emergencia HEG.....	44
Tabla # 6. Descriptivo del tiempo de trabajo del personal de emergencia HEG .....	45
Tabla # 7. Rangos del tiempo de trabajo del personal de emergencia HEG .....	45
Tabla # 8. Pregunta 1 " Provocación de la agresión" .....	47
Tabla # 9. Pregunta 2 "Medios usados por el agresor" .....	48
Tabla # 10. Pregunta 2- Categorías partes del cuerpo.....	49
Tabla # 11. Tipo de agresión por género.....	50
Tabla # 12. Tipo de agresión por grupo ocupacional .....	52
Tabla # 13. Tipo de agresión por rango de edad .....	53
Tabla # 14. Pregunta 3 "Objetivo de la agresión" .....	55
Tabla # 15. Pregunta 4 "Consecuencias para la víctima" .....	56
Tabla # 16. Pregunta 5 "Medidas para detener la agresión" .....	58
Tabla # 17. Gravedad de la agresión .....	61
Tabla # 18. Gravedad de la agresión según el género .....	62
Tabla # 19. Gravedad de la agresión por grupo ocupacional .....	63
Tabla # 20. Agresor del personal de salud .....	64

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura # 1. Género del personal de emergencia HEG.....	41
Figura # 2. Ocupación del personal de emergencia HEG .....	43
Figura # 3. Distribución en porcentajes de los grupos ocupacionales del personal de emergencia HEG.....	43
Figura # 4. Rangos de edad del personal de emergencia HEG <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
Figura # 5. Rangos de tiempo de trabajo del personal en emergencia .....	46
Figura # 6. Prevalencia de violencia del personal de emergencia HEG .....	46
Figura # 7. Distribución porcentajes de provocación.....	47
Figura # 8. Distribución del porcentaje del peso de provocación .....	48
Figura # 9. Tipos de violencia del personal de emergencia HEG .....	49
Figura # 10. Distribución en porcentajes del peso para medios usados por el paciente .....	50
Figura # 11. Tipo de agresión por género .....	51
Figura # 12. Porcentaje del tipo de agresión por género .....	51
Figura # 13. Porcentajes de agresión por grupo ocupacional.....	52
Figura # 14. Ocurrencias de tipo de agresión por grupo ocupacional.....	53
Figura # 15. Ocurrencia por tipo de agresión por rango de edad .....	54
Figura # 16. Porcentaje de tipo de agresión por rango de edad .....	54
Figura # 17. Porcentaje de objetivo de la agresión .....	55
Figura # 18. Porcentaje de consecuencias para la víctima .....	56
Figura # 19. Porcentaje de consecuencias para la víctima .....	57
Figura # 20. Medidas para detener la agresión.....	58
Figura # 21. Grupos de medios usados para detener la agresión .....	59
Figura # 22 Grupo de medios usados para detener la agresión según género.....	60
Figura # 23 Grupo de medios usados para detener la agresión según grupo ocupacional .....	60
Figura # 24. Ocurrencias por gravedad de la agresión .....	61
Figura # 25. Porcentaje de gravedad de agresión.....	61
Figura # 26. Porcentaje de gravedad por género .....	62
Figura # 27. Porcentaje de gravedad por rango de edad .....	63
Figura # 28. Porcentaje de gravedad de la agresión por grupo ocupacional.....	64
Figura # 29. Porcentaje de los agresores del personal de salud .....	65

# INTRODUCCIÓN

## Antecedentes

La violencia física y la violencia psicológica en el lugar de trabajo son un problema que sufren decenas de millones de trabajadores (Observatorio Permanente de riesgos psicosociales, 2006). De esta manera las personas se desmotivan, pretenden ausentarse de sus trabajos, no presentan un buen desempeño laboral y esto, a su vez, repercute en las empresas y a la economía en general.

En todas las profesiones existe riesgo de ser violentado, sin embargo los trabajadores de la salud son un grupo laboral muy expuesto a estas situaciones en su lugar de trabajo, de hecho, son las personas más vulnerables al ser objeto de violencia de forma física y psicológica en mayor proporción que en otros oficios y profesiones: a nivel mundial recibe la cuarta parte de violencia en el lugar de trabajo, siendo la más alta para los trabajadores (OIT, O., & CIE, I., 2002), (Baker, J., 2003), entre los grupos vulnerables se encuentran los comunicadores, los educadores y los taxistas con una proporción no tan elevada (OIT, O., & CIE, I., 2002).

La violencia al personal de salud por parte de los familiares y/o pacientes en los hospitales de los países en desarrollo y desarrollados de todo el mundo está en aumento y afecta a la cultura organizacional del lugar de trabajo.

En América Latina se ha podido evidenciar que el personal de salud, es más violentado que en otros trabajos (OPS., 2013).

Todos los grupos profesionales de la salud son afectados, sin embargo, enfermeras, médicos y paramédicos son los que presentan mayor frecuencia de actos

violentos por parte de familiares, y además se constata que las mujeres son más vulnerables a recibir este trato por los usuarios dentro de un hospital (WHO, 2002).

En el Ecuador se carece de datos oficiales sobre este tema y tampoco acerca de la situación en los servicios críticos de los hospitales. La situación de violencia ha sido invisibilizada en las estadísticas del sector salud, en la población demandante del servicio y en los mismos profesionales, tornándose natural y destructiva tanto para el talento humano especializado, como para la salud de la población.

De acuerdo al INCEC 2012, Guayaquil presenta un 26% de afluencia de pacientes a nivel nacional y Quito tiene un porcentaje de 19.64, prácticamente la mitad de las atenciones del país.

Más específicamente, en el Hospital Enrique Garcés, de la ciudad de Quito, existe una afluencia importante de pacientes en situaciones de emergencias provenientes del sector sur de la ciudad. Se tiene la percepción que el personal que labora en esta área es permanentemente violentado y en el año 2016 se han documentado tres casos en los que estuvieron involucrados profesionales de la salud y el personal de seguridad<sup>1</sup>, no obstante, debido a falta de seguimiento no se ha podido establecer sanción o corrección respectiva.

El Hospital Enrique Garcés más conocido como El Hospital del Sur, pertenece a la Red Pública Integral de Salud, dentro de la Zona 9, Distrito Metropolitano. Es un Hospital de Segundo Nivel II5, según la Tipología para Homologar Establecimientos de

---

<sup>1</sup> Se puede evidencia el video subido a YOUTUBE de uno de los casos, [https://www.youtube.com/watch?v=As7bBr5ED\\_M](https://www.youtube.com/watch?v=As7bBr5ED_M).

Salud por Niveles con Acuerdo Ministerial 5212, ubicado en Chilibulo, su área de afluencia en el Sur de Quito es; el Distrito 17D06 de Chilibulo a Lloa, con 31 Unidades Operativas (UO) y Distrito 17D07 de Chillogallo a la Ecuatoriana con 19 UO, del centro de Quito; el Distrito 17D04 Centro Históricos con 28 Unidades Operativas, afluencia desde Cantón Rumiñahui Distrito 1708 Conocoto a la Merced 10 UO, además del Distrito 17D11 el Hospital de Sangolquí y Machachi pertenecientes a la Zona 2, debido a georeferencia se reciben las atenciones. Solo en el sur de Quito la población aproximada es de 1'500.000 habitantes, que da cobertura el Hospital.

El Hospital está distribuido en 9 pisos y tiene una dotación de 329 camas hospitalarias y 40 no censables, brinda prestaciones de salud con 23 especialidades clínico, quirúrgico y gineco-obstétricas y 9 Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, mediante atención ambulatoria, internamiento y de y de emergencia, de enero a noviembre del año 2016 se dieron 136.376 Consultas Ambulatorias, 69.828 atenciones de Emergencia, 11.381 egresos hospitalarios, 2.568 partos y cesáreas y 43.373 cirugías.



## **Marco Teórico.**

La violencia interpersonal, se define como “los actos violentos cometidos por un individuo o un pequeño grupo de individuos” y comprende la violencia juvenil, la violencia contra la pareja, formas de violencia familiar como los maltratos de niños o ancianos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños.

También incluye la violencia en entornos institucionales como las escuelas, los lugares de trabajo, los hogares de ancianos o los centros penitenciarios. (OPS, 2002)

En el marco de una comprensión de la importancia de la violencia laboral, el modo de entender y la terminología específicos pueden variar de un país a otro y de una situación a otra (OIT, O., & CIE, I, 2002).

## **Marco Referencial.**

Se precisa comprender la importancia del factor violencia para la salud pública. El tema es problemático desde su origen ya que no existe un claro concepto, todo su alcance y las causas de la misma, principalmente porque esta tiene una evolución en la historia, aceptación social según el entorno, y depende de la concepción moral de ese entorno (WHO, 2002).

Más específicamente, la violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud (OIT, O., CIE, I, 2002). La violencia laboral puede afectar además al PIB de los países (Hoel, H., Sparks, K., Cooper, C., 2001) debido a que disminuye el desempeño de las personas que laboran.

Las consecuencias negativas de este tipo de violencia en el sector de la salud repercuten fuertemente en la prestación de los servicios y pueden dar lugar a deterioro de la calidad de los cuidados dispensados y a decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención (Gerberich, S., Church, T., & McGovern, M., 2004). Esto, a su vez, puede ser causa que se reduzcan los servicios de salud disponibles para la población en general, que acarrea el consecuente aumento de costos. Especialmente en los países en vías de desarrollo, la igualdad de acceso a la atención primaria de salud puede verse amenazada si los trabajadores de salud, que ya son un recurso escaso, abandonan su profesión por la amenaza de violencia (OIT, O., & CIE, I., 2002).

La violencia es un acto intencional que tiene varias teorías sobre los causales, se cree que comportamientos agresivos son resultados de un aprendizaje, o por la posibilidad de ausencia de consecuencias para el autor de un acto agresivo. “Entre fuentes de violencia existen las inequidades económicas y el inadecuado y desigual acceso a bienes y oportunidades” (Pérez, B., & Nogareda, C., 1998). Algunas causas de la violencia pueden ser inmediatas y fácilmente identificables, como conflictos con la autoridad, falta de comunicación; y otras difíciles de entender y verificar por lo tanto complicadas de prevenir

Europa es donde se registra gran prevalencia de violencia laboral, principalmente psicológica.

El Reino Unido presentó prevalentemente agresión verbal, seguido por Australia que presenta violencia física como psicológica, en los Estados Unidos, donde predominan las agresiones físicas y son la mitad de las denuncias de



trabajadores agredidos, teniendo 16 veces más riesgo de sufrir una agresión. En Chile, durante el año 2004 más de dos tercios de los profesionales de la salud han sido víctimas de violencia laboral, siendo esta de tipo psicológica (Riquelme, A., 2008). En Argentina hay un 60% de violencia al personal de salud siendo la más alta en la región, predominante en médicos, mientras que Brasil predomina la agresión a enfermeras y Costa Rica a médicos con 40%; y Perú 20% a enfermeras (WHO, 2002), (OPS, 2012). Es decir, tanto los países desarrollados y aquellos que se encuentran en vías de desarrollo presentan estadísticas de violencia hacia el personal de salud (Anexo 1).

Ecuador no tiene datos estadísticos oficiales sobre esta problemática, sin embargo, podemos evidenciar Síndrome de Burnout en varios lugares del país, definido como el agotamiento laboral, deshumanización hacia el paciente y falta de motivación del trabajo (Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M., 1986); siendo éste, generalmente, una consecuencia del estrés laboral que presentan los profesionales, con situación que los lleva a la extenuación y a la mala atención hacia sus pacientes.

En el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se encontró que los médicos traumatólogos de emergencia manifiestan en 52% de casos de Burnout (Quevedo, K., 2007); en el Hospital Homero Castanier Crespo en Azogues, las enfermeras alcanzan un 84% (Tenesaca, J. Ushca, M. & Valarezo, D. 2011) y en el Hospital Luis G. Dávila, ubicado en la ciudad de Tulcán, se demuestra que este síndrome se presenta en mayor afectación en el Servicio de Emergencia y Quirófano, afectando a las enfermeras (López, R. & Pezantes, M. 2013).

Las mujeres que trabajan en un hospital, sean médicos o enfermeras, tienen mayor riesgo de presentar violencia en su lugar de trabajo y tomando en cuenta la profesión, las enfermeras son las que más sufren de violencia laboral, razón por la cual estos gremios se han involucrado más en estos aspectos. (Gerberich, S., Church, T., & McGovern, M., 2004). En el Ecuador tenemos que 6 de 10 mujeres sufren cualquier tipo de violencia, evidenciándose mayormente en la urbe con 61% y siendo el 53% de tipo psicológica, presente en todos los quintiles que disminuye según la educación, sin embargo se evidencia que en casos de nivel educación media hasta la obtención de un postgrado existe entre 44 y 36% de prevalencia de violencia (INEC, I. 2011).

Los servicios críticos son los lugares hospitalarios donde mayor prevalencia de violencia hacia el personal de salud existe, principalmente la emergencia de los hospitales, 4 veces más que en otro lugar hospitalario. (Kowalenko, T., Gates, D., & Lee, G., 2013).

### **Marco legal.**

La prevención de la violencia laboral es una prioridad para la “Estrategia Comunitaria de Seguridad y Salud en el Trabajo”, que tiene un enfoque de la OIT y de la OMS, ya que la violencia en el trabajo representa un riesgo constante que sufren millones de trabajadores en el mundo. Políticas internas pueden prevenir la violencia exterior ya que se podría lograr controlarla acorde a la realidad de cada institución.

El Estado Ecuatoriano mediante Decreto Ejecutivo No. 620 el año 2007 declara a los Derechos Humanos y la erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres, como política de Estado.

La Constitución del 2008 reconoce a la Salud como un derecho garantizado por el Estado en el Artículo 32, y en su Artículo 66 reconoce y garantiza a las personas una vida libre de violencia en el ámbito público y privado y ordena la adopción de medidas para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia; en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes (Constitución de la República del Ecuador., 2008), además es suscriptor de convenios internacionales de Derechos Humanos para consagrar este derecho y el de una vida libre de violencia.

La Ley Orgánica de Salud 2010 en el Art. 6. Establece la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública para los programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia de todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables, además en el Art. 31. Se reconoce a la violencia como un problema de salud pública y la responsabilidad de todos los actores para disminuir todos los tipos de violencia, siendo en el Art. 32 que la atención debe ser garantizada por los servicios de salud y por el personal.

En el Art. 33 es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública junto el Ministerio del Interior y demás organismos competentes el implementar las normas de atención e instrumentos de registro de los innumerables tipos de violencia, en 2014 se aprueba y socializa la “Norma de Atención Integral de Violencia de Género”, en conjunto con el Ministerio del Interior y Ministerio de Salud Pública.

En el ámbito labora el Ecuador cuenta con la Ley Orgánica del Servidor Público, expedida en 2010, Ley aplicable para todos los trabajadores que tengan un cargo o función en el sector público, en esta legislación en cuanto a la violencia, en su

título III, capítulo 5 "Del cese de funciones de los servidores públicos", establece claramente en Artículo 47.- "Casos de cesación definitiva.- La servidora o servidor público cesará definitivamente en sus funciones en los siguientes casos:... ñ) Atentar contra los derechos humanos de alguna servidora o servidor de la institución, mediante cualquier tipo de coacción, acoso o agresión, para protección de los servidores públicos de agresiones por otros compañeros".

En los casos de agresión de un agente externo, existe el Artículo 232 del Código Penal, que indica: "El que faltare al respeto a cualquier tribunal, corporación o funcionario público, cuando se halle en ejercicio de sus funciones, con palabras, gestos o actos de desprecio, o turbare o interrumpiere el acto en que se halla, será reprimido con prisión de ocho días a un mes". Sin embargo este Código Penal fue reemplazado por el Código Integral Penal publicado en el 2014, mediante registro oficial N°180, donde no se encuentra ningún articulado sobre agresiones hacia los funcionarios públicos.

En el ambiente laboral pueden existir accidentes de trabajo, que ha cambiado la concepción de la "siniestralidad laboral" entendiéndola como consecuencia inevitable de una actividad laboral (Puyal, E., 2005). Ante este hecho se ha desarrollado, a nivel mundial, el entendimiento de los principales causales de este fenómeno, buscado alternativas para mitigarlos así como de acciones contingentes de los mismos.

La Constitución de la República en su artículo 326 numeral 5 "Toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar".

El Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo en decreto Ejecutivo 2393 del 2006, establece la normativa para mantener la seguridad y la salud de todos los trabajadores en las entidades públicas y privadas, de cumplimiento obligatorio, donde se requiere la formación del Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene, conformado por los Ministerios de Trabajo y Recursos Humanos; Salud Pública; Industrias, Comercio, Integración y Pesca; Energía y Minas; y, Bienestar Social, para el cumplimiento de la norma.

En la Resolución C.D. 390 Reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo 2011, donde se explica la Enfermedad Profesional u Ocupacional establece que las afecciones agudas o crónicas, causadas de una manera directa por el ejercicio de la profesión o trabajo que realiza el trabajador y que producen incapacidad, son las que se pueden prevenir, mediante el cumplimiento de las normas.

Básicamente cumpliendo con los principios de seguridad institucionales, incluida la capacitación y el compromiso personal se puede tener un ambiente laboral sano, donde el respetar los derechos a trabajar en lugares dignos y sanos, de las personas, permite el continuo crecimiento institucional sin perjudicar a la fuerza de trabajo y la no baja de trabajadores.

## Hospital Enrique Garcés

### Descripción

El Hospital Enrique Garcés con 34 años de funcionamiento y actualmente en cumplimiento a la norma actual vigente del Sistema de la Red Pública Integral de Salud, cuenta únicamente con dos entradas para ingreso de pacientes; Consulta Externa con el Sat Rec (Sistema implementado para el agendamiento de citas ambulatorias entre las dependencias de la Red Pública Integral de Salud) y el Servicio de Emergencia (MAIS. 2013).

La Emergencia recibe a pacientes que acuden y son clasificados según el triaje de Manchester pudiéndose clasificar en pacientes; Críticos, Emergentes, Urgentes, y Ambulatorios.

Los traumatismos leves, moderados y graves son primera causa de ingreso según el perfil epidemiológico de enero a noviembre de 2016.

Este servicio se encuentra en el primer piso con acceso de ambulancia de los nueve pisos que forman el Hospital, está formado por tres áreas específicas, Cuidados Adultos, Niños y Gineco-obstétricos, con un total de 35 camas no censables como dotación; en el área de adultos existe un área de triaje, shock trauma, 2 consultorios, sala de observaciones (hombres y mujeres) destinada para atenciones de menos de 24 horas, existe un área de tratamientos, una sala de críticos y un cuarto de procedimientos. El área pediátrica tiene sectores triaje, tratamientos y observación y el área de Ginecoobstetricia tiene también triaje y un consultorio.

Además se cuenta con área de Admisiones, una Sala de Espera para pacientes sentados con una capacidad para 51 personas.

**Equipamiento.**

La emergencia se encuentra dotada con equipamiento según las normas, el cuarto de críticos tiene monitores para signos vitales, coche de paro, electrocardiograma para la atención de varios pacientes. Se posee además un ecógrafo y un glucómetro para la atención de pacientes, conjuntamente cuenta con 3 ambulancias para el traslado de pacientes.

**Talento Humano.**

El personal que trabaja en el Servicio de emergencia, según el Manual de descripción, valoración y clasificación de puestos de Hospitales 2013, tienen varias denominaciones del personal operativo relacionados directamente con la atención y cuidados del paciente.

Se cuenta con 51 médicos divididos como 19 médicos especialistas, (emergenciólogos, cirujanos, ginecólogos y pediatras) y 32 médicos asistenciales. Hay 32 licenciados y licenciadas en enfermería, 29 auxiliares de enfermería, 15 camilleros, 1 trabajadora social, 3 paramédicos, 5 conductores de ambulancia.

El servicio además cuenta con personal administrativo; 5 de información de emergencia, 5 atención al usuario, 5 auxiliar de farmacia, 3 guardias de seguridad por turno que no pertenece a la dotación del personal.

Todos los funcionarios están en relación de dependencia del Hospital excepto guardias de seguridad que pertenecen a los servicios externalizados de guardiana por lo que deben cumplir con el perfil desempeñado para el ingreso al Ministerio de Relaciones Laborales.

Como parte de la política organizacional del Hospital, y en cumplimiento de la normativa vigente, el personal se mantiene en capacitaciones continuas sobre temas hospitalarios, técnicos y administrativas, trimestralmente como mínimo, según cronograma de capacitaciones programado por Talento Humano.

El personal cumple el horario según la ley, los trabajadores son de la LOSEP y del Código del Trabajo, siendo así que médicos (especialistas y generales), enfermeras, trabajadoras sociales, personal de atención al usuario e información 160 horas al mes, auxiliares de enfermería 120 horas y camilleros 144 horas. Estos se cumplen en horarios rotativos de máximo 12 horas.

Talento Humano de la institución, tiene el Manual de Salud y Seguridad Ocupacional, no existe protocolos para la protección del personal de salud ante acciones violentas por parte de los pacientes o familiares.

### **Consideraciones generales.**

El Hospital Enrique Garcés, al momento tiene una brecha de especialistas y en emergencia se requiere llenar 20 vacantes de enfermeras y 12 auxiliares de enfermería.

En base a la infraestructura, equipamiento y al desarrollo de las actividades en este servicio, los riesgos laborales basado en la Evaluación de Riesgos determinada por el Ministerio de lo Laboral, y con El Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo, el personal médico de la emergencia tiene riesgo a factores físicos, ergonómicos, biológicos y psicosociales, siendo este el más importante, según Seguridad y Salud Ocupacional del Hospital Enrique Garcés y en cumplimiento de la norma.



## Marco Conceptual.

Las salas de emergencias son los lugares más propicios para incidentes violentos hacia el personal de salud, por parte de los pacientes o de sus familiares, 2% más riesgo que en otras instalaciones de trabajo en salud, con un mayor riesgo de agresión física (75%), enfermeras son agredidas el doble a otras profesiones (59%) (Kowalenko, T., Gates, D., & Lee, G, 2013).

Se puede clasificar a la violencia laboral por el agente causal y por la naturaleza de la agresión.

- A. La violencia laboral ocasionada por el agente causal, acorde a la relación que el profesional de la salud tenga con el mismo, se divide en dos: violencia exterior y violencia interior.
  - La violencia exterior es causada por una persona que no tiene relación directa de trabajo. Se subdivide en dos, *Tipo I*: el causante no tiene ninguna relación y tampoco es parte del lugar de trabajo; *Tipo II*: el causante no forma parte de la empresa pero tiene relación al servicio que ofrece, en este caso encontramos al personal de salud (Observatorio Permanente de riesgos psicosociales, 2006).
  - La violencia interior, o *Tipo III*, es causada por un integrante del trabajo quien tiene como objetivo un compañero de trabajo de igual jerarquía o superior. (Observatorio Permanente de riesgos psicosociales, 2006).
- B. Por la naturaleza de la agresión encontramos tres tipos de violencia (Observatorio Permanente de riesgos psicosociales, 2006).

- Violencia física es ejercer fuerza física o material que produce traumatismo o lesión de modo inmediato, que puede llevar en algunos casos a la muerte, y a la vez produce daños psicológicos y morales (Observatorio Permanente de riesgos psicosociales, 2006), (Organización Panamericana de la Salud, 2002).
- Violencia psicológica se basa en comportamientos que llevan al desequilibrio sensorial, cognitivo y emocional (Observatorio Permanente de riesgos psicosociales, 2006), puede ser compulsiva, que además de agresiones verbales se complementa con gestos.

La violencia psicológica se ha minimizado durante largo tiempo y ahora es un problema prioritario del lugar de trabajo. Asimismo se reconoce cada vez más que la violencia psicológica personal se ejerce muchas veces mediante un comportamiento repetido, de un tipo que, en sí mismo, puede ser relativamente poco importante pero que, al acumularse, puede llegar a ser una forma muy grave de violencia (OIT, O., & CIE, I., 2002).

- Violencia moral es el abuso que agrede a los derechos de la persona, acoso sexual, y la violencia patrimonial; que puede con el tiempo ejercer daño psíquico (Observatorio Permanente de riesgos psicosociales, 2006).

Habitualmente el personal de salud sufre violencia tipo II que puede ser física o psicológica, lo que puede producir desgano hacia el trabajo, situaciones de

impotencia, desesperación y abandono del trabajo. (Franz, S., Zeh, A., Schablon, A, 2010).

## **Justificación**

En el Ecuador las estadísticas de muerte violenta tiene una tendencia a disminuir de lo que va del 2008 de 18 por 100.000 habitantes a 8.2 en 2014 (Grupo Banco Mundial., 2017). El Ministerio del Interior en su página oficial reporta una reducción de la tasa de muertes violentas de 53% menos en el primer trimestre del 2016 desde el año 2012 al año 2016.

Los trabajadores del Ecuador en el 2014 tuvieron 22.861 siniestros laborales, los cuales fueron 97% accidentes de trabajo y 3% enfermedades laborales, incluidas los incidentes violentos reportados (IEES., 2014).

Como se ha visto, existen varias formas de violencia laboral que afectan a distintos grupos de trabajadores, sin embargo el personal de salud es una población clave por ser un determinante social de salud, dentro de los servicios que presta este sector. Visibilizar la violencia que sufren diariamente en el desempeño de sus labores puede ser, determinante en la salud de la población, tanto en el acceso al servicio como en adherencia, continuidad y efectividad de mismo.

El personal de salud, en el que se incluyen médicos, enfermeras, paramédicos y auxiliares de enfermería, son trabajadores vulnerables a violencia, en la mayoría de países según el Informe sobre la violencia y la Salud del 2002 de la OPS.

Reconocer que en nuestro país los trabajadores de la salud pueden ser víctimas de violencia física y/o psicológica, por parte de los enfermos y/o de sus acompañantes es necesario para mejorar la calidad de vida laboral de este talento

humano y por consiguiente, la calidad de atención hacia nuestra población, mejorando también la salud de los ecuatorianos.

En Quito donde se recibe la quinta parte de las atenciones nacionales, el Hospital Enrique Garcés tiene la más amplia designación territorial por ser el único Hospital del Sur de la Ciudad, tanto del Ministerio de Salud como del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

La Emergencia del Hospital Enrique Garcés tiene un alto grado de interacción médico paciente y una elevada demanda de atenciones: e.g., 1275 atenciones en Emergencia en la semana epidemiológica No 5 (29 Ene 2017 – 19 Feb 2017) vs. 233 pacientes hospitalizados durante el mismo periodo. Además es el servicio con mayor dotación de profesionales que en otras áreas hospitalarias del Enrique Garcés.

De tal modo, empezar un estudio que identifique una problemática no visibilizada y proponga medidas preventivas y correctivas en un hospital de la capital puede ser la base para un seguimiento nacional que permita constatar la realidad que vive el personal de salud en el desempeño de su labor diaria en la actualidad.

## **Problema**

La Organización Mundial de la Salud en el año 2002 genera el “Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud”, donde se abre un panorama integral de la violencia, desde su naturaleza hasta sus grandes repercusiones a la salud de las personas, las familias y las comunidades.

A nivel mundial se evidencian cifras alarmantes sobre la violencia que sufren los trabajadores de la salud en sus lugares de trabajo.

La violencia hacia el personal de salud puede afectar tanto el desempeño laboral de este recurso, como la calidad de atención brindada hacia los usuarios y el acceso a servicios de salud (Baker, J., 2003).

Esto puede generar, además, Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud deteriorando aún más la relación con el paciente.

En los servicios críticos de Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos y Quirúrgicos, los familiares de los pacientes presentan altos grados de estrés y exigen prioridad de atención sin racionalizar sus actos. Así, demostrar el problema de la relación del personal de salud, en los Hospitales, con los usuarios de un servicio crítico, como emergencia, es imperante para considerar el riesgo laboral, además de las consecuencias que esto puede tener hacia el desempeño y prestaciones de salud.

El personal de salud de Quito, específicamente en el Hospital Enrique Garcés, es una población relevante por ser la segunda ciudad con atención a pacientes a nivel nacional y por tener toda la afluencia del sur de la ciudad y aledaños por ser el único Hospital del MSP y del IESS en el sur de la capital.

Determinar la prevalencia de la violencia en el servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés es importante y necesario para establecer un precedente a nivel nacional de la existencia de este problema y es factible debido a que es un Hospital docente e investigativo, donde la importancia del bienestar de su personal y de sus usuarios es prioridad para la institución y la comunidad. A pesar de ser servicios que se encuentran muy ocupados siempre el personal de salud está dispuesto al cambio, es innovador y le gustan los retos.

## **Hipótesis**

El personal de salud del Hospital Enrique Garcés que trabaja en el Servicio de Emergencia, ha sufrido violencia física y/o psicológica en los últimos tres meses por parte de los pacientes y/o de sus familiares.

## **Pregunta**

¿Qué porcentaje del personal de salud del Hospital Enrique Garcés que trabaja en Emergencia ha sufrido violencia física y/o psicológica en los últimos tres meses de trabajo por parte de los pacientes o de sus familiares?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar la prevalencia de violencia física y/o violencia psicológica y gravedad hacia el personal de salud que labora en el área de emergencia del Hospital Enrique Garcés por parte de familiares o pacientes que son atendidos, durante un período de 3 meses, para determinar el riesgo laboral al que están expuestos.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar qué personal de salud es más violentado en el servicio de emergencia según profesión, edad, género y determinar quiénes son los agresores.
- Determinar las causas de la violencia de la que el personal de emergencia es objeto.
- Analizar las reacciones del personal de salud frente a la violencia y determinar mecanismos de protección para ellos.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

La violencia a través de la historia, no tiene una definición clara o específica, por lo que no se visibiliza un problema en sí, ante este comportamiento, esto se debe principalmente a la concepción moral individual y colectiva al paso de la historia, para decidir si una acción es violenta.

En 2002 la Organización Mundial de la Salud definió a la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, 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”.

Según la OMS se puede clasificar a la violencia en tres grandes grupos, auto infringida, interpersonal y colectiva; a su vez la violencia interpersonal tiene dos sub grupos, la familiar y la de la comunidad; los trabajadores expuestos a cualquier agresión o violencia generados por “extraños”, se encuentran en este último grupo.

La Organización Internacional de Trabajadores, OIT, creada en 1919, para generar un trato digno a los trabajadores luego de la primera guerra mundial, en el 2003 contextualiza la importancia de mantener lugares seguros para los trabajadores, tanto para su salud física y mental, que no afecte a los individuos ni a los colectivos (Violencia en el Lugar de Trabajo).

En el 2002 la OIT, la OMS, el Consejo Internacional de Enfermeras CIE e Internacional de Servicios Públicos ISP, generan “Directrices Macro para afrontar la Violencia Laboral en el Sector Salud”, con el objetivo de prevenir, tratar, mitigar las

consecuencias y generar iniciativas en los lugares de trabajo de los trabajadores de salud.

Reconocer e identificar cuáles son los puestos de salud expuestos al riesgo de violencia y es responsabilidad de las entidades sanitarias enfocarse en que el riesgo no es igual en todas las áreas, siendo mayor en las salas de emergencia y de cuidados críticos.

El riesgo de sufrir algún tipo de violencia los trabajadores de salud depende de varios factores, como lugares de trabajo en regiones urbanas, muy pobladas y con tasa alta de criminalidad, además brechas profesionales que sobrecargan a los profesionales, recursos insuficientes o inadecuados y además culturas tolerantes a la violencia (OIT, O., & CIE, I., 2002).

En el 2006 la OMS reconoce el riesgo que los profesionales de la salud tienen en su trabajo diario de sufrir violencia y que conlleva a bajas por enfermedad, desgaste, rotación alta en el personal, ausentismo.

Los trabajadores de la salud están expuestos a varios peligros importantes, debido a los riesgos ocupacionales inherentes del campo laboral, incluyéndose factores psicosociales de las relaciones interpersonales, toma de decisiones complejas, trabajo a presión, turnos rotativos y nocturnos, factores de estrés por la carga laboral, según la evaluación de riesgos del trabajo.

Pero eso no es la única consecuencia los servicios de salud pueden disminuir su calidad y peor aún no contar con servicios de salud por ausencia de profesionales, principalmente en hospitales docentes o con un número de ingresos elevados (OIT, O., & CIE, I., 2002), (OMS, 2006).



La OMS en el 2007, promueve mediante La Asamblea Mundial de la Salud, el “Plan de Acción Mundial De Los Trabajadores”, entre estos a disminuir al mínimo los niveles de riesgo del personal de la salud.

Las consecuencias de la violencia hacia los trabajadores pueden generar daños en los individuos y en las organizaciones, generando a más de mala salud física y mental en los trabajadores, roturas en las organizaciones y disminución de la producción de los países.

## **METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Diseño de la investigación**

El presente estudio descriptivo transversal es para determinar la prevalencia de violencia física y/o psicológica cuantitativamente en Emergencia del Hospital General Enrique Garcés y la gravedad de las agresiones en los trabajadores.

### **Universo y período de investigación**

El universo es la totalidad de personal de salud del hospital perteneciente al servicio de Emergencia que trabajó durante el período de enero a marzo de 2017 (3 meses).

### **Criterios de inclusión**

La encuesta se realizó a todo el personal del servicio de Emergencia (145 trabajadores de la salud) independientemente de su condición (personal médico, enfermería, auxiliares de enfermería, etc.), que trabajen mínimo 3 meses en el servicio en forma continua.

### **Criterios de exclusión**

No se encuestará al personal de atención al usuario del triaje, personal de admisiones de emergencia y a guardias de seguridad, debido a su alta rotación por todos los servicios del Hospital Enrique Garcés. Además al personal que se niega a participar y personal en uso de licencia regular en este período.

## **Informe del Comité de Bioética**

La investigación es aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito, por cumplir los requisitos de confiabilidad y seguridad de sus participantes.

## **Recolección de datos**

Los datos de la encuesta son recogidos por el investigador principal y se obtendrán datos demográficos básicos (número de encuestados, rango de edad, género, tiempo de trabajo), frecuencias de respuestas considerando estadística descriptiva (promedio, media, moda) por cada pregunta. De acuerdo a estas estadísticas se determinan la prevalencia de violencia física y/o psicológica (variable primaria). Además, considerando los mismos datos se sugerirán cuáles son los posibles determinantes de la violencia, las reacciones más comunes del personal encuestado hacia las mismas, consecuencias al trabajador y gravedad de la agresión (variables secundarias).

## **Herramientas y recursos a utilizar**

Se trabajó con la encuesta The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS R) traducida, instrumento mejorado del creado para monitorear la frecuencia, naturaleza y gravedad de los incidentes agresivos, hacia el personal en salas de hospitalización psiquiátrica (Anexo2), que se tradujo y se adaptó para determinar el agresor (Anexo 3).

Se explica del estudio mediante información verbal por parte del investigador principal y con el consentimiento informado de participar en la investigación, el cual además deberá ser autorizado (Anexo 4).

Se realizará el procesamiento de las encuestas en un archivo Excel para la tabulación, verificación de datos y análisis de los mismos.

### **Procesamiento y análisis de la información**

Se encuestaron a 126 trabajadores del área de Emergencia del Hospital Enrique Garcés en el período de enero a marzo de 2017, con sus respectivos consentimientos informados, se tabularon los resultados, se los analizó mediante medidas estadísticas descriptivas y se determinó el peso total de cada participante en la encuesta para determinar la gravedad de la agresión.

#### **Definiciones**

- Personal de Salud, es toda persona que trabaja en relación de dependencia del Hospital Enrique Garcés, del servicio de emergencia.
- Agresor, es toda persona que realiza un ataque amenazante o causante de daño al personal de salud tanto psicológico o físico.
- Tiempo de trabajo, se determina en años o meses, es el tiempo ininterrumpido de trabajo en el área de emergencia.
- Médico asistencial, es el médico general que ejerce su profesión en el área de emergencia.
- Médico tratante, es el médico especialista en cualquier rama de la medicina y con mayor experiencia laboral.

- Prevalencia es el número de casos presentados durante un periodo de tiempo que se calcula con el número total de casos en ese período determinado para el total de la población presente en ese mismo período.
- Provocación, es el causante que determinó la agresión al personal de salud por parte del paciente o familiar.
- Medios usados por el paciente, son las formas de agresión al personal de salud que pueden ser: verbal, uso de objetos ordinarios, uso de partes del cuerpo y objetos o métodos peligrosos
- Objetivo de la agresión, determina a quién o qué iba dirigida la agresión
- Consecuencias para la víctima, los resultados de la agresión trajo o no algún tipo de efecto.
- Medidas para detener la agresión, son los medios que usaron el personal de salud para evitar que le ataque el familiar o el paciente.
- Peso del SOAR R, es la suma de los valores determinados por la escala para determinar la gravedad de agresión.
- Gravedad de agresión, es el total sumado de la agresión y dividido en 3 rangos (leve, moderado y grave).

Las situaciones representadas como frecuencias u ocurrencias por pregunta no corresponden al número de personas, sino son el número de las diferentes variedades que caracteriza la agresión de cada pregunta mediante la encuesta.

### Escala SOAS R

El SOAS R tiene 5 preguntas, con diferentes opciones para elegir; “1.Provocación” con 6 opciones elegibles, “2.Medios usados por el paciente” con 11, “3. Objetivo de la agresión” tiene 6 opciones, “4.Consecuencias para la (s) víctimas” con 9 y “5. Medida (s) para detener la agresión” con 9 opciones.

Las opciones para elegir de cada pregunta tienen un puntaje asignado, para considerar en la escala la gravedad de la agresión, en la pregunta Nro. 1 de Provocación, en la que se trata de determinar los causantes de la agresión tenemos: No existe provocación comprensible con un valor asignado de 1 punto, Provocación por: Otro (s) pacientes (0), paciente usó drogas o alcohol (0), al paciente se le niega algo (0), El personal requiere que el paciente tome medicación (2) y Otras provocaciones (0).

En la pregunta Nro. 2 Medios usados por el paciente se puede determinar el tipo de agresión; agresión verbal con 2 puntos, en la agresión física se tiene el uso de objetos como; sillas 1 punto, cristales o cristalería (1), otros (1); partes del cuerpo todos asignados con 2 puntos cada uno, como: mano (golpeando, puñetazo), dientes (mordiendo), otras partes; o el uso de objetos o métodos peligrosos cada uno con un valor asignado de 3 puntos como: cuchillo, estrangulación u otros.

En la pregunta Nro. 3 que verifica el Objetivo de la agresión, determina cual era el fin de la agresión, teniendo a: nada o nadie con 3 puntos, a otros pacientes con 2 puntos, el propio paciente 3 puntos, miembro (s) del personal 3 puntos y otras personas 4 puntos.

En la pregunta Nro. 4 Consecuencias para la víctima las opciones son: sin consecuencias 0 puntos, Objetos: dañado, no reemplazado o reemplazado cada uno

con 4 puntos, y consecuencias para las personas: se sintió amenazado 6 puntos, dolor menor a 10 minutos, dolor mayor a 10 minutos, lesión visible, necesita tratamiento, necesita tratamiento por un médico, todos con un puntaje de 9 puntos.

En la última pregunta de Medidas usadas para detener la agresión se midió: ninguna con 0 puntos, hablar con el paciente (0), tranquilamente alejarse (0), dar medicación oral o medicación parenteral 2 puntos cada uno, retenerlo con fuerza (4), reclusión / aislamiento (puerta cerrada) (4), restricciones físicas (4), otras medidas (2).

Se estableció una escala arbitraria basada en máximo de 50 puntos, basado en la sumatoria, que se divide en 3 categorías que corresponde a leve de 2 a 20 puntos, moderada de 21 a 35 puntos y grave de 36 a 50.

Mediante la pregunta “agresor”: paciente y/o familiar, se verificará quien causa la agresión al personal.

## **Resultados esperados**

El presente estudio espera encontrar que el personal de salud de emergencia del Enrique Garcés ha experimentado violencia verbal o física por parte de los familiares o pacientes, para cuantificarla y caracterizar sus patrones. Además proponer las recomendaciones que surjan de la investigación.

## Cronograma

CRONOGRAMA	AÑO 2017							
	Enero	Febrero	Marzo	20/03	23/03	06/04	Abril	Mayo
	1	2	3	4	5	6	7	8
Descripción del proyecto de titulación	X							
Desarrollo del proyecto		X						
Levantamiento de las encuestas			X					
Tabulación de datos				X				
Análisis de resultados					X			
Conclusiones y recomendaciones						X		
Revisiones							X	
Presentación								X

## Presupuesto y financiación

El actual proyecto es financiado totalmente por el autor del mismo, en el que se empleará un presupuesto aproximado de 150 dólares.

Rubro	Costo (en dólares)
Transporte	\$ 30,00
Papelería e impresiones	\$ 30,00
Internet y telefonía	\$ 25,00
Empastado	\$ 60,00
Total aproximado	\$ 145,00



## ANÁLISIS DE DATOS

### Detalles del análisis.

Se encuestaron a 126 personas trabajadoras de la emergencia del Hospital Enrique Garcés, 9 personas se negaron a participar en el estudio: 5 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería, además 10 personas se encontraban haciendo uso de sus vacaciones al momento de las encuestas: 2 enfermeras, 3 auxiliares de enfermería y 5 camilleros. Es decir con una pérdida de 19 participantes del universo.

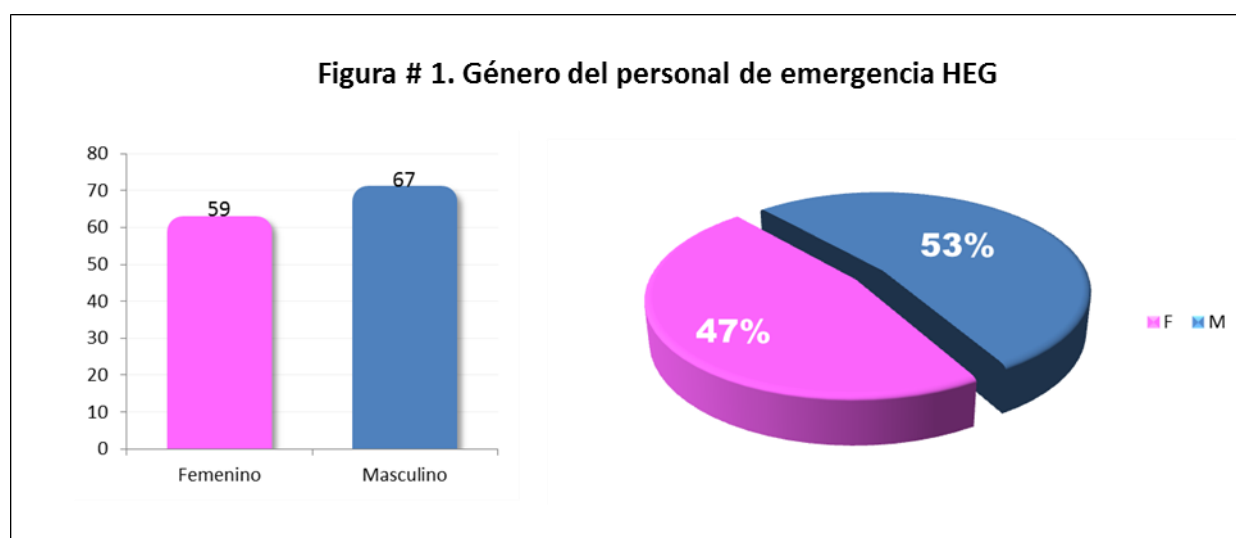
De los 126 participantes 59 son mujeres y 67 son hombres, 53% género masculino y 47% género femenino (Tabla 1 y Figura 1).

**Tabla # 1. Género del personal de emergencia HEG**

**Tabla 1.**

*Género trabajadores emergencia HEG*

<b>Género</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	59	47
Masculino	67	53
<b>Total general</b>	<b>126</b>	



**Figura # 1. Género del personal de emergencia HEG**

Participaron 51 médicos (32 médicos asistenciales, 19 médicos tratantes), 25 enfermeras, 22 auxiliares de enfermería, 9 camilleros, 5 auxiliares de farmacia, 5 personas de información de emergencia, 5 conductores, 3 paramédicos, 1 trabajadora social. (Tabla 2 y Figura 2).

**Tabla # 2. Ocupación del personal de emergencia HEG**

**Tabla 2.**

*Ocupación del Personal de Emergencia*

<b>Ocupación</b>	<b>Participantes</b>
MEDICO ASISTENCIAL	32
LICENCIADO/A EN ENFERMERIA	25
AUXILIAR DE ENFERMERIA	22
MEDICO TRATANTE	19
CAMILLERO	9
INFORMACIÓN EMERGENCIA	5
CONDUCTOR	5
AUXILIAR DE FARMACIA	5
PARAMEDICO	3
TRABAJADORA SOCIAL	1
<b>Total general</b>	<b>126</b>

Figura 2. Ocupación del personal de salud de emergencia HEG

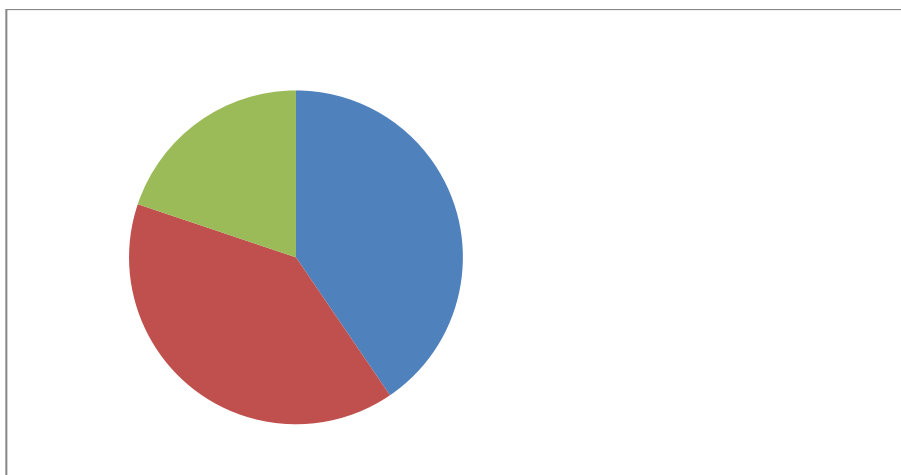
**Figura # 2. Ocupación del personal de emergencia HEG**

Se estableció 3 (tres) grupos ocupacionales, “médicos” que incluyen a médicos asistenciales y tratantes, “enfermería” en el que están enfermeras/os, auxiliares de enfermería y paramédicos, y por último “otros” donde se incluyeron a camilleros, conductores, auxiliar de farmacia y trabajadora social. Se encontró que el 40% son profesionales médicos (51), 40% profesionales de enfermería (50) y 20% otros (25), (Tabla 3 y Figura 3).

**Tabla # 3. Grupos ocupacionales del personal de emergencia HEG**

**Tabla 3.**  
*Grupos ocupacionales del Personal de Emergencia*

<b>Grupo Ocupacional</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Médicos	51	40
Enfermería	50	40
Otros	25	20
<b>Total general</b>	<b>126</b>	



**Figura # 3. Distribución en porcentajes de los grupos ocupacionales del personal de emergencia HEG**

La edad de los participantes se encontró una mínima de 23 años y una máxima de 64 años, un promedio de 38 años, moda de 28 y mediana de 36 (Tabla 4), se manejó en 2 (dos) rangos, de 23 a 40 y 41 a 64, donde se encontró que el 67% de

los trabajadores se encuentran en una edad de 23 a 40 años y 33% entre 41 a 64 (Tabla 5 y Figura 4).

**Tabla # 4. Descriptivos de la edad del personal de emergencia HEG**

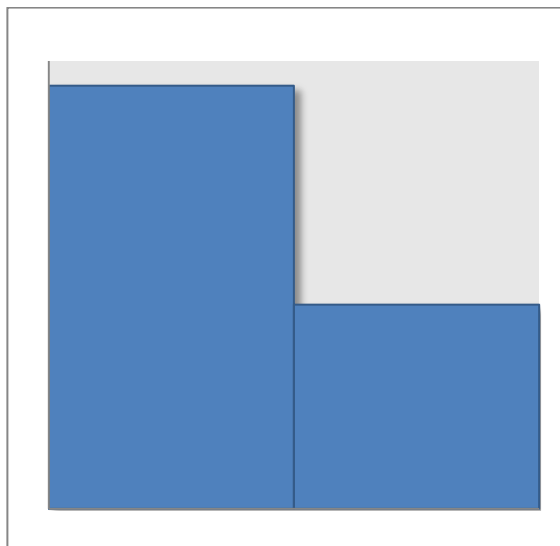
<b>Tabla 4.</b>	
<i>Descriptivos de edad</i>	
Promedio	38
Mediana	36
Moda	28
Mínima	23
Máxima	64

**Tabla # 5. Rangos de edad del personal de emergencia HEG**

**Tabla 5**

*Rangos de edad del personal de emergencia HEG*

<b>Rango de edad</b>	<b>Ocurrencias</b>
23-40	85
41-64	41
Total general	126



**Figura # 4 Rangos de edad del personal de emergencia HEG**

El tiempo de trabajo en emergencia del personal es de un mínimo de 3 meses y máximo 34 años, un promedio de 6 años, moda de 1 año, mediana de 3 años (Tabla 6).

**Tabla # 6. Descriptivo del tiempo de trabajo del personal de emergencia HEG**

**Tabla 6.**

*Descriptivos tiempo de trabajo*

Promedio	6
Mediana	3
Moda	1
Mínima	23
Máxima	64

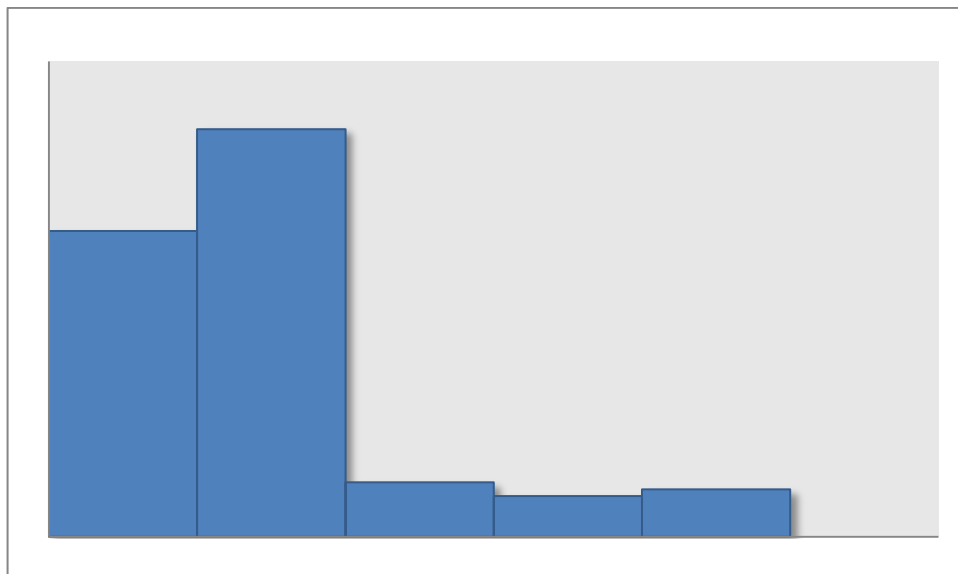
Se formó 5 rangos encontrándose 45 trabajadores que trabajan de 0 a 1 año, 60 personas de 2 a 10 años, 8 de 11 a 20 años, 6 de 21 a 30 años y 7 de 31 a 40 años (Tabla 7 y Figura 5).

**Tabla # 7. Rangos del tiempo de trabajo del personal de emergencia HEG**

**Tabla 7**

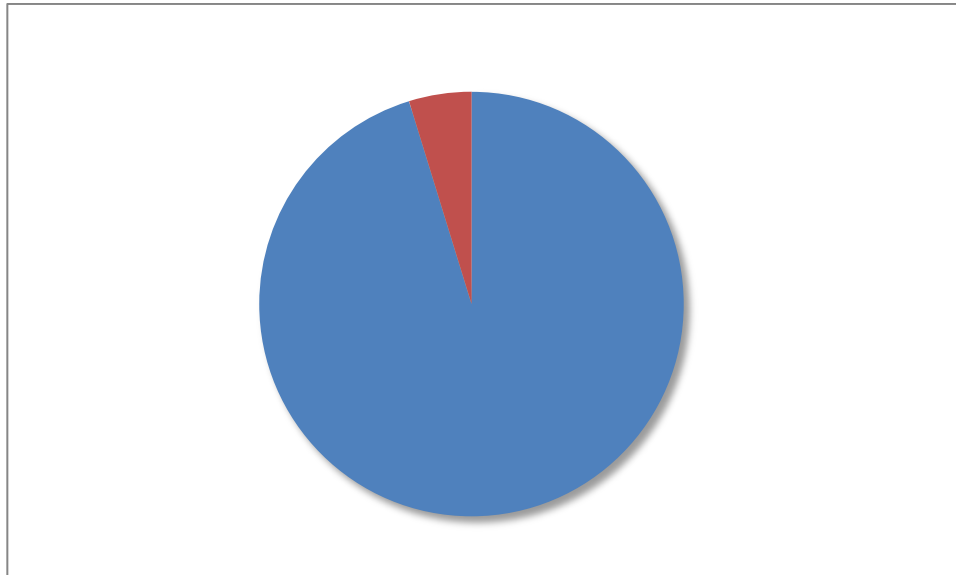
*Rango de tiempo de trabajo en emergencia HEG*

<b>Rango de años de trabajo</b>	<b>N</b>
0-1	45
2-10	60
11-20	8
21-30	6
31-40	7



**Figura # 5. Rangos de tiempo de trabajo del personal en emergencia**

De los 126 participantes 120 fueron víctimas de algún tipo de agresión, física o psicológica y 6 no recibieron nunca ninguna agresión, lo que corresponde a una prevalencia de 95% de agresión en el personal de emergencia (Figura 6).



**Figura # 6. Prevalencia de violencia del personal de emergencia HEG**

La pregunta Nro. 1 de "Provocación" encontramos que 35% de los participantes no encontraron una provocación comprensible (50), otras provocaciones 20% (28), al paciente se le niega algo 19% (27 participantes), otro u

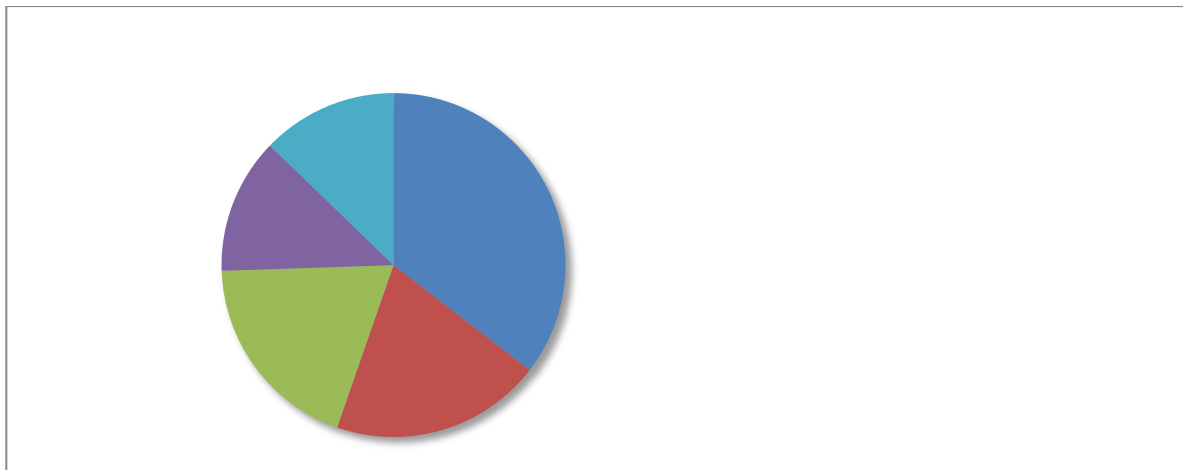
otros pacientes 13 % al igual que el personal requiere que el paciente tome medicación con 18 participantes cada uno (Tabla 8. y Figura 7).

**Tabla # 8. Pregunta 1 " Provocación de la agresión"**

**Tabla 8.**

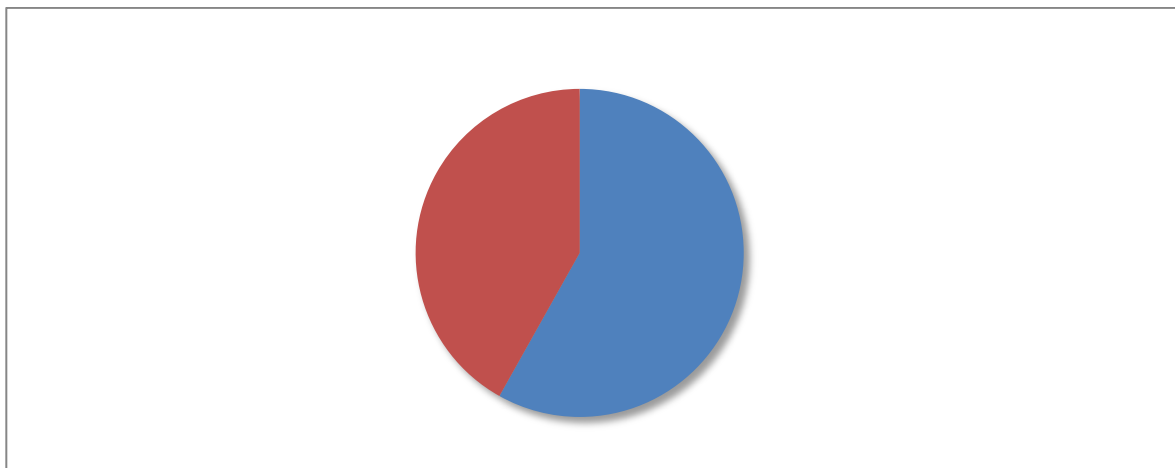
*Pregunta 1 "provocación de la agresión"*

<b>1. Provocación</b>	<b>Ocurrencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Peso</b>
No existe Provocación Comprensible	50	35	50
Otras Provocaciones	28	20	0
Al paciente se le niega algo	27	19	0
Otro (s) Paciente (s)	18	13	0
El personal requiere que el paciente tome medicación	18	13	36
<b>Total general</b>	<b>141</b>		<b>86</b>



**Figura # 7. Distribución porcentajes de provocación.**

El peso que genera "no existe provocación comprensible" es de 50 puntos que representa el 58% del peso total y "el personal requiere que tome medicación" representan el 42% tienen un peso global con solo 36 puntos. (Figura 8).



**Figura # 8. Distribución del porcentaje del peso de provocación**

La pregunta Nro. 2 de “Medios usados por el paciente” los participantes respondieron en un 60% agresión verbal que corresponde a 110 participantes, seguido por partes del cuerpo con 26% (49), uso de objetos ordinarios 11% (21) y objetos o métodos peligrosos 3% (5) (Tabla 9).

**Tabla # 9. Pregunta 2 "Medios usados por el agresor"**

**Tabla 9.**

*Pregunta 2 "medios usados por el paciente"*

<b>2. Medios usados</b>	<b>Ocurrencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Peso</b>
Agresión Verbal	110	60	220
Partes del cuerpo	49	26	98
Objetos ordinarios	21	11	21
Objetos o métodos peligrosos	5	3	6
Total general	185		345

Entre las partes del cuerpo la mano fue la más frecuente, puñeteando, con 12%, seguido por patadas (9%), mordidas (4%) y por último otros (1%) (Tabla 10 y Figura 9).

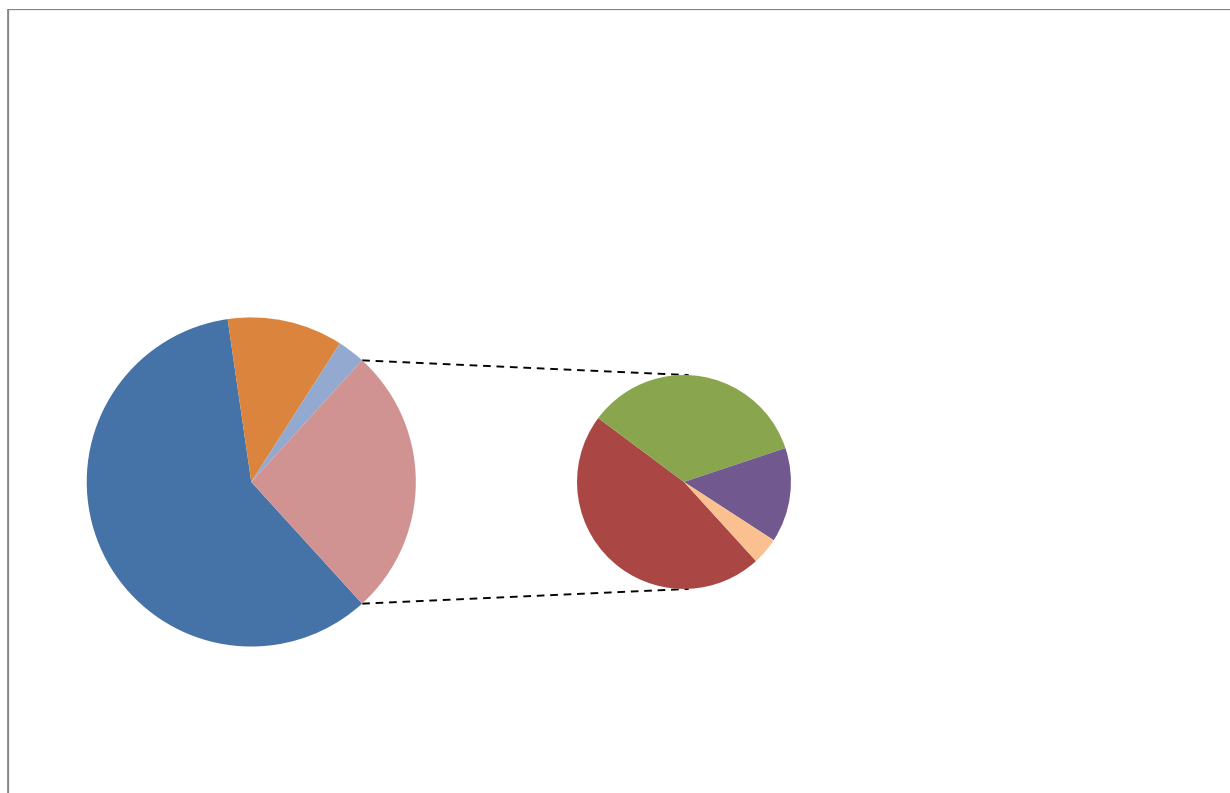


**Tabla # 10. Pregunta 2- Categorías partes del cuerpo**

**Tabla 10.**

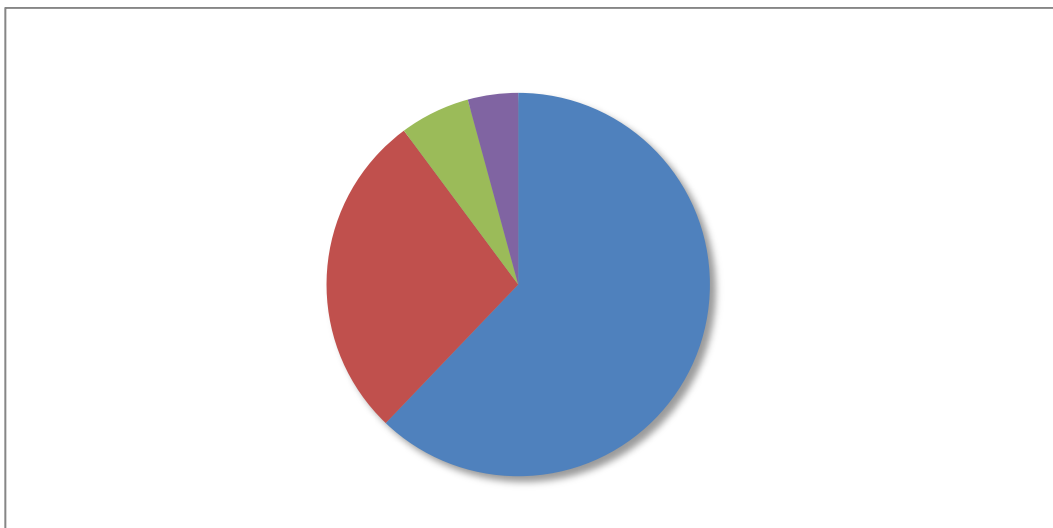
*Pregunta 2 -categoría partes del cuerpo*

<b>Partes del cuerpo</b>	<b>Ocurrencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Peso</b>
Mano golpeando puñeteando	23	12	46
Pie pateando	17	9	34
Dientes mordiendo	7	4	14
Otro	2	1	4
<b>Total general</b>	<b>49</b>	<b>26</b>	<b>98</b>



**Figura # 9. Tipos de violencia del personal de emergencia HEG**

El peso que representa la agresión con partes del cuerpo corresponde al 28% del peso total a pesar de su poca ocurrencia (49) contra la agresión verbal que generó un peso del 62% con 110 ocurrencias (Figura 10. y Tabla 6).



**Figura # 10. Distribución en porcentajes del peso para medios usados por el paciente**

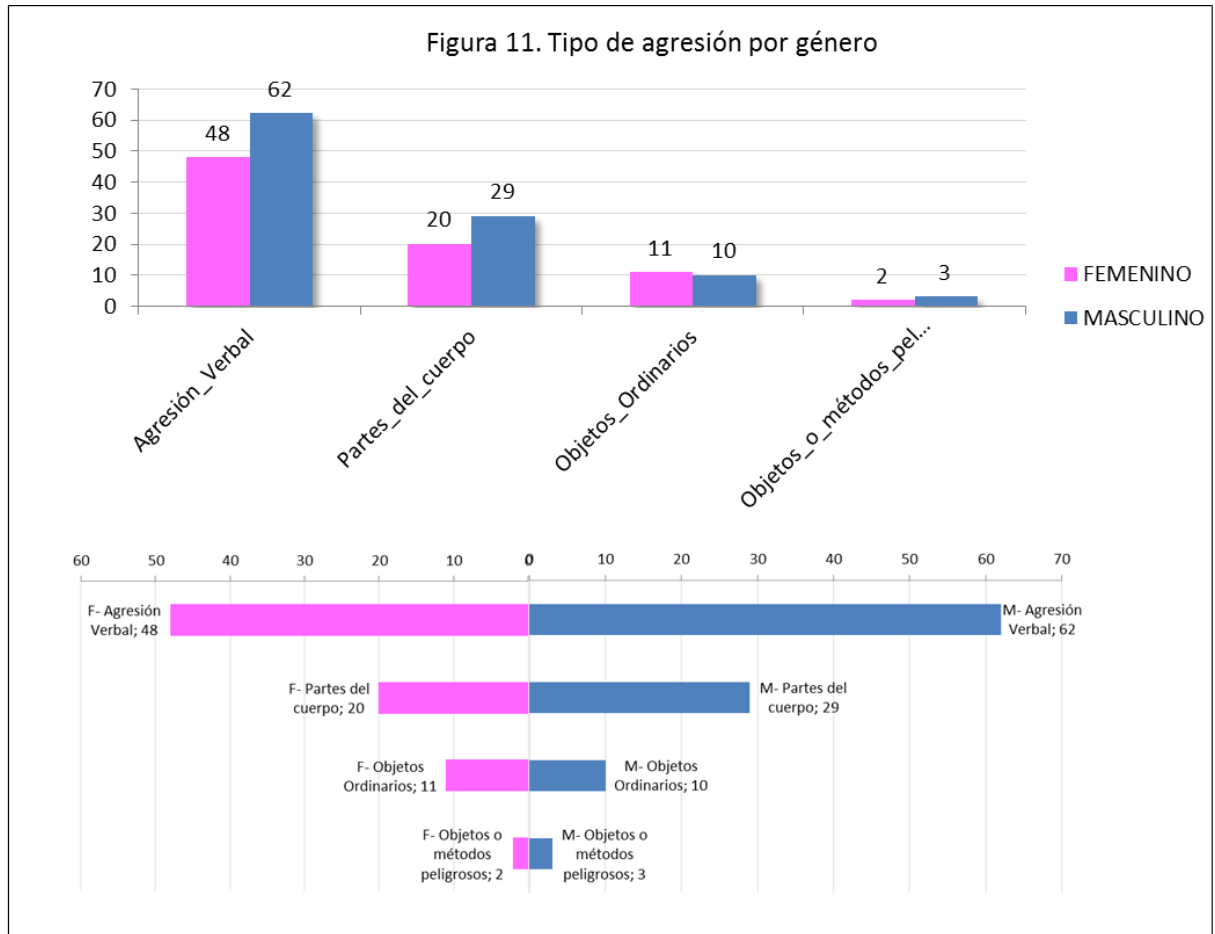
Tanto en hombres como en mujeres se encontró agresión verbal predominantemente. Las mujeres recibieron agresión física (41%) en comparación con los hombres (40%). El uso de objetos ordinarios (cristales, sillas u otros) fue en mayor porcentaje en el género femenino (52%) frente a 48% en hombres; uso de partes del cuerpo y uso de objetos peligrosos fue más predominante en los hombres, en uso de partes del cuerpo 59% frente a 41% y el uso de objetos peligrosos 60% frente a 40% (Tabla 11 y Figura 11) (Figura 12).

**Tabla # 11. Tipo de agresión por género**

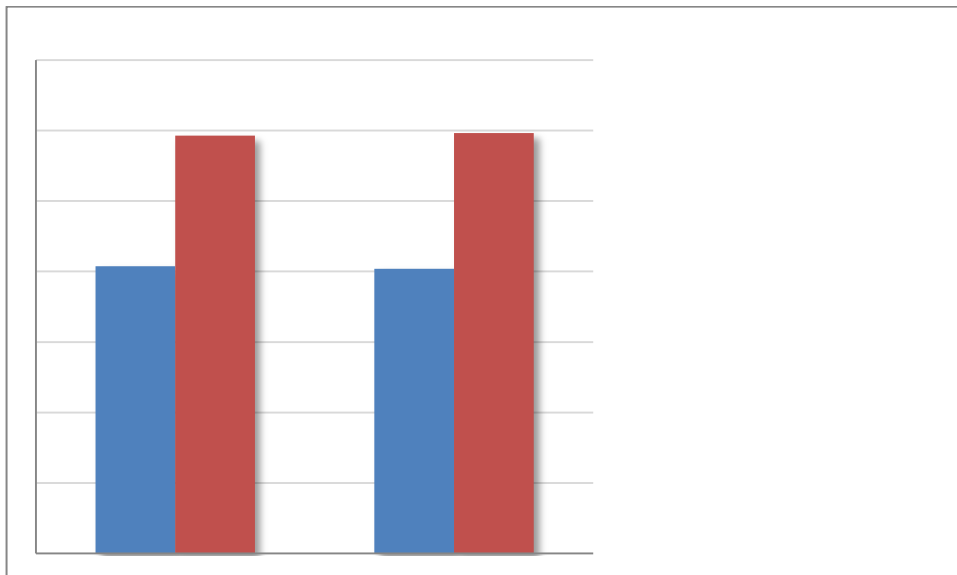
**Tabla 11.**

*Tipo de agresión por género*

Medios usados	Femenino		Masculino	
	Ocurrencias	Porcentaje	Ocurrencias	Porcentaje
Agresión verbal	48	44%	62	56%
Objetos o métodos peligrosos	2	40%	3	60%
Objetos ordinarios	11	52%	10	48%
Partes del cuerpo	20	41%	29	59%
Total general	81		104	



**Figura # 11. Tipo de agresión por género**



**Figura # 12. Porcentaje del tipo de agresión por género**

En los grupos ocupacionales de médicos y Otros fue mayor la agresión verbal, 73% y 62% respectivamente, excepto enfermería que experimentó agresión verbal

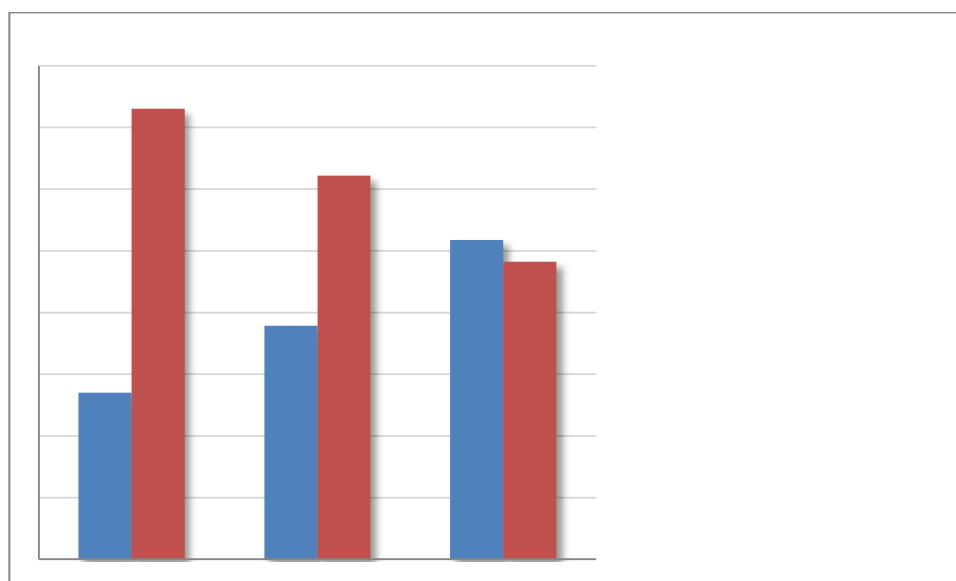
48% siendo mayor la agresión física (52%) y la más alta de los grupos ocupacionales; Otros se encontró 38% y en médicos 27% siendo la más baja para la agresión física (Figura 13); enfermería además presentó el mayor porcentaje de agresión con partes del cuerpo 35%, seguido por Otros con 24% y médicos 16%; en el uso de objetos ordinarios enfermería nuevamente lidera el grupo ocupacional con 13% frente a 11% médicos y 8% en Otros . El uso de objetos o métodos peligrosos fue mayor hacia otros con 5%, seguido por enfermería 4% y los médicos no tuvieron uso de estos métodos (Tabla 12 y Figura 14).

**Tabla # 12. Tipo de agresión por grupo ocupacional**

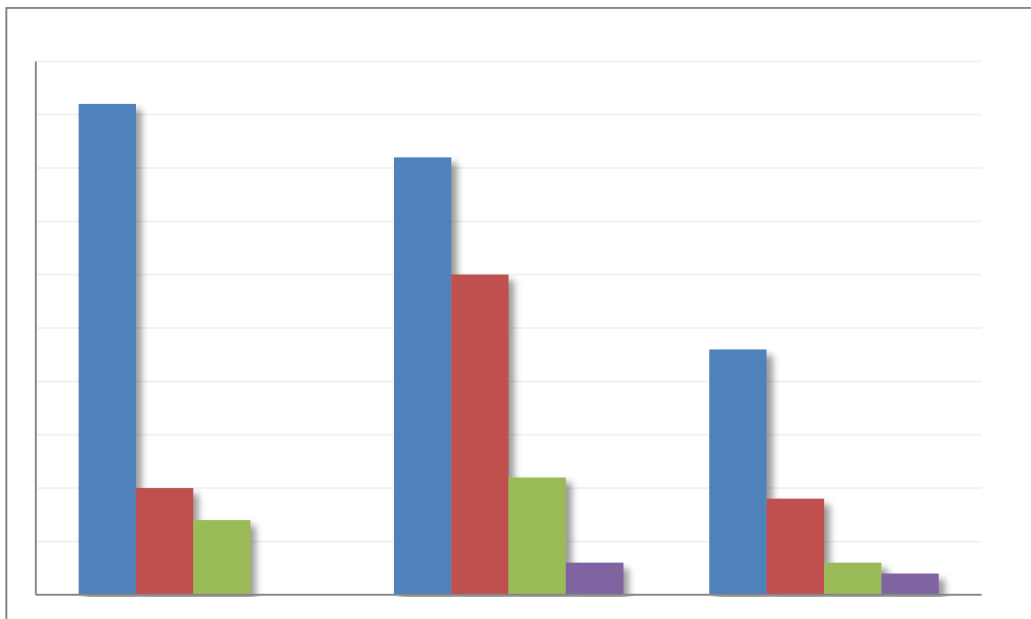
**Tabla 12.**

*Tipo de agresión por grupo ocupacional*

Medios usados	Médico		Enfermería		Otros	
	Ocurrencias	Porcentaje	Ocurrencias	Porcentaje	Ocurrencias	Porcentaje
Agresión Verbal	46	73%	41	48%	23	62%
Partes del cuerpo	10	16%	30	35%	9	24%
Objetos Ordinarios	7	11%	11	13%	3	8%
Objetos o métodos peligrosos		0%	3	4%	2	5%
	<b>63</b>		<b>85</b>		<b>37</b>	



**Figura # 13. Porcentajes de agresión por grupo ocupacional**



**Figura # 14. Ocuorencias de tipo de agresión por grupo ocupacional**

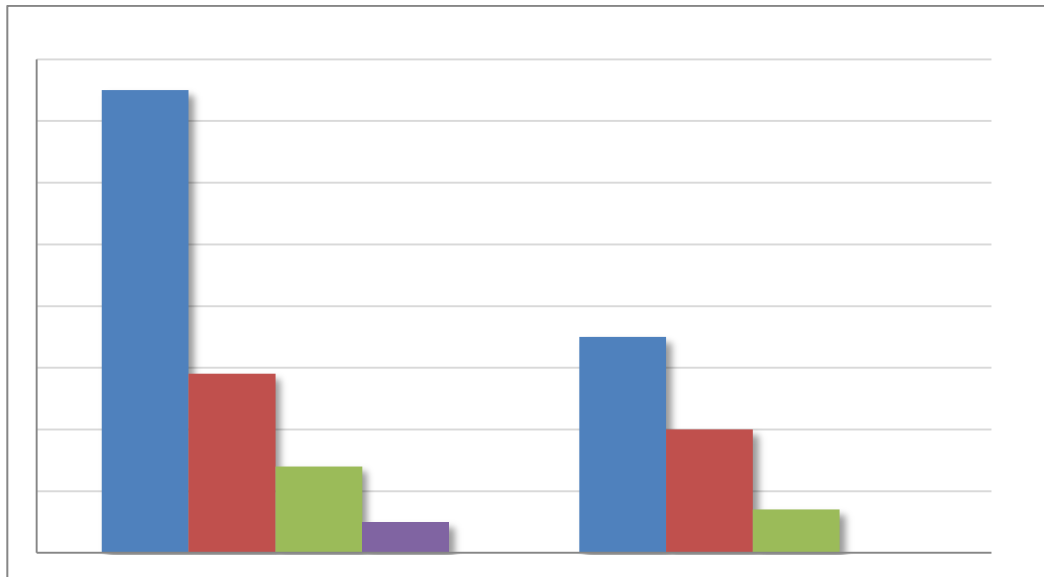
El grupo de edad de 23 a 40 años presentó agresión psicológica 61% y 39% agresión física; y en rango de edad 41 a 64 años agresión psicológica 56% y 44% agresión física; el uso de medios o métodos peligrosos fue cero en el grupo de 45 a 64 años, en el rango de 23 a 40 años se presentó 5 casos de este tipo (Tabla 13, Figura 15, Figura 16).

**Tabla # 13. Tipo de agresión por rango de edad**

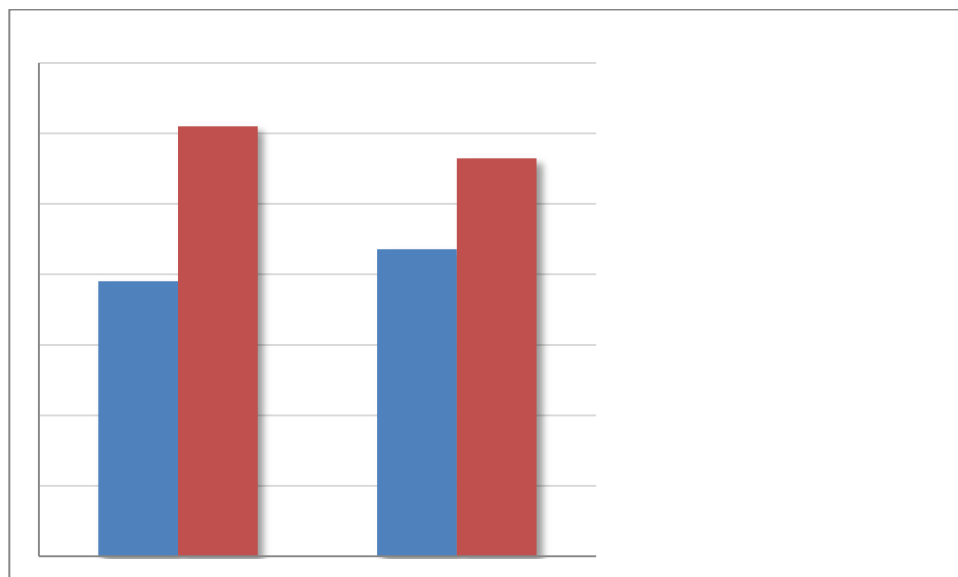
**Tabla 13.**

*Tipo de agresión por rango de edad*

	<b>23-44</b>	<b>45-64</b>
Agresión Verbal	80	30
Partes del cuerpo	29	20
Objetos Ordinarios	15	6
Objetos o métodos peligrosos	5	0
	<b>129</b>	<b>56</b>



**Figura # 15. Ocurrencia por tipo de agresión por rango de edad**



**Figura # 16. Porcentaje de tipo de agresión por rango de edad**

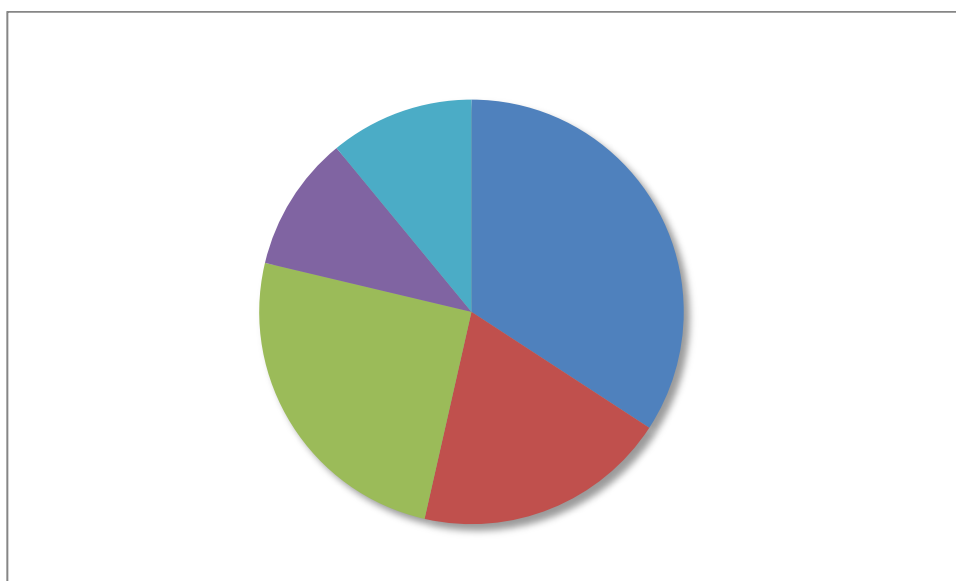
La pregunta 3 sobre objetivo de la agresión, se encontró en el universo que recibió algún tipo de agresión que el principal objetivo de los agresores fue los miembros del personal con 34%, seguido por el propio paciente 25%, otra u otras personas 20%, otro u otros pacientes 17% y por último nada o nadie 10% (Tabla 14. y Figura 17).

Tabla # 14. Pregunta 3 "Objetivo de la agresión"

**Tabla 14.**

*Pregunta 3 "Objetivo de la agresión"*

<b>3.Objetivo de la agresión</b>	<b>Ocurrencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Peso</b>
Miembro (s) del personal	53	34	159
Otra (s) persona (s)	30	20	120
El propio paciente	39	25	117
Nada Nadie	16	10	48
Otro (s) pacientes	17	11	34
<b>Total general</b>	<b>155</b>		<b>478</b>



**Figura # 17. Porcentaje de objetivo de la agresión**

En la pregunta 4 consecuencias para la víctima, los participantes obtuvieron mayor ocurrencia de consecuencias como persona (67%) frente a objetos (15%) y 23 participantes no tuvieron consecuencias (18%) (Figura 18). En consecuencias como persona el 92% se sintió amenazado/a, 6% sintió dolor mayor a 10 minutos y 2% requirió tratamiento por un médico, además generó un peso en los resultados de 480 puntos (Tabla 15 y Figura 19).

Tabla # 15. Pregunta 4 "Consecuencias para la víctima"

**Tabla 15.**

Pregunta 4 "Consecuencias para la víctima"

4.Consecuencias para la(s) victima(s)	Ocurrencia	Porcentaje	Peso
<b>Personas</b>	<b>87</b>	<b>84</b>	<b>543</b>
Se sintió amenazado	80	61	480
No	23	18	0
Dolor mayor a 10 minutos	5	4	45
Necesita de tratamiento por un medico	2	1	18
<b>Objetos</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>80</b>
Dañado reemplazado	10	8	40
Dañado no reemplazado	10	8	40
Total general	130		623

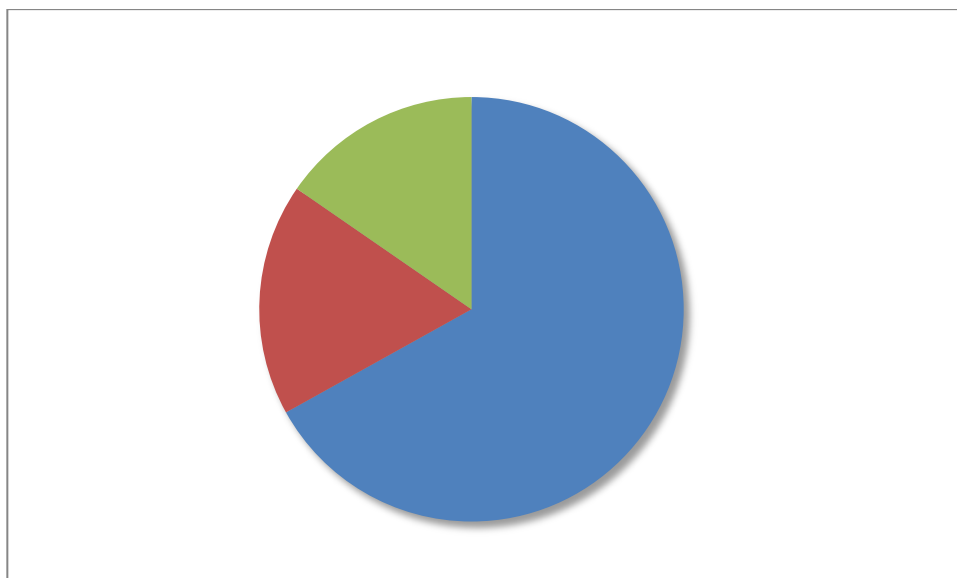
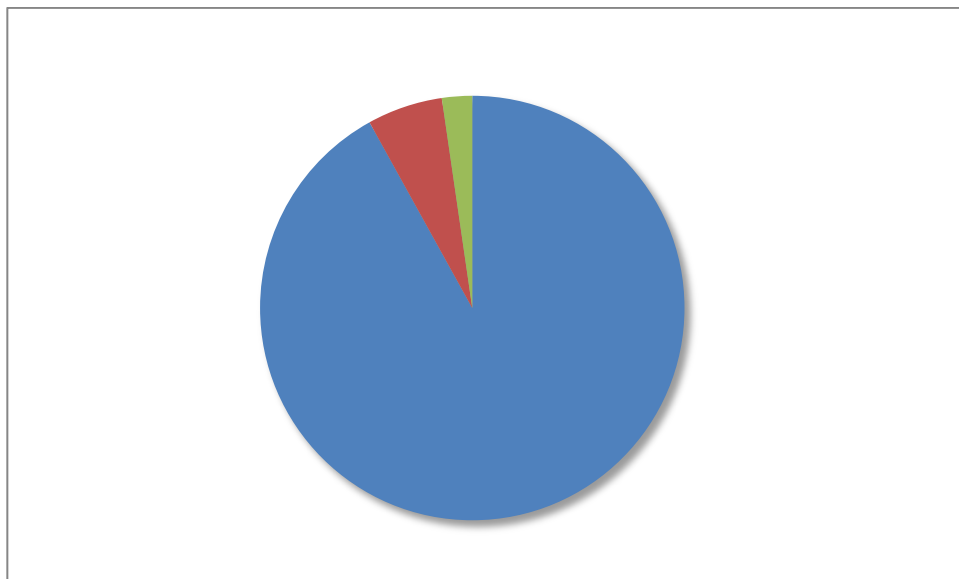


Figura # 18. Porcentaje de consecuencias para la víctima





**Figura # 19. Porcentaje de consecuencias para la víctima personas**

Pregunta 5, medidas para detener la agresión, el 29% de los participantes respondió hablar con el paciente, 22% alejarse tranquilamente, 11% otras medidas, restricción física 7%, medicación parenteral 6%, medicación oral 5%, ninguna y reclusión o aislamiento con puerta cerrada 4% cada uno, sin embargo a pesar que hablar con el paciente y alejarse tranquilamente tienen el mayor puntaje, retener con fuerza genera el mayor peso con un puntaje de 92 (Tabla 16 y Figura 20).

Las acciones tomadas por los trabajadores fueron de tipo pasiva 52% y activa 44% (Figura 21).

Tabla # 16. Pregunta 5 "Medidas para detener la agresión"

Tabla 16

Pregunta 5 "Medidas para detener la agresión"

5.Medida(s) para detener la agresión	Ocurrencia	Porcentaje	Peso
Hablar con el paciente	58	29	0
Tranquilamente alejado	44	22	0
Retenido con fuerza	23	12	92
Otras medidas	22	11	44
Restricción física	14	7	56
Medicación parental	11	6	22
Medicación Oral	10	5	20
Ninguna	8	4	0
Reclusión aislamiento puerta cerrada	8	4	32
Total general	198		266

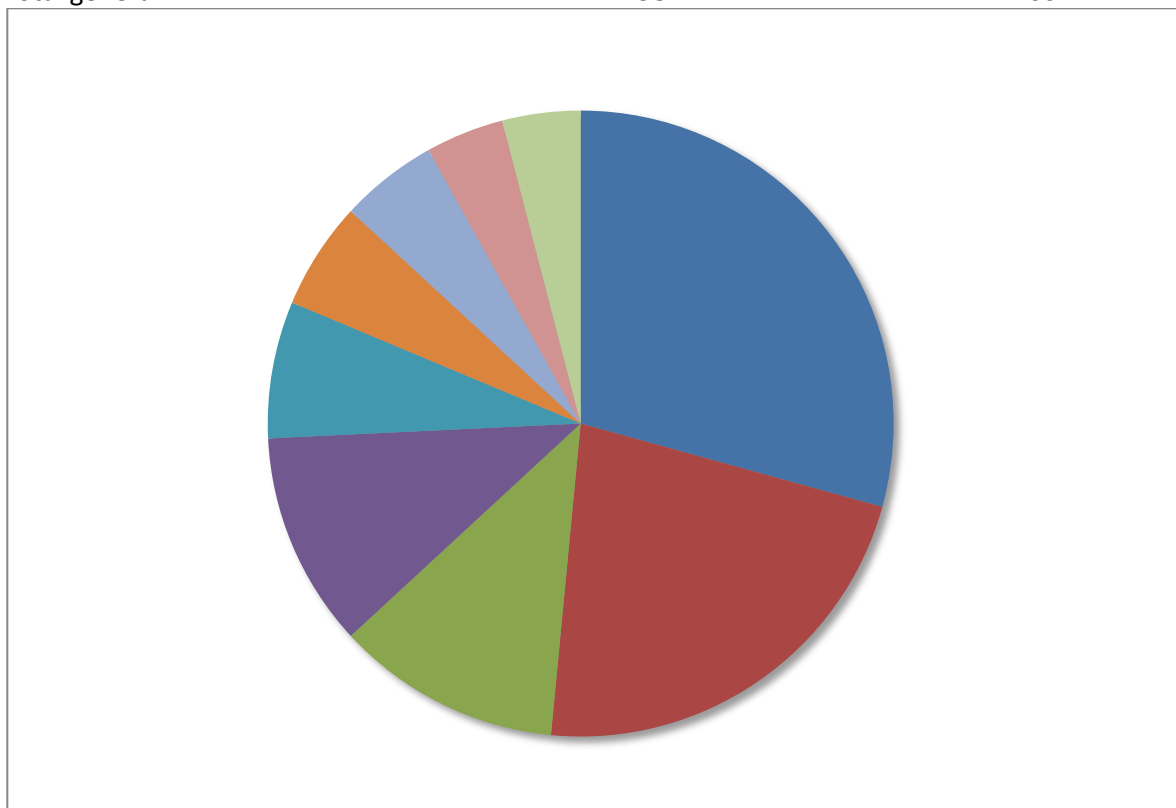
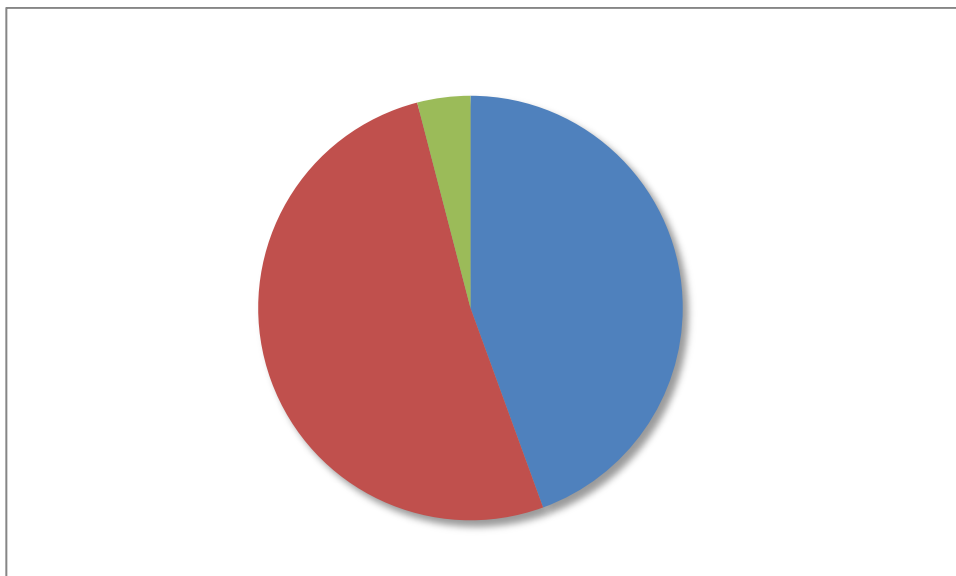


Figura # 20. Medidas para detener la agresión



**Figura # 21. Grupos de medios usados para detener la agresión**

Las acciones tomadas según el grupo tenemos que por género las mujeres tuvieron que usar medidas activas (retener con fuerza o dar medicación) 51%, mientras que los hombres 40%; los hombres usaron mayoritariamente acciones pasivas (hablar con el paciente o alejarse) 55%, frente a 47% las mujeres. En los grupos ocupacionales, enfermería tuvo que usar medidas activas principalmente 55%, los médicos 42% y otros 29%; en las medidas pasivas lideró las otras ocupaciones con 62% seguido por 52% por los médicos y 43% por enfermería.

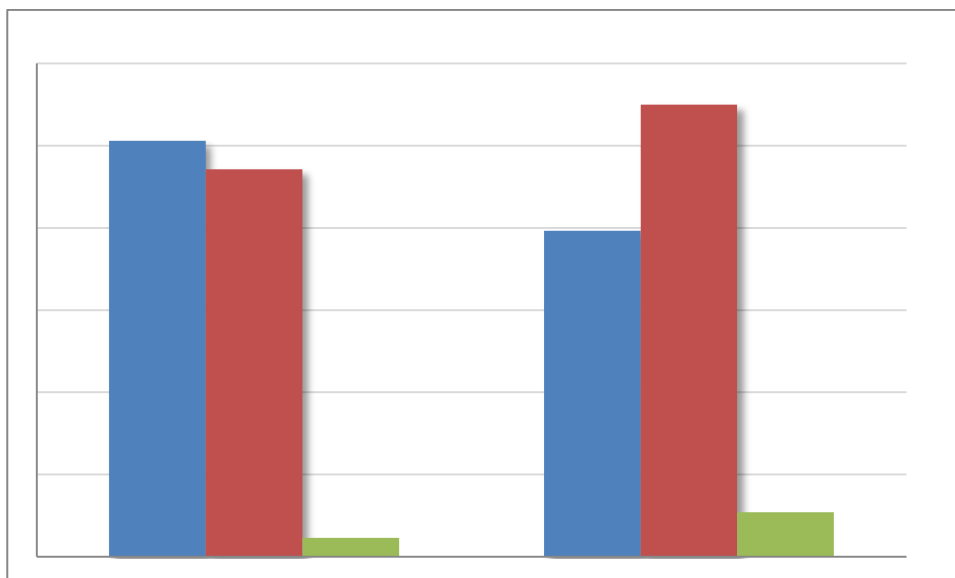


Figura # 22 Grupo de medios usados para detener la agresión según género

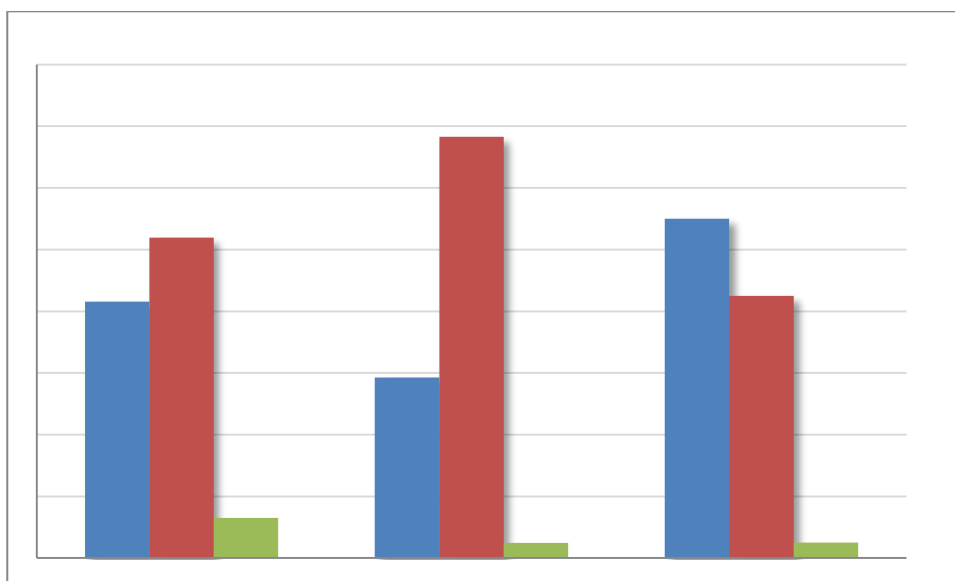


Figura # 23 Grupo de medios usados para detener la agresión según grupo ocupacional

Con todos estos elementos se logró evaluar la severidad de la agresión en cada participante que ha experimentado algún tipo de agresión, siendo así que presentaron agresión leve 74% (88), moderado 22% (26) y grave 4% (5) (Tabla 17 y Figura 22, 23).

Tabla # 17. Gravedad de la agresión

**Tabla 17.**  
Gravedad de Agresión

Rango	Ocurrencias	Porcentaje
LEVE	88	74
MODERADO	26	22
GRAVE	5	4
Total general	126	

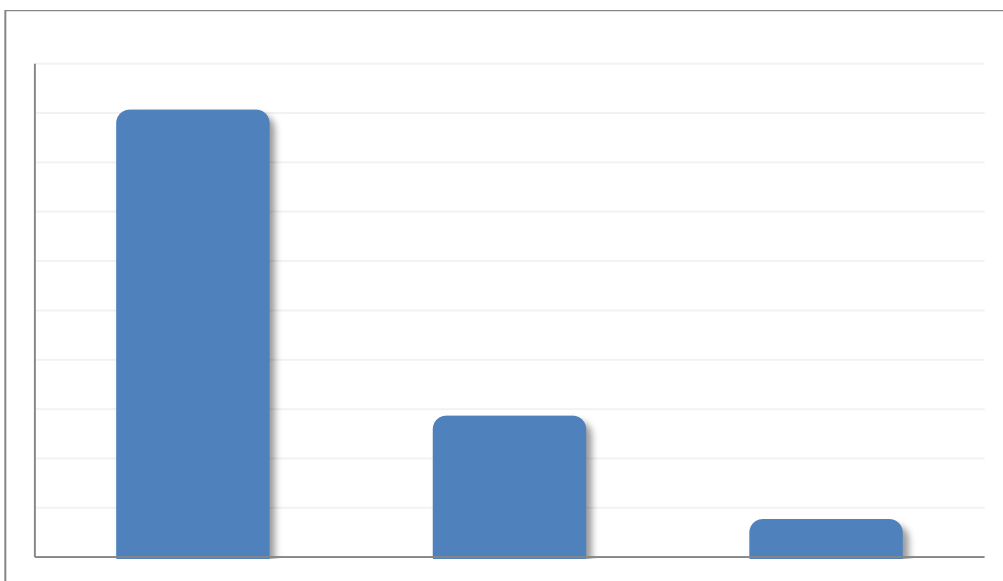


Figura # 24. Ocurrencias por gravedad de la agresión

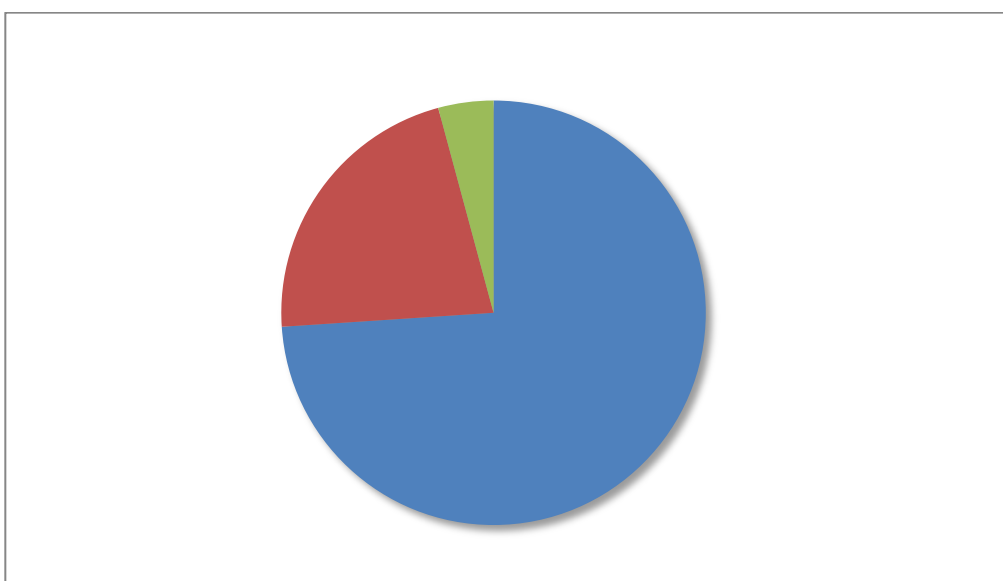


Figura # 25. Porcentaje de gravedad de agresión

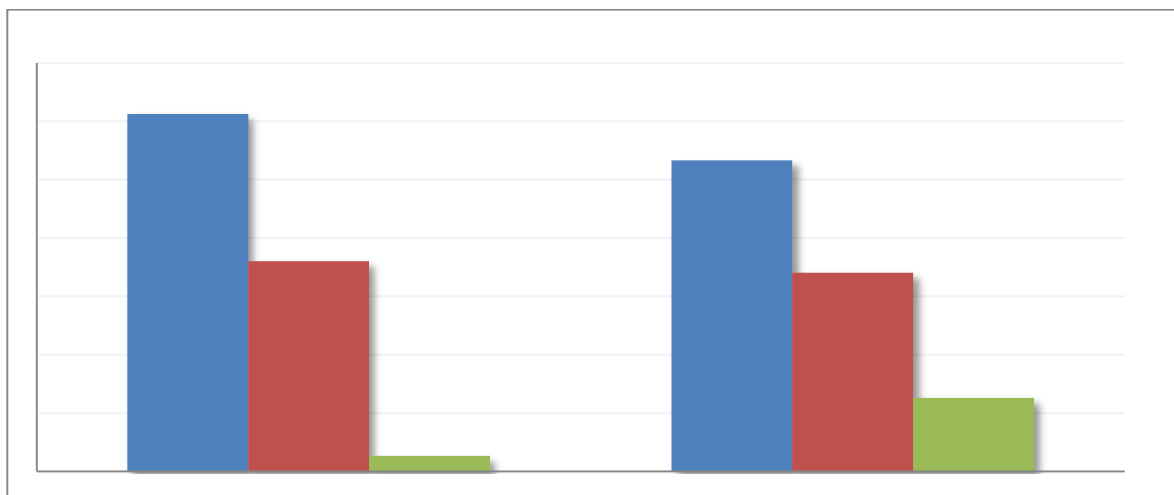
Según el género y gravedad de la agresión tenemos que tanto hombres y mujeres tuvieron mayoritariamente agresión leve, en el género femenino es mayor el porcentaje 61% frente a 53% en masculino, en agresión moderada las mujeres tienen mayor porcentaje que los hombres 36% frente a 34%, las agresiones graves tienen mayor porcentaje los hombres 13% y mujeres 3% (Tabla 18. Figura 24).

**Tabla # 18. Gravedad de la agresión según el género**

**Tabla 18.**

*Gravedad de agresión por género*

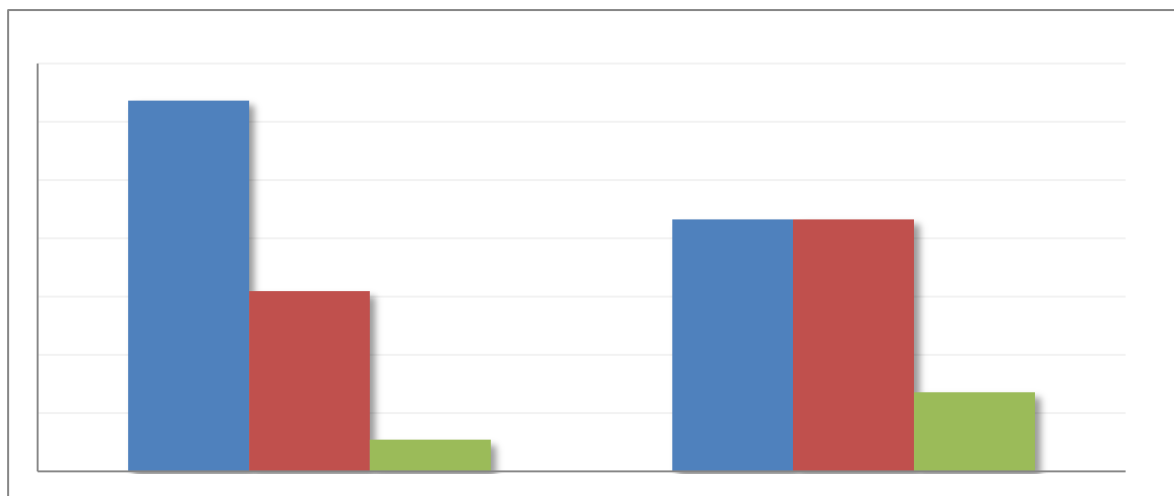
Gravedad	Femenino		Masculino	
	Ocurrencias	Porcentaje	Ocurrencias	Porcentaje
LEVE	68	61%	72	53%
MODERADO	40	36%	46	34%
GRAVE	3	3%	17	13%
Total general	111		135	



**Figura # 26. Porcentaje de gravedad por género**

Según el rango de edad se encontró que en el rango más joven de 23 a 40 años tuvo mayor porcentaje de agresión leve 64% frente a 43% en 41 a 64 años, mientras que las agresiones moderadas y graves fueron mayores en el rango de edad de 41 a 64 años, siendo

moderadas 43% frente a 31% y graves 14% frente a 5% (Figura 25).



**Figura # 27. Porcentaje de gravedad por rango de edad**

Según el grupo ocupacional se encontró que los médicos son los que recibieron mayor agresión leve con 71% frente a 55% en otras y 45% en enfermeras, la agresión moderada fue mayor en enfermería con 47% seguido por otros con 28% y al último médicos con 25%, las agresiones consideradas graves fue mayor en otros grupos ocupacionales con 17%, seguido por enfermería con 8% y 3% los médicos (Tabla 19. y Gráfico 26).

**Tabla # 19. Gravedad de la agresión por grupo ocupacional**

**Tabla 19.**

*Gravedad de agresión por grupo ocupacional*

Gravedad	Médico		Enfermería		Otros	
	Ocurrencias	Porcentaje	Ocurrencias	Porcentaje	Ocurrencias	Porcentaje
LEVE	65	71%	46	45%	29	55%
MODERADO	23	25%	48	47%	15	28%
GRAVE	3	3%	8	8%	9	17%
	91		102		53	

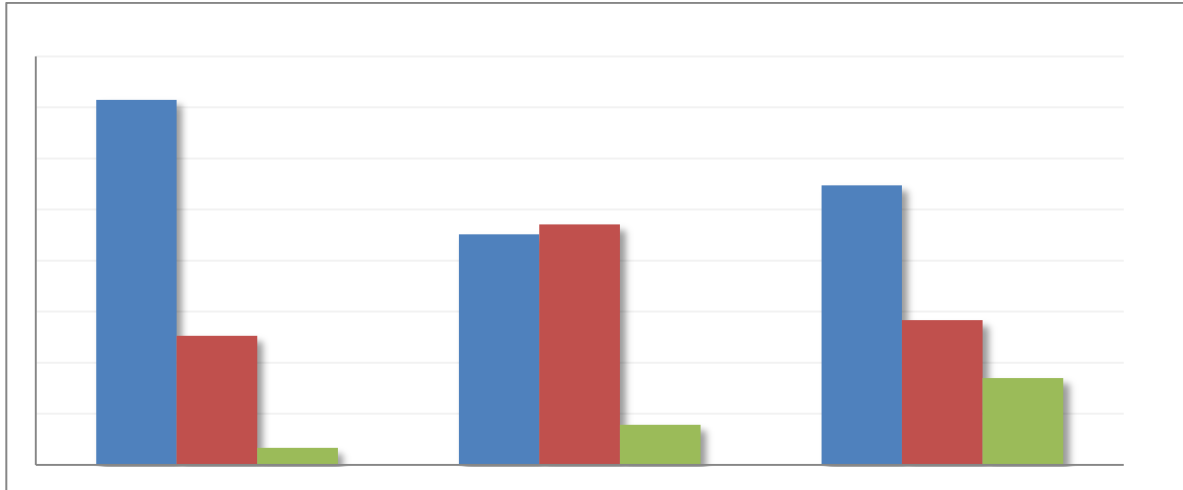


Figura # 28. Porcentaje de gravedad de la agresión por grupo ocupacional

Al preguntar el agresor, los participantes respondieron que el 51% fueron los familiares, 39% los pacientes y 10% fueron familiares y pacientes (Tabla 20 y Figura 27).

Tabla # 20. Agresor del personal de salud

**Tabla 20.**

*Agresor al personal de salud*

<b>Agresor</b>	<b>Ocurrencia</b>
Familiar	81
Paciente	61
Familiar y Paciente	16
Total general	158



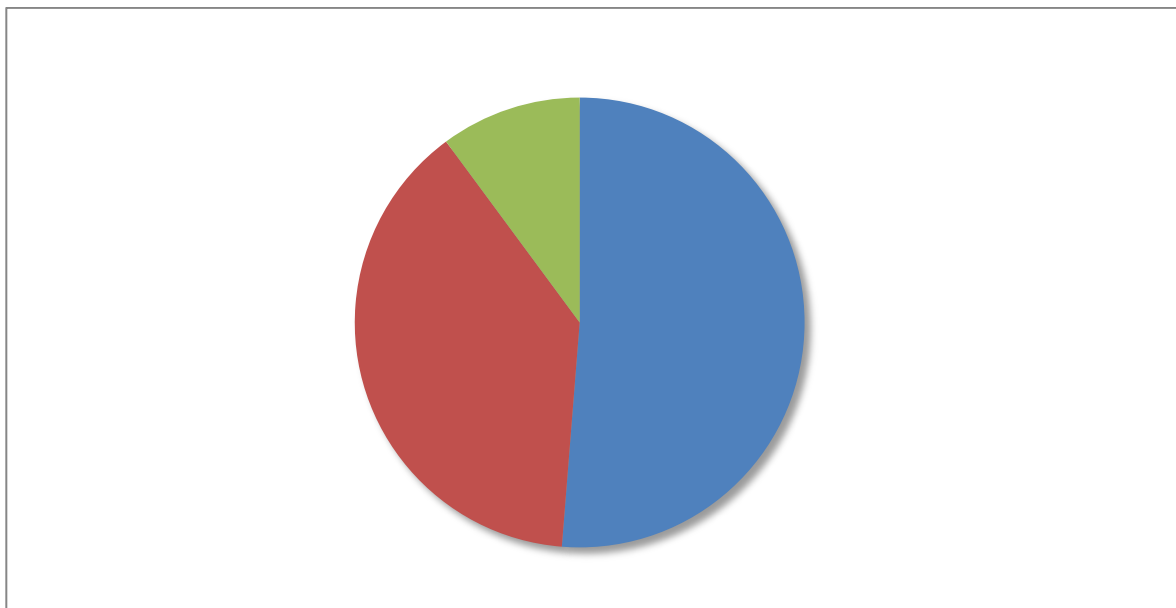


Figura # 29. Porcentaje de los agresores del personal de salud

## Resultados

Del personal de emergencia que participó en el estudio es predominante masculino, el grupo ocupacional médicos y enfermería son proporcionales en la emergencia con 40% y el menor grupo ocupacional es otros donde se encuentran, camilleros, conductores, personal de información y más, con 20%

La edad del personal se encuentra entre 23 y 40 años de edad, que predominantemente trabajan entre 1 y 10 años.

La Escala SOAS-R, permitió verificar que el 95% del personal ha sufrido algún tipo de violencia en la sala de emergencia, de este grupo que ha sido agredido, no hubo provocación comprensible con 35%, dando un puntaje importante en la gravedad de la agresión.

El tipo de violencia que el personal sufrió principalmente fue verbal 60% y el 40% fue física que generó mayor puntaje de gravedad de la agresión, predominando el uso de puños (puñetazo) con el 12%. Las mujeres tuvieron más agresión física en comparación con los hombres, para lo cual se usó objetos ordinarios (cristales, sillas y otros), seguido por partes del cuerpo, cuando la agresión física fue hacia un hombre, el uso de partes del cuerpo fue lo más frecuente.

Por grupos ocupacionales los médicos experimentaron mayor agresión verbal que otras formas de agresión, enfermería experimentó agresión física principalmente siendo el único grupo ocupacional en el que predomina la agresión física, al igual que fue el que tuvo más alto porcentaje en las agresiones con partes del cuerpo y objetos ordinarios, el grupo ocupacional Otros por su parte fue el que mayor porcentaje de

agresiones con objetos o medios peligrosos, los médicos no tuvieron registros con este tipo de agresión.

En los dos rangos de edad se presentó más agresión verbal, sin embargo el grupo etario de 41 a 64 años la agresión física fue en mayor proporción en comparación con el primer grupo.

Los dos objetivos principales para la agresión fueron miembros del personal y el propio paciente.

El 67% tuvo consecuencias personales y el principal efecto fue sentirse amenazado 92%.

La reacción del personal vulnerable fue intentar hablar con el paciente y alejarse tranquilamente en el 52% de los casos y el 42% tuvo que usar alguna medida de restricción o medicación para detener la agresión.

Los pesos determinaron la gravedad de la agresión, en los que generaron una agresión grave a moderadas se encontró: el uso de partes de cuerpo, no tener motivos entendibles para la agresión al igual que requerir administrar medicación, un peso importante fue generado cuando el objetivo del ataque era el personal de salud, sentirse amenazado y usar retención física para detener la agresión.

Las agresiones presentadas han sido evidenciadas como leves en un 74% y solo el 4% como graves.

Las mujeres tuvieron más agresiones moderadas 36% que los hombres 34%. Las agresiones graves fueron hacia los hombres 13% a 3% a las mujeres.

En los rangos de edad más jóvenes, recibieron agresión leve predominantemente; y en el grupo etario mayor, la agresión leve y moderada en la

misma proporción y mayor porcentaje de agresión grave en comparación con el grupo joven.

## **Discusión**

Muchos tipos de violencia son actualmente no visualizadas y naturalizadas por nuestra cultura, el lugar de trabajo tiene muchos riesgos, los cuales son mitigados gracias a las Leyes que se ha conseguido por la lucha de los trabajadores, entre estos el riesgo a sufrir distintos tipos de violencia, el personal de salud tiene un riesgo elevado de sufrir todos los riesgos ocupacionales sobre todo los servicios de urgencias y son un grupo vulnerable al que le puede conllevar a deterioros de la salud, sin embargo, este problema es solo uno de los que lleva el maltrato a los trabajadores de la salud, ya que los servicios de salud se deterioran en su calidad y continuidad de la atención.

Muchos países de Europa, en Estados Unidos y América Latina han evidenciado el tipo y la frecuencia de violencia que sufren los trabajadores de la salud en las salas hospitalarias, en el Ecuador no tenemos datos relevantes sobre este tema, lo que demuestra la poca importancia se le ha dado a esta problemática, demostrando la invisibilización del tema.

En la emergencia del Hospital Enrique Garcés se pudo observar gracias a la investigación la existencia de violencia al personal de salud, teniendo una prevalencia alta de 0,95, siendo de tipo psicológica por el uso de insultos, gritos o provocaciones verbales, hecho perpetrado por los familiares y predominantemente considerada en un rango de gravedad como leve.

Los grupos más expuestos a violencia fueron las mujeres del grupo ocupacional de enfermería, sobre todo para recibir agresiones consideradas moderadas por el uso de agresiones físicas con objetos ordinarios y por requerir que el paciente tome medicación.

La mitad de los trabajadores actuó frente a las agresiones de forma pasiva 52% y el 44% tomaron medidas restrictivas o uso de la medicación y unos participantes no hicieron nada (4%).

## **CONCLUSIONES**

Mediante la presente investigación se logró evidenciar la existencia de violencia psicológica en el personal de salud de la emergencia del Hospital Enrique Garcés, un hospital de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública, representativo para el personal de salud de Quito y del Ecuador.

La prevalencia fue del 95%, donde además se determinó que el género femenino es más vulnerable a la agresión física y grupo de enfermería, por el cumplimiento de sus tareas habituales.

Los principales agresores fueron los familiares.

Las reacciones hacia las agresiones fueron pasivas, únicamente consistió en alejarse del agresor o intentar hablar con él.

Se demuestra que en las salas de emergencia del Ecuador no se encuentran libres de violencia, el personal de salud se encuentra expuesto a riesgos psicosociales graves, con implicaciones psicológicas y físicas, no se puede saber el estado de salud

mental de estos participantes sin embargo se puede evidenciar una actitud pasiva ante la gravedad de las agresiones cometidas en las salas de emergencia.

La institución no cuenta con medidas preventivas, contenciosas ni correctivas ante estos actos.

No existen protocolos para prevenir cualquier tipo de agresión hacia el personal de salud.

Las mujeres tienen un riesgo mayor que los hombres a sufrir agresiones graves, con el uso de la violencia física; más aún si se encuentran en un grupo profesional de enfermeras o auxiliares de enfermería.

## RECOMENDACIONES

El Estado Ecuatoriano, mediante la Constitución y las Leyes reconoce la importancia de proteger la salud de todos los trabajadores, atenuar los riesgos laborales y ejercer el derecho de trabajar en ambientes libres de violencia y saludables, sin embargo no ha podido evidenciar y documentar los ambientes violentos que tienen los trabajadores de la salud, lo cual debe llevarse en conjunto los Ministerios de Salud, Interior y de Trabajo.

Este conjunto y más entidades que conforman el Comité de Seguridad en el Paciente deben implantar medidas educativas, como herramientas para el personal de salud, para la población y los usuarios (pacientes o familiares) como conocimiento de las responsabilidades y derechos de los trabajadores, el respeto a los mismos, además que la educación tiene también un enfoque preventivo mediante la información y el conocimiento de los riesgos laborales para la atenuación de estos.

El Ministerio de Salud como ente rector debe establecer normas generales del relacionamiento con los usuarios y socializar mediante módulos educativos y capacitaciones continuas en conjunto con el Ministerio del Trabajo para que el personal de salud tenga información para prevenir y afrontar estos riesgos.

Las instituciones de salud deben generar ambientes saludables para familiares, pacientes y personal de salud, salas de espera cómodas, instalaciones seguras, control en los accesos de entrada, abastecimiento de insumos y dispositivos médicos, dotación del personal mínimo requerido, para asegurar el bienestar y salud

de su personal. Deben tener procesos ordenados y flujos adecuados de atención en cumplimiento de la norma en conjunto con Salud y Seguridad Ocupacional.

La Institución debe evitar que el servicio de emergencia brinde atención de mala calidad, disminuir el riesgo de personal desmotivado, con desgano y desgastado que además incide en el abandono del puesto de trabajo.

Se debe generar con Salud y Seguridad Ocupacional del Ministerio de Salud Pública equipos de trabajo que incluya al personal de salud de emergencia para informar a los trabajadores y a los familiares sobre los riesgos ocupacionales, formas de prevenirlos y enfrentarlos.

Es necesario que el personal de salud de emergencia se empodere e incluya para participar en los equipos de trabajo, generen y evalúen la prevención del problema el factor de riesgo, que el personal de salud forme parte.

El enfoque educativo preventivo debe tener un enfoque de género donde se rompan los paradigmas sobre las jerarquías sociales en combinación con el género, permitiendo proteger al género y profesión más vulnerable.

Las capacitaciones deben ser continuas en las personas que al momento trabajan en lugares críticos y expuestos a violencia, donde además de dar herramientas para prevenir y actuar frente a la violencia, se de las pautas para recuperarse de los momentos que se viven en la emergencia.

Se deben empezar estudios comparativos entre las distintas instituciones, tanto de la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria, para determinar la prevalencia a nivel nacional, donde se demuestre el mayor riesgo y los factores que influyen y permiten que se presente este fenómeno.



Se debería enfocar los estudios nacionales, para en primer lugar obtener prevalencia real sobre esta problemática, para en posterior buscar las causas y las consecuencias para la persona, y para la salud pública, para poder prevenir de forma integral la salud de la población y de los profesionales de la salud.

## REFERENCIAS

- Admisiones Hospital Enrique Garcés. (2017). [Estadísticas 11 meses 2016].
- Baker, J. (2003). La violencia en el trabajo. *Educación obrera*, 133(4). Recuperado de: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms\\_117581.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms_117581.pdf).
- Código del Trabajo. (2006). Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo. *Decreto Ejecutivo 2393*.
- Código Orgánico Integral Penal. (2014).
- Código Penal. (1971). Registro Oficial Suplemento 147. Recuperado de: [https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp\\_ecu-int-text-cp.pdf](https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-cp.pdf)
- Concha, A. (2002). Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica*, 22(Sup2), 347-61.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Artículos 32, 66, 326*.
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BMC health services research*, 10(1), 51. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-51.pdf>
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., & Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and environmental medicine*, 61(6), 495-503. Recuperado de <http://oem.bmj.com/content/61/6/495.full.pdf+html?sid=dda9bf29-4cd7-40af-9454-17248330bf00>
- Grupo Banco Mundial. (2017). Homicidios intencionales (por cada 100.000 habitantes). *Base de datos de Estadísticas de homicidios internacionales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/VC.IHR.PSRC.P5?view=chart>
- Hoel, H., Sparks, K., & Cooper, C. L. (2001). The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. *Geneva: International Labour Organization*, 81. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/cc8a/1de0c987008e1422ca91b1f9cdaf6f733ccd.pdf>
- Holt, E. (2014). Health professionals targeted in Ukraine violence. *The Lancet*, 383(9917), 588. Recuperado el 3 de febrero 2015. Recuperado de [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60194-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60194-X.pdf)

- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2014). Informe de Rendición de Cuentas 2014. Recuperado de:  
<https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3780216/2015+04+01+Rendicion+de+cuentas+v3.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. INEC (2011). Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. INEC (2012). Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos del año 2012. *Dirección responsable de la información estadística y contenidos*. Recuperado de: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios/Publicaciones-Cam\\_Egre\\_Host/Anuario\\_Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios\\_2012.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2012.pdf)
- Kowalenko, T., Gates, D., Gillespie, G. L., Succop, P., & Mentzel, T. K. (2013). Prospective study of violence against ED workers. *The American journal of emergency medicine*, 31(1), 197-205. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2012.07.010>
- Lancet, T. (2014). Violence against doctors: Why China? Why now? What next. *The Lancet*, 383(9922), 1013. Recuperado el 3 de febrero 2015, de <http://oem.bmj.com/content/61/6/495.full.pdf+html>
- Ley Orgánica de Salud. (2010). *Artículo 6,31,32*.
- Ley Orgánica del Servicio Público. (2010). *Artículo 47*.
- López, R. & Pezantes, M. (2013). El Síndrome de Agotamiento Laboral en los profesionales de enfermería del Hospital Luis Gabriel Dávila. *REVISTA AXIOMA*, 2(11), 22-26.
- Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de Puestos. (2013). Acuerdo Ministerial MDT-2015-002.
- Martini, A., Fantini, S., D'Ovidio, M. C., Ceracchi, A., & De Santis, A. (2011). Risk assessment of aggression toward emergency health care workers. *Occupational medicine*, kqr199. Recuperado de <http://occmed.oxfordjournals.org/>
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1986). *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS.
- Ministerio de Trabajo. (2015). Resolución Nro. Mdt-dfi-2015-0002 - Hospitales y Primer Nivel.

- Ministerio del Interior. (2016). [En 53.34 % se han reducido las muertes violentas en el primer trimestre del 2016]. Recuperado de <http://www.ministeriointerior.gob.ec/en-53-34-se-han-reducido-las-muertes-violentas-en-el-primer-trimestre-del-2016/>
- Nelson, R. (2014). Tackling violence against health-care workers. *The Lancet*, 383(9926), 1373-1374. (2014). The Lancet Vol 383 April 19, 2014. Recuperado el 2 de febrero 2015, de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60658-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60658-9)
- Nijman, H. L., Muris, P., Merckelbach, H. L., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A. M., ... & Allertz, W. (1999). The staff observation aggression scale-revised (SOAS-R). *Aggressive behavior*, 25(3), 197-209.
- Observatorio Permanente de riesgos psicosociales. (2006). Guía sobre la violencia psicológica en el trabajo. *Comisión Ejecutiva Confederal de UGT*. Recuperado de: [http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/cuader\\_guias/2006\\_Guia\\_Violencia\\_Psicologica.pdf](http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/cuader_guias/2006_Guia_Violencia_Psicologica.pdf).
- OIT, O., & CIE, I. (2002). Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. *Ginebra: Organización Internacional del Trabajo*. Recuperado de: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_160911.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo; Consejo Internacional de Enfermeras; Organización Mundial de la Salud; Internacional de Servicios Públicos. (2002). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Colaboremos por la salud: Informe sobre la salud en el mundo*. World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Recuperado de: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf).
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). La salud de los trabajadores de la salud. Recuperado de: [http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS\\_ARG/pub69.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub69.pdf)
- Pérez Bilbao, J., & Nogareda Cuixart, C. (1998). NTP 489: Violencia en el Lugar de trabajo. *Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de trabajo y asuntos sociales*. Recuperado de:

[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_489.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_489.pdf)

PNUD, P. (2010). Nuestra democracia. *La Sociología en sus Escenarios*, (22). Recuperado de: [https://www.iidh.ed.cr/multic/default\\_12.aspx?contenido=dd4f175b-6126-48b8-aa50-c925fe630ea1&Portal=IIDHSeguridad#SeguridadPersonal](https://www.iidh.ed.cr/multic/default_12.aspx?contenido=dd4f175b-6126-48b8-aa50-c925fe630ea1&Portal=IIDHSeguridad#SeguridadPersonal).

Puyal Español, E. (2005). La conducta humana frente a los riesgos laborales. Determinantes individuales y grupales.

Seguridad y Salud Ocupacional del Hospital Enrique Garcés. (2017). [Determinación de riesgos laborales 9 pisos hospitalarios].

Quevedo Bastidas, I. K. (2007). Síndrome de burnout y calidad de la atención en el área de emergencia del hospital regional Doctor Teodoro Maldonado Carbo del IESS, Guayaquil–Ecuador, 2006. *Medicina (Guayaquil)*, 12(1), 17-27.

Reglamento de Seguro General de Riesgos del trabajo. (2011). Resolución, C. D. 390 *Artículos*, 7, 12-13.

Riquelme, A. (2006). Mobbing, un tipo de violencia en el lugar de trabajo. *Ciencias sociales online*, 3(2), 39-57. Riquelme, A. (2008). Mobbing, *Un tipo de Violencia en el lugar de Trabajo*, *Ciencias Sociales Online*, julio 2006, Vol. III, No. 2. Universidad de Viña del Mar – Chile.

Tuya-Figueroa, X., & Mezones-Holguín, E. (2012). Violencia contra médicos: un problema por considerar en la investigación de recursos humanos en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 164-165. Recuperado de: Violencia contra médicos: un problema por considerar en la investigación de recursos humanos en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(1):149-67.

World Health Organization. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf)

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo #1 Comparación de la violencia de las Américas OMS .....	79
Anexo # 2 SOAS-R Autor.....	80
Anexo # 3 Escala SOAS- R.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo # 4 Consentimiento Informado Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

**Cuadro No. 19:**  
**Situaciones de violencia en el último año**

	Argentina	Brasil	Costa Rica	Perú
<b>Médicos</b>	78%	42%	46%	17%
<b>Enfermeras</b>	60%	49%	41%	22%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

Anexo #1 Comparación de la violencia de las Américas OMS

The Staff Observation Aggression Scale–Revised (SOAS-R)

Initials of the patient: _____		Registration no: _____		Ward: _____					
Incident no.: _____		Date: _____		Time (hours and minutes): _____					
<p>This form is to be completed by staff members witnessing aggressive behavior of a patient whereby aggression is defined as: any verbal, nonverbal, or physical behavior that was threatening (to self, others or property), or physical behavior that actually did harm (to self, others, or property) (in Merriam, 1990).                  In the case of an aggressive incident please note the initials and registration no. of the patient, date and the time on which the incident started, and put at least one mark in each column.</p>									
1. Provocation		2. Means used by the patient		3. Target of aggression		4. Consequence(s) for victim(s)		5. Measure(s) to stop aggression	
No understandable provocation	1	verbal aggression	0	nothing / nobody	0	no	0	none	0
Provoked by:		Ordinary objects:		object(s)	1	Objects:	talk to patient 0		
other patient(s)	0	chair(s)	1	other patient(s)	2	damaged, not replaced	4	calmly brought away	0
help with ADL	0	glass(ware)	1	patient self	3	damaged, replaced	4	peroral medication	2
patient being denied something	0	other, namely:	1	staff member(s)	3	persons:	parenteral medication 2		
staff requiring patient to take medication	2	parts of the body:	other person(s)		4	felt threatened	6	held with force	4
other provocations:	0	hand (biting, punching etc)	2			pain < 10 min	9	seclusion/isolation (locked door)	4
.....		foot (kicking)	2			pain > 10 min	9	physical restraints	4
.....		teeth (biting)	2			visible injury	9	other measures:	2
		other, namely:	2			need for treatment	9		.....
		Dangerous objects or methods:				need for treatment by a physician	9		.....
		knife	3						
		strangulation	3						
		other, namely:	3						

Anexo # 2 SOAS-R Autor



## Escala de Agresión Observada del personal - Revisada (SOAS-R)

Nombre: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de trabajar en emergencia : \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Agresor: 1. Paciente 2. Familiar

Este formulario debe ser registrado por los miembros del personal que atestiguan el comportamiento agresivo de un paciente por el cual la agresión se define como: cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico que amenace (a sí mismo, a otros o a la propiedad) o comportamiento físico que realmente dañó (a sí mismo, a otros o a la propiedad). (En Morrison, 1990)

En el caso de un incidente agresivo, por favor completar las iniciales y el número de registro del paciente, fecha y hora en la cual se inicia el incidente y completar al menos una marca en cada columna

1. Provocación		2. Medios usados por el paciente		3. Objeto de la agresión		4. Consecuencias para la (s) víctima (s)		5. Medida(s) para detener la agresión	
No existe provocación comprensible	1	Agresión verbal	2	Nada / Nadie	3	No	0	Ninguna	0
Provocado por:		<b>Objetos ordinarios:</b>		Objeto(s):	1	<b>Objetos:</b>		Hablar con el paciente:	0
Otro(s) pacientes	0	Silla(s)	1	Otro(s) pacientes	2	Dañado, no reemplazado	4	Tranquilamente alejado	0
Ayuda con ADL	0	Cristal / Cristalería	1	El propio paciente	3	Dañado, reemplazado	4	Medicación oral	2
Al paciente se le niega algo	0	Otro, a conocer	1	Miembro(s) del personal	3	<b>Personas:</b>		Medicación perenteral	2
El personal requiere que el paciente tome medicación	2	<b>Partes del cuerpo:</b>		Otra(s) persona(s)	4	Se sintió amenazado	6	Retenido con fuerza	4
Otras provocaciones	0	Mano (golpeando, puñeteando)	2			Dolor menor a 10 minutos	9	Reclusión / aislamiento (puerta cerrada)	4
		Pie (pateando)	2			Dolor mayor a 10 minutos	9	Restricción físicas	4
		Dientes (mordiéndolo)	2			Lesión visible	9	Otras medidas	2
		Otro, a conocer	2			Necesita de tratamiento	9		
		<b>Objetos o métodos peligrosos:</b>				Necesita de tratamiento por un médico	9		
		Cuchillo	3						
		Estrangulación	3						
Otro, a conocer	3								

## Anexo # 3 Escala SOAS- R

Anexo # 4 Consentimiento Informado Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

**Universidad San Francisco de Quito**  
**El Comité de Revisión Institucional de la USFQ**  
**The Institutional Review Board of the USFQ**

**Formulario Consentimiento Informado**

Título de la investigación: Prevalencia de violencia física y/o psicológica hacia el personal de salud, que trabaja en el servicio de Emergencia del Hospital Enrique Garcés, por parte de los pacientes y/o sus familiares.

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Ximena Jackeline Cobo Falcones*

Datos de localización del investigador principal *2322000 / 0994983626 / ximecobo23@gmail.com*

<b>DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO</b>	
<b>Introducción</b>	Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre Violencia en el personal de Salud porque pertenece al Servicio de Emergencia del Hospital Enrique Garcés.
<b>Propósito del estudio</b>	Determinar la existencia o no de violencia en el servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés, para visualizar la problemática y determinar cuál tipo de violencia es la más frecuente.
<b>Descripción de los procedimientos</b>	La encuesta tomará 5 minutos como máximo en la que se podrá saber sus percepciones ante este problema y su situación en el servicio de emergencia

<b>Riesgos y beneficios</b>	Se cuentan entre los riesgos del participante de esta encuesta aquellos relacionados con afectaciones emocionales. Un individuo puede o no sentirse incómodo por las preguntas presentadas. Además, existe la posibilidad de someter al participante a situaciones de estrés considerando su vulnerabilidad. Por este motivo, el encuestador estará disponible antes, durante y después de la encuesta para aliviar posibles inconvenientes relacionadas con la posible incomodidad generada con las distintas preguntas (contactos del investigador al principio de la encuesta).
<b>Confidencialidad de los datos</b>	Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales: 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.  3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones. 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en

cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

**Derechos y opciones del participante** (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

**Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0994983626 que pertenece a la investigadora, o envíe un correo electrónico a [ximecobo23@gmail.com](mailto:ximecobo23@gmail.com)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

**Consentimiento informado**

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha